



Boletim Instituto de Saúde
Nº 47 – Abril de 2009
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



Envelhecimento & Saúde



Sumário

❖ Editorial	
❖ Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional.....	4
❖ Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS/SP.....	9
❖ Entrevista - Alexandre Kalache.....	16
❖ Entrevista - José Carlos Seixas.....	21
❖ Epidemiologia do envelhecimento.....	23
❖ Fatores determinantes do envelhecimento saudável.....	27
❖ Participação da sociedade civil em políticas públicas voltadas à população idosa.....	33
❖ Panorama atual da atuação dos conselhos de direitos das pessoas idosas.....	36
❖ Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional.....	40
❖ Para além das doenças: acidentes como causas evitáveis de mortalidade na população idosa.....	42
❖ Desafios da prevenção e do manejo de quedas.....	45
❖ Indicadores de fragilidade em pessoas idosas visando o estabelecimento de medidas preventivas.....	49
❖ Programa "Acompanhante de idosos".....	53
❖ Campanha de vacinação de idosos e levantamento de dados para o sistema local de informações do SUS.....	56
❖ Atenção Secundária em serviços de referência.....	61
❖ Acolhimento e respeito à autonomia da pessoa idosa nas instituições de saúde.....	65
❖ Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).....	69
❖ Envelhecimento e demência: epidemiologia e tratamento.....	72
❖ Envelhecimento, atividade física & saúde.....	76
❖ As redes sociais e de apoio: o conviver e a sua influência sobre a saúde.....	80
❖ Ludicidade, humor, diversão e participação social: motivos de bem-estar em todas as idades.....	84
❖ A Saúde Mental do idoso brasileiro e sua autonomia.....	87
❖ Envelhecimento(s) e velhice(s) no Bairro do Bom Retiro - SP: narrativas.....	90
❖ A esperança é a primeira que morre: institucionalização e suicídios em idosos encarcerados.....	94
❖ Desafios da Pesquisa em Envelhecimento.....	97
❖ Resenha: Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade.....	99
❖ Resenha: Envelhecimento ativo: desafio do século.....	101
❖ Resenha: O que vale a pena: os idosos de 100 anos.....	103

BIS – Boletim do Instituto de Saúde
Nº 47 – Abril de 2009
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529

Publicação Quadrimestral do Instituto de Saúde
Rua Santo Antônio, 590
01314-000 - Bela Vista - São Paulo / SP
Email: editora@isaude.sp.gov.br
Site: www.isaude.sp.gov.br
Tiragem: 2000 exemplares

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo:
- Luiz Roberto Barradas Barata

Coordenadora de Ciência, Tecnologia:
e Insumos Estratégicos de Saúde
- Ricardo Oliva

Diretora do Instituto de Saúde:
- Luíza Sterman Heimann

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde:
- Sônia Isoyama Venâncio

Expediente:

Editores Responsáveis por esta edição: Tereza Etsuko da Costa Rosa; Tânia Margarete Mezzomo Keinert; Marília Louvison

Comissão Editorial: Lenise Mondini; Marisa Feffermann; Olga Sofia F. Alves; Regina Figueiredo; Teresa E. Rosa; Sandra M. T. Greger; Sílvia Bastos
Colaboradores desta Edição: Agnes R. Kitaura; Alexandre Kalache; Ana Lúcia da Silva; Áurea S. Barroso; Belkis Trench; Carlos André Uehara; Claudio Luiz Espin; Diego C. Oliveira; Eliete Ramos; Francisco Carlos Brito; Gisele Sayuri Suzuki; Giselle H. de Paula Rodrigues; Helena Akemi W. Watanabe; José Carlos Seixas; José Luiz Aziz; Luiz Roberto Ramos; Maria Beatriz M. M. Montañó; Maria de Lima Salum e Moraes; Maria Helena D'Aquino Benício; Maria Lúcia Lebrão; Maria Regina M. Grubba; Marília Anselmo V. da S. Berzins; Marília Cristina P. Louvison; Monica R. Perracini; Nelson F. Brandão; Paula T. Nishitani; Paulo Sergio Pelegrino; Pedro Henrique Montes; Priscila Tesini Brasil Bueno; Renato Barboza; Sandra Marcela M. Matsudo; Sandra M. Greger Tavares; Sérgio Márcio P. Paschoal; Sílvia H. Bastos; Tânia M. Lisboa; Tânia M.M. Keinert; Tereza Etsuko da C. Rosa; Tereza S. Toma; Vera M. Di Giovanni; Wilson Jacob Filho; Yeda A. de Oliveira Duarte;

Apoio Logístico: Área de Comunicação – IS
Responsável Administrativa: Bianca de Mattos Santos
Divulgação: Núcleo de Documentação e Informação – IS
Imagem: Enzo Giaquinto. Espetáculo "Giz" . Giramundo Teatro de Bonecos, 2008.

CPT, impressão e acabamento:

imprensaoficial

* É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições.

** Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

*** Esta publicação ainda não sofreu adaptação para a Nova Reforma Ortográfica da Língua Portuguesa.



SECRETARIA
DA SAÚDE

GOVERNO DE
SÃO PAULO

Editorial

Tereza Etsuko da Costa Rosa¹
Tania Margarete Mezzommo Keinert¹
Marília Cristina Prado Louvison²

“Vitrine de Paradoxos” e “Fraga emociona ao colocar modelos idosos” são as manchetes publicadas na Revista SPFW 2009 e no Jornal O Estado de São Paulo (ESP, Caderno Cidades/Metrópole, 20/01/2009, p.C8), respectivamente, por ocasião do desfile no “São Paulo Fashion Week”, um dos eventos mais importantes da moda latino-americana. Ronaldo Fraga, conhecido estilista mineiro, colocou na passarela idosos de 65 a 90 anos como modelos, cada um com seu estilo, seu andar e sua dignidade.

Apresentou “sonhos” que mesclam passado e futuro, representados por marionetes do espetáculo “Giz” (1988), do Giramundo Teatro de Bonecos³. “Giz” é um dos espetáculos mais curiosos já criados pelo Giramundo: não há linearidade de roteiro, o texto é composto por uma sucessão de situações isoladas e, aparentemente, sem ligação entre si. Estas pequenas histórias ocorrem em torno de uma família típica, onde pessoas nascem, pessoas morrem, em um processo incessante, perturbador e freqüentemente cômico. Um tênue fio condutor une as cenas: o abandono⁴.

Assim, o desfile, inspirado no espetáculo “Giz”, foi um dos destaques da última edição do “São Paulo Fashion Week”, emocionando a platéia. Com o título “Tudo é Risco de Giz”⁵, falou do novo e do velho, retratando a passagem do tempo como o começo e o fim de um traço de giz.

Em que pese tratar-se de uma estratégia mercadológica, não deixa de ser importante o reconhecimento do Idoso como modelo de beleza, de “sua” própria beleza, com cabelos grisalhos e marcas de expressão no rosto, sem a preocupação de apagar os sinais do tempo vivido.

O Idoso, como protagonista na sociedade, já vinha sendo percebido, por exemplo, nos estacionamentos exclusivos em supermercados e *shoppings centers* para maiores de 60 anos, no atendimento preferencial em bancos e outros estabelecimentos, na reserva de assentos nos transportes públicos, na constituição de associações de aposentados, nos grupos de convivência de idosos, nos cursos das Universidades da Terceira Idade, em espaços especiais para a prática de exercícios nos parques da cidade, serviços públicos especiais para esta faixa etária, dentre outros. A Folha de São Paulo publicou interessante caderno em 15/03/2009, denominado “Maioridade: O Velho-Novo”, apresentando uma bela panorâmica sobre essas mudanças (FSP, Caderno Equilíbrio, 15/03/2009)⁶.

¹ Pesquisadoras do Instituto de Saúde, Editoras responsáveis por esta edição.

² Diretora da Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa do Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE)/SES-SP, Editora responsável por esta edição.

³ Para mais detalhes e informações sobre Giramundo Teatro de Bonecos, ver: <http://www.giramundo.org>. Contato: giramundo@giramundo.org

⁴ Para mais detalhes sobre o Espetáculo “Giz”, ver: <http://www.giramundo.org/teatro/giz.html>

⁵ Para detalhes do espetáculo no desfile da “São Paulo Fashion Week 2009”, ver: http://www.giramundo.org/nt_090115_fashionweek.htm

⁶ Ver <http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u534970.shtml>

Sob o impulso, principalmente, da necessidade de definição de um novo mercado consumidor, a Velhice vem, insistentemente, sendo apresentada nos amplos meios de comunicação como uma fase privilegiada para a realização pessoal dos indivíduos. Reforçam essa tônica, pesquisas (SEADE, 2006⁷; IPEA, 1999⁸) que mostram que a renda familiar per capita média das famílias com idosos é maior do que a das famílias sem idosos – o que indica, para surpresa de muitos, que os idosos tendem a ser menos pobres do que a população em geral.

Além disso, não se pode negar a visibilidade política que os idosos passaram a ter, a partir dos anos 90, com a constituição do movimento reivindicativo unificado de aposentados (“Movimento dos 147%”), independente dos sindicatos e centrais sindicais.

Em oposição a esse panorama otimista, o entendimento da Velhice, como uma etapa da vida onde se destaca o caráter de decadência física e ausência de papéis sociais, vem sendo assumido pelas sociedades modernas desde os meados do século XIX, sustentado pela ideologia produtivista. Nesse sentido, o avanço da idade como um processo contínuo de perdas e de aumento da dependência, responsável por um conjunto de imagens negativas associadas à velhice, ainda permanece relativamente forte no imaginário social, até os dias atuais.

A Medicina e a Saúde Pública, principalmente nos países da América Latina, também trazem à tona as modificações nos padrões de morbimortalidade como um problema gerado pelo aumento da população de idosos. O ponto central para esse debate é a sobreposição de padrões epidemiológicos, ou seja, por um lado, o surgimento das doenças crônicas e degenerativas como grupos importantes de causas de óbitos e, por outro, a relativa redução das doenças infecciosas.

Nessa perspectiva, ganham destaque, tanto os idosos, quanto os especialistas da Geriatria e da Gerontologia, os últimos como porta-vozes dos primeiros, dando legitimidade à velhice como uma questão pública e à Geriatria/Gerontologia como campo científico.

Portanto, se por um lado, o envelhecimento, por sua representação de decrepitude, fragilidade, pobreza e privação, é reafirmado como problema social, econômico e de saúde pública; por outro, é o que leva a velhice ao reconhecimento e à legitimação de diversos direitos sociais para a crescente população de idosos.

No Brasil, a outorga aos idosos de direito à liberdade, à dignidade, à integridade, à educação, à saúde, a um meio ambiente de qualidade, entre outros direitos fundamentais (individuais, sociais, difusos e coletivos), ganha instrumentos legais para a sua efetivação com a promulgação, em 2003, da lei do Estatuto do Idoso.

Especificamente no campo da Saúde, a concepção do envelhecimento, como um percurso natural muda para uma concepção onde as explicações do processo de envelhecimento são mais complexas e o resultado final depende muito mais das condições ambientais do que de determinações genéticas. Corroboram para essa visão diversos estudos, preponderantemente norte-americanos e europeus, que, com a identificação de grupos de pessoas sem incapacidades e com alto nível de funcionalidade até idades

⁷ Pesquisa de Condições de Vida – PCV – 2006, SEADE.

⁸ BARROS, R.P.; MENDONÇA, R.; SANTOS, D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. In: CAMARANO, A.A. **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999. p.221-49.

bastante avançadas, sugerem que os declínios na função dos órgãos não são necessariamente uma parte inerente do envelhecimento.

A Política Nacional de Saúde do Idoso, já em 1994, acompanha esse avanço conceitual enfocando seus esforços especialmente na questão de se evitar perda das capacidades funcionais. Na sua versão reformulada, em 2006, como Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, incorpora a estratégia do “Envelhecimento Ativo” da Organização Panamericana de Saúde (OPAS)⁹, ampliando a visão de envelhecimento como um processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança. A ênfase é a qualidade de vida das pessoas que envelhecem baseada nos direitos de igualdade de oportunidades e de tratamento e nos direitos e deveres de cidadania.

No âmbito do estado de São Paulo, em 2007, a Secretaria de Estado da Saúde, em seu Plano Estadual de Saúde, concordante com a visão da OPAS e do Ministério da Saúde, focaliza o envelhecimento ativo, a rede de atenção e a educação permanente como eixos estruturantes das políticas de saúde da pessoa idosa. Simultaneamente, o governo do Estado, com o objetivo de possibilitar e incentivar ações para o cumprimento do Estatuto do Idoso, estrutura um Plano Estadual para a Pessoa Idosa, denominado “FUTURIDADE”. Sob a coordenação da Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social, o Plano, também implicado com o “Envelhecimento Ativo”, se estrutura em dois elementos básicos: educação (mudança cultural com a inclusão do tema do envelhecimento na rede de ensino) e formação de Redes de Atenção à Pessoa Idosa.

É claro que não se pode deixar de fazer uma diferenciação entre as condições de vida da grande parte dos idosos e de uma minoria, cuja possibilidade de trocas sociais amplas sempre esteve acessível por suas condições econômicas. Não obstante, paradoxalmente, um elevado contingente de idosos encontra neste momento, talvez mais do que em qualquer outro de suas vidas, possibilidades de exercício de cidadania pelo acesso a certas condições sociais e econômicas que lhe vem sendo conferido pelas políticas sociais e de proteção e como direitos fundamentais.

Este número especial do **BIS “Envelhecimento & Saúde”**, resultado de um esforço conjunto do Instituto de Saúde e da Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, ambos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, revela uma pequena parte, porém significativa, no que diz respeito a pesquisas, reflexões e práticas do lidar com a velhice, que se têm produzido, fundamentalmente, no âmbito de nosso estado.

Esta coletânea, longe de esgotar os temas envolvidos no fenômeno do envelhecimento populacional, percorre um amplo arco de tópicos que torna visível a potencialidade de questões que este campo suscita e sobre as quais ainda há pouca reflexão. Todavia, pretendemos contribuir para ampliar o leque de perspectivas de análise e de propostas inovadoras e alternativas de ação, componentes de um projeto ético-político, capaz de agregar saúde, dignidade e felicidade às pessoas em processo de envelhecimento.

Trata-se de mais um imenso desafio exposto, por meio dessa publicação, nessa “vitrine de paradoxos”.

⁹ OPAS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional

Tânia Margarete Mezzomo Keinert¹
Tereza Etsuko da Costa Rosa²

"Um sonho dentro de um sonho".

(Edgar Allan Poe)

A bela frase de Poe ilustra com perfeição as conquistas obtidas em termos de **Direitos Humanos** em geral e **garantia do direito à saúde das pessoas idosas** em particular, ao mesmo tempo que coloca os desafios ainda existentes na **efetivação e exercício** desses direitos.

O presente artigo origina-se de pesquisa bibliográfica e documental sobre as iniciativas legislativas e administrativas - em nível nacional e internacional - de proteção à saúde, promoção social e amparo à velhice. Faremos a seguir um histórico do marco legal que resguarda esses direitos, tanto no tocante ao ordenamento jurídico, quanto às políticas específicas de proteção ao idoso. Tem como objetivo mapear e sistematizar o **marco regulatório** onde se insere a problemática do **envelhecimento saudável e ativo** propiciando condições para o entendimento de que as políticas direcionadas ao idoso, devem ser, necessariamente, **intersetoriais**³.

O termo "**envelhecimento ativo**" foi adotado pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 90. Ele procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que "envelhecimento saudável", e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (KALACHE; KICKBUSH, 1997).

A abordagem do envelhecimento ativo é baseada no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas. Com esta abordagem, o planejamento estratégico deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades biológicas ou de cuidados (que considera as pessoas mais velhas alvos passivos) e passa ter um enfoque baseado nos direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Esta abordagem apóia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e nos outros aspectos da vida em comunidade⁴.

No Brasil, considera-se idosa a pessoa com 60 anos ou mais (Lei 8842/94 e 10741/03), seguindo-se os padrões da Organização Mundial de Saúde (OMS). Apesar de muitas vezes predominar o preconceito e a discriminação contra esse grupo populacional, vem aumentando a consciência de que os idosos podem dar uma contribuição fundamental à construção de uma sociedade mais humana.

Percebendo isso, a Organização das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1991, elaborou os **Princípios das Nações Unidas para o Idoso** (aprovada na Resolução 46/91). Este documento ressalta a importância dos idosos na sociedade, participando ativamente na formulação e implementação de políticas que afetam seu bem-estar, prestando serviços voluntários à comunidade, de acordo com seus interesses e capacidades e atuando em movimentos e associações da sociedade civil. Para confirmar a correção desses princípios, muitos idosos, comprovando sua vitalidade, têm se organizado em associações, grupos da terceira idade, a fim de conquistar esse espaço que lhes têm sido negado. A partir desses exemplos de luta pela dignidade, cabe agora à sociedade reconhecer a

¹ Administradora, Mestre e Doutora em Administração Pública, Pós-Doutora em Políticas Públicas e Qualidade de Vida e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: taniak@isaude.sp.gov.br

² Mestre e Doutora em Saúde Pública e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: tererosa@isaude.sp.gov.br

³ Consideram-se intersetoriais tanto ações que garantam a integralidade das ações e serviços de saúde, e, mais do que isso, evidenciar a necessidade das ações fora do campo específico da saúde. A NOB/96 definiu a atuação do setor saúde em três campos: a) o da assistência; b) o das intervenções ambientais; c) o das políticas externas ao setor saúde. Este último interfere nos "determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos" (Brasil, Ministério da Saúde - NOB/SUS, 1996).

⁴ Para aprofundar o conceito de envelhecimento ativo ver: http://www.cride-unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc

importância dos idosos em nosso meio e – cumprindo seu dever de solidariedade – apoiar essas iniciativas, multiplicando as conquistas dos idosos.

No Brasil o **valor do idoso** é reconhecido no ordenamento jurídico, apesar da mentalidade utilitarista da nossa sociedade que os marginaliza. Tal reconhecimento é devido, em primeiro lugar, porque são seres humanos – e, por isso, dignos de respeito; em segundo lugar, em função das suas necessidades peculiares decorrentes da idade; por fim, porque são pessoas que muito contribuíram, e ainda podem contribuir, para a construção de uma sociedade justa e solidária.

A partir disso, devemos difundir a todos – inclusive aos próprios idosos – os **direitos e garantias** a eles conferidos para que possam, então, exigir seu cumprimento utilizando todos os meios possíveis. Essas atitudes nada mais são do que medidas para que se respeite a vida em toda a sua plenitude, desde a infância até a velhice. Pois o direito à vida só é efetivado se houver **dignidade**⁵.

Sendo a **dignidade da pessoa** algo perceptível, coerentemente consagra-se esse estado como um dos alicerces fundamentais da sociedade brasileira, conforme o expresso na **Constituição da República Federativa do Brasil** (BRASIL, 1988), art. 1º, III.

Na Constituição Federal estabelecem-se, ainda, nos Princípios e Objetivos Fundamentais do Estado Brasileiro o “Direito a ter Direitos”, como objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil. Dentre eles figura a proibição de quaisquer formas de **discriminação**, inclusive por **idade** (art. 3º, IV). No tocante aos princípios reconhecidos internacionalmente o Estado Brasileiro referencia alguns Tratados Internacionais, dentre eles a **prevalência dos Direitos Humanos**⁶ (BRASIL, 1988, art. 4º, III).

Há dispositivo equivalente no **Código Civil** (Lei nº 10.406/02) no Capítulo relativo aos direitos da personalidade, especialmente o que versa o Artigo 12, sobre a possibilidade de exigir-se que cesse a ameaça, ou a lesão, o direito da personalidade (direito à vida, à auto-imagem, reputação, íre-vir) podendo-se, inclusive, reclamar perdas e danos (morais e materiais), sem prejuízo de outras sanções previstas em lei.⁷

⁵ Ver, a este título: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/3.pdf

⁶ Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU, de 1948

⁷ Há tradução específica dos Princípios Constitucionais relativos aos Direitos Humanos e dos Direitos da Personalidade na Política contra a Violência ao Idoso a qual não será aqui abordada por limitações de escopo. Ver “Plano de Ação de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa”, Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2005.

⁸ A Constituição Federal reúne vários direitos e garantias aos idosos, no entanto, de forma geral, eles necessitam de regulamentação para a sua implementação como ocorrido com o § 2º do Artigo 230, que menciona o transporte urbano gratuito aos maiores de 65 anos, que foi incluído no Artigo 40 do Estatuto do Idoso de 2003. O Decreto nº 5.934 de 18/10/2006, regulamentou a matéria garantindo efetivamente o direito ao transporte às pessoas com idade igual ou maior de 60 anos.

A Constituição Federal, em seu artigo 6º estabelece, ainda, os **direitos sociais** de todos os brasileiros, posteriormente regulamentados no Estatuto do Idoso – para os maiores de 60 anos. São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

Especificamente em relação ao idoso, a Constituição, em seu artigo 230, registra que a **família**, a **sociedade** e o **Estado** têm o dever de amparar as pessoas **idosas**, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. No parágrafo 1º estabelece que os programas de amparo aos idosos deverão ser executados preferencialmente em seus lares, desafiando famílias, comunidades e as próprias políticas públicas a repensar o lugar do idoso na sociedade.⁸

A **Política Nacional do Idoso** (PNII) (BRASIL, 1994) regulamentada pela Lei 8.842/94 tem como finalidade assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Ela traz responsabilidades partilhadas pelo Estado, família, sociedade civil, ministério público, órgãos públicos e instituições sociais. Retoma o estabelecido na Constituição Federal dizendo que compete à família, à sociedade e ao Estado o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida; afirmando que não deve sofrer discriminação de qualquer natureza, e que o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política. Há 15 anos atrás, reconhecia-se já ao idoso o papel de agente ativo na condução da própria vida.

Relevante, também, é o que a política normatiza na área da justiça, estabelecendo ações como promover e defender os direitos da pessoa idosa, zelar pela aplicação das normas sobre o idoso, determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos. Destaca a lei atenção à conceituação de assistência asilar, onde “entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social; modalidades de assistência não-asilar – centro de convivência; centro de cuidados diurno: hospital-dia e centro-dia; casa-lar; oficina abrigada de trabalho e atendimento domiciliar (art. 4º - inciso I a IV).

O artigo 18, da mesma política, proíbe a permanência, em instituições asilares de caráter social, de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica permanente ou de assistência de enfermagem intensiva, cuja falta possa agravar ou pôr em risco sua vida ou a vida de terceiros; devendo o mesmo ter **atendimento preferencial** nos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população (Artigo 17).

O grande avanço foi verificado quando da emergência do Estatuto do Idoso (EI) - Lei Nº 10.741, de 1.º de Outubro de 2003 (BRASIL, 2003), elaborada para fortalecer e implementar uma lei já existente, a Política Nacional do Idoso (PNI, 1994). O EI destaca, em seu artigo 2.º que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Responsabiliza-se não apenas o Estado, mas toda a sociedade pela prioridade que deve ser dada aos direitos de seus anciãos, repetindo tese existente na própria Constituição (art. 230), onde se estabelece que é **obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público** assegurar ao idoso, com **absoluta prioridade**, a efetivação do **direito** à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (EI, art.3º).

No parágrafo único se explicita essa garantia de **prioridade**: I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população; II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas; III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso; IV – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações; V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência; VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;

⁹ Marco interessante neste sentido foi a Criação de Juizados Especiais Cíveis e Criminais (antigos juizados de pequenas causas) para o Atendimento Prioritário ao Idoso, bem como Delegacias do Idoso.

VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento; VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

Importante ressalva faz o artigo 4.º explicitamente na proteção contra a violência: Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, **violência, crueldade ou opressão**, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei. Conforme o parágrafo 1º é **dever de todos** prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.

Atribui-se papel especial aos **Conselhos dos Idosos**, os quais deverão contar com a participação ativa de entidades e dos próprios idosos: Os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, previstos na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei (art. 7º).

Em relação aos **níveis da federação**, as competências são complementares, envolvendo os governos federal, estadual e municipal de forma intersetorial: A política de atendimento ao idoso far-se-á por meio do conjunto articulado de ações governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Art. 46).

O **direito à saúde** baseia-se numa visão ampliada, conforme o estabelecido no Art. 15º: É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do **SUS**, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos”; § 1.º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de cadastramento da população idosa em base territorial; e atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios.

A existência desse amplo marco regulatório aprofunda a responsabilidade do estado, da sociedade e das famílias em implementar ações afirmativas, especialmente no tocante à não-aceitação de atitudes discriminatórias em relação à pessoa idosa⁹.

Por outro lado há a necessidade de enfrentamento de desafios como: a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil, conforme

previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental; c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

A **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa** (PNSI), Portaria nº 2.528 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), revisa e atualiza a Política Nacional de Saúde **do Idoso**, a qual assegurou direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96). Nesse sentido, a política de 1994 assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

No entanto, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, é elaborado pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF), imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade (Brasil, 1994), denominando-se não mais programa e sim Estratégia¹⁰ Saúde da Família (ESF).

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de **Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso** (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002) (MS, 2006). O Artigo 2º desta política (PNSI, 2006) determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, em que as suas ações se relacionem com o objeto desta, que obviamente trata do idoso, “promovam a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas”.

¹⁰ Referente à políticas, programas e estratégias ver: Keinert (1997).

A política faz um retrato histórico de conquistas na sua introdução, quanto ao direito universal e integral à saúde conquistado pela sociedade brasileira na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei 8.080/90. Retrata a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde.

Constata-se também que a “vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa passa por nova estruturação em fevereiro de 2006, com a Portaria nº 399/GM, para adequar-se ao documento “Diretrizes do **Pacto pela Saúde**” contempla o **Pacto pela Vida**. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, a implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade, considerando: a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro; b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde; c) o conhecimento atual da Ciência; d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica; e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos

indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde.

Em síntese, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (BRASIL, 2006) tem como meta uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

Quanto à **Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa da SES/SP**¹¹, a mesma tem como embrião os programas de saúde, implantados no Estado de São Paulo a partir de 1984, os quais delineavam a necessidade de ações estruturadas em relação às demandas do envelhecimento, inicialmente com foco na saúde do adulto e doenças crônicas.

Em 1997 é publicada a Política Estadual do Idoso de São Paulo (Lei 9892/97) consolidada posteriormente na Lei 12.548/2007. Em 2008, foi instituído na SES/SP um grupo de trabalho composto por especialistas e gestores para colaborar com a construção da política estadual, bem como um colegiado de articuladores regionais para a elaboração de planos regionais de saúde da pessoa idosa no SUS, identificando e priorizando as intervenções necessárias. Encontra-se em discussão, proposta de organização de nova Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa (2008).

Importante destacar iniciativas intersetoriais do Governo do Estado de São Paulo como o Programa "Agita São Paulo", de 1996, com o objetivo de combater o sedentarismo e componentes especiais para a Terceira Idade, reconhecido em 2002 pela OMS como um modelo de promoção à saúde. Em 1999 a SES/SP criou um programa de saúde bucal que incluía a preocupação com o idoso a fim de que "a plenitude da vida chegue com um sorriso de dignidade e de amor"¹².

O Projeto Município Paulista Amigo do Idoso objetiva criar **Redes de Atenção à Pessoa Idosa nos Municípios de São Paulo** (Lei Estadual 12.518/07) iniciativa inspirada no Guia Global das Cidades Amigas do Idoso da OMS. Para receber o título a cidade deve ter um bom IQVI (Índice de Qualidade de Vida do Idoso) ainda em fase de elaboração.

Cabe destacar também ao projeto Futuridade, um plano que incentiva ações para o cumprimento

do Estatuto do Idoso e o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Proposto pelo Governo do Estado de São Paulo. O Futuridade é o resultado de parceria do Conselho Estadual do Idoso, Ministério Público, OAB-SP e **todas as secretarias do Governo do Estado**.

Na Cidade de São Paulo, o **Programa Envelhecimento Ativo** já tornou-se Lei (14.905/2009) com o objetivo de, além de proporcionar assistência integral ao idoso e o incentivo a práticas que melhorem sua qualidade de vida, estimular um modo de vida mais saudável em **todas as etapas da vida**.

Considerações Finais

A Constituição Federal garante aos idosos os direitos fundamentais baseados na dignidade da pessoa humana. São Direitos Sociais, Políticos e Civis posteriormente regulamentados nas políticas específicas aos idosos, às quais devem ser implementadas, de maneira geral, de forma intersetorial.

O Estatuto do Idoso estabelece diretrizes claras para a garantia efetiva dos direitos desta população. Esse modelo, infelizmente, ainda está distante de toda população brasileira, especialmente dos idosos que fazem parte da população mais vulnerável. A legislação brasileira em relação aos cuidados da população idosa é considerada avançada pelo Ministério da Saúde, mas o próprio reconhece que "a prática ainda é insatisfatória".

Políticas nacionais, estaduais e municipais começam a embasar-se, cada vez mais, no conceito de **envelhecimento ativo**, o qual considera o idoso um recurso de sua comunidade, um cidadão portador de direitos e deveres. A responsabilidade pelo bem envelhecer, respaldada em Lei, cabe ao próprio indivíduo, à família, à sociedade e ao Estado; devendo este último criar condições para que os primeiros façam a sua parte, especialmente em termos de prevenção e melhoria na qualidade de vida da pessoa idosa; o que não exime o Estado de prover serviços públicos adequados à garantia dos direitos dos idosos.

Referências Bibliográficas

- KALACHE, A.; KICKBUSCH, I. A global strategy for healthy ageing. **World Health**, 4, Julho-Agosto de 1997. p.4-5.
KEINERT, T.M.M. Planejamento Governamental e Políticas Públicas: A Estratégia Cidades Saudáveis. **Revista de Saúde e Sociedade** (6)2, São Paulo, 1997.

¹¹Abordaremos brevemente a Política Estadual de Saúde da SES/SP em artigo de Marília Louison, nesta mesma edição do BIS.

¹²Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa: Proposta de Organização, SES/SP, 2008, mimeo.

Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS

Marília Cristina Prado Louvison¹
Sonia Barros²

“É um paradoxo que a idéia de ter vida longa agrade a todos, e a idéia de envelhecer não agrade a ninguém”.

(Andy Rooney)

A construção de uma política pública de saúde com foco no envelhecimento e na saúde da pessoa idosa estabelece uma dimensão necessária às transformações da sociedade e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). O envelhecimento populacional apresenta-se como um fenômeno atual de grande relevância em todo o mundo, pois à medida que as sociedades envelhecem os problemas de saúde entre os idosos desafiam os sistemas de saúde e de seguridade social. Em São Paulo, a população idosa, já atinge mais de 4 milhões de pessoas, representa mais de 10% da população e consome mais de 25% dos recursos de internação hospitalar do SUS (DATASUS, 2009).

Estudos populacionais, como o estudo Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE) (LEBRÃO; DUARTE, 2003) e outros (RAMOS *et al.*, 1993) têm demonstrado que as pessoas idosas apresentam baixo nível socioeconômico e educacional e uma alta prevalência de doenças crônicas, causadoras de limitações funcionais e de incapacidades. Em torno de 80% dos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, sendo a hipertensão arterial a mais prevalente, atingindo mais da metade deste contingente populacional e impactando num crescente aumento da demanda e utilização de serviços de saúde, principalmente hospitalares. Há uma feminização da velhice e, além disso, a população mais idosa, ou seja, de 80 anos ou mais, está aumentando rapidamente, trazendo novas demandas e desafios às políticas públicas em uma sociedade que

hoje se concentra nas grandes metrópoles e com agregados familiares e modos de vida pouco continentais às demandas familiares (LEBRÃO, DUARTE, 2003).

Além disso, as desigualdades são importantes, considerando que ao contrário dos países desenvolvidos que se tornaram ricos antes de envelhecer, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de se tornarem ricos, os avanços na incorporação tecnológica ainda não são acessíveis igualmente a todos (KALACHE, 2008) e a idade avançada freqüentemente exacerba outras desigualdades pré-existentes associadas à raça, etnia ou ao gênero. Políticas equânimes são importantes no sentido de reduzir as desigualdades “injustas” – as iniquidades e a exclusão social – e está diretamente relacionada à garantia de acesso. Acesso é a possibilidade de utilizar a rede de atenção, sempre que o cidadão achar necessário e nesse sentido, procurar serviços, ou seja, gerar demanda. Boaventura Santos traduz a equidade como: “direitos iguais quando a diferença inferioriza e o direito de ser diferente quando a igualdade descaracteriza”. Envelhecer com saúde é um direito de cidadania.

Nesse sentido, é fundamental a construção de políticas públicas de garantia de direitos que protejam as pessoas idosas em suas necessidades, garantam sua participação e reduzam as desigualdades. No Brasil, a Política Nacional do Idoso foi promulgada em 1994 e regulamentada em 1996 (Lei n. 8.842/94 e Decreto n. 1.948/96), assegurando direitos sociais à pessoa idosa, definida como a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade e em 2003, o Estatuto do Idoso (Lei n. 1.0741/2003), reafirmou os direitos dos idosos na área da Saúde, vedando a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade e assegurando a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS.

¹ Médica Especialista em Medicina Preventiva e Social pela UNIFESP e em Clínica Médica pela SBCM. Mestre e Doutoranda em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Diretora Técnica de Serviço de Saúde responsável pela Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa do Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE), da Coordenadoria de Planejamento em Saúde (CPS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: marilia@saude.sp.gov.br

² Enfermeira, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Diretora do Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE) da Coordenadoria de Planejamento em Saúde (CPS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: sbarros@saude.sp.gov.br

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Com relação às políticas setoriais de saúde, desde 1989 o Ministério da Saúde já normatizava o funcionamento das Instituições destinadas ao Atendimento ao Idoso (Portaria GM 810/89), mas foi em 1998 (Portaria GM/MS n. 2.413, 2.414 e 2.416/1998) que foram incluídos os procedimentos de atendimento a pacientes sob cuidados prolongados, de internação em regime de hospital dia geriátrico e de Internação Domiciliar, com equipe hospitalar e só em 1999 que se tornou obrigatório aos hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS, a viabilização de meios que permitiam a presença do acompanhante de pacientes acima de 60 anos de idade (Portaria GM/MS n. 280/1999 Portaria GM/MS n. 830/1999), quando foi publicada a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria GM/MS n. 1.395/1999, revisada pela Portaria GM/MS n. 2.528/2006), que reafirmou os princípios da Política Nacional do Idoso no âmbito do SUS (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Saúde do Idoso, reforçada pelas publicações posteriores, apresentou como principais diretrizes:

- promoção do envelhecimento saudável;
- manutenção da autonomia e da capacidade funcional;
- assistência às necessidades de saúde do idoso;
- reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Antes ainda da promulgação do Estatuto, em 2002, o Ministério da Saúde realizou um importante debate e estabeleceu as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS n. 702/2002 e Portaria SAS/MS n. 249/2002). A composição das redes seria organizada por Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, adequados a oferecer diversas modalidades assistenciais: Internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar, constituindo-se em referência para a rede de assistência à Saúde do Idoso. Além disso, estabeleceu-se que a assistência ao portador de doença de Alzheimer (Portaria GM/MS n. 703/2002, SAS/MS 255/02 e GM/MS 843/02) seria referenciada nesses centros para a prescrição dos medicamentos de alto custo (BRASIL, 2009).

Em 2006, foi revista e estabelecida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS n. 2.528/2006) que tem como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasi-

leiros principalmente os considerados frágeis e/ou vulneráveis, estabelecendo importante papel para a equipe de saúde da família. No mesmo ano foi publicado o Pacto pela Saúde do SUS (Portaria GM/MS 399/2006) e a saúde do idoso é elencada como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo no SUS.

São diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (SAS, 2009) e do Pacto da Saúde:

- promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- manutenção e recuperação da capacidade funcional;
- atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- implantação de serviços de atenção domiciliar;
- acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários;
- promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), em 2007, elaborou-se o Plano Estadual de Saúde que apresenta nas suas diretrizes a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa. O Plano estadual incorporou as deliberações da V Conferência estadual de Saúde e as sugestões dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS). São eixos estruturantes do plano estadual de saúde com relação à implementação de política específica de saúde da pessoa idosa o envelhecimento ativo, a rede de atenção e a educação permanente. São objetivos estratégicos do Plano Estadual de Saúde:

- garantia da promoção da saúde voltada à qualidade de vida

- manutenção e reabilitação da capacidade funcional voltada à autonomia e independência da pessoa idosa
- produção de conhecimento e capacitação intensiva dos profissionais de saúde da rede do SUS, para esse atendimento.

Foi constituída então a Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa no Grupo Técnico de Ações Estratégicas de Saúde (GTAE) (SES, 2009), com a estruturação de um Grupo de Trabalho para apoiar a elaboração e implementação da política estadual, composto por vários especialistas e gestores, bem como um colegiado de articuladores regionais para a elaboração de planos regionais de saúde da pessoa idosa no SUS, indicando e priorizando as intervenções necessárias. A Área Técnica tem como proposição a construção de uma política de atenção integral, alinhada à política nacional, que atue tanto na promoção do envelhecimento saudável como no cuidado adequado aos idosos dependentes, no sentido da melhoria da qualidade de vida e da dignidade da pessoa idosa.

Nesse processo, foram consideradas como diretrizes estratégicas para a implantação de políticas de atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS:

- promoção de saúde e prevenção de agravos, riscos e doenças;
- implantação da vigilância de quedas, acidentes e violências contra as pessoas idosas;
- melhoria da qualidade das Instituições de Longa Permanência de Idosos;
- incorporação das ações referentes à saúde da pessoa idosa com implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa e do gerenciamento de cuidados na atenção básica;
- apoio da estratégia de "cuidadores comunitários" de pessoas idosas na atenção básica;
- melhoria da qualidade, acesso e humanização dos serviços de atenção à saúde com o foco nas pessoas idosas, utilizando a estratégia "amigos da pessoa idosa";
- estabelecimento de núcleos regionais de referência à saúde da pessoa idosa;
- estabelecimento de protocolos baseados em evidências para as linhas de cuidado das síndromes; específicas mais prevalentes e de acesso a medicamentos e insumos de utilização específica das pessoas idosas;
- implantação de serviços de atenção domiciliar e centros dia de cuidados;
- readequação dos leitos de cuidados prolongados;
- implantação de processo de educação permanente em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
- formação de formadores de cuidadores de pessoas idosas;
- monitoramento de indicadores, saberes e práticas sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Promoção da Saúde e a intersectorialidade voltada à qualidade de vida da pessoa idosa

Com relação à promoção de saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, desde 1984, já atuava na prevenção e promoção da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. A Divisão de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) coordena as ações de prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis desde 1989. O Programa Agita São Paulo, foi lançado em 1996, com o objetivo de combater o sedentarismo, que foi reconhecido em 2002 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um importante modelo de promoção de saúde.

A SES/SP, através do CVE, desenvolve as campanhas anuais de vacinação para as pessoas idosas, preconizadas pela OMS nas ações de prevenção das doenças evitáveis por imunização: antipneumocócica e antigripal (Portaria GM/MS n. 99/1999, Portaria GM/MS n. 87/2003 e Portaria SVS/MS 34/2003), desde 1999, atingindo coberturas em torno de 80%, acima da meta nacional, atualmente monitoradas pelo pacto de gestão. A SES/SP também desenvolve, sob coordenação da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), campanhas de prevenção de câncer bucal, em conjunto com as campanhas de vacinação.

Com relação à aids, o Ministério da Saúde lançou campanhas em 2007 baseadas no sexo seguro para as pessoas mais velhas, considerando o aumento de ocorrência da doença nessa faixa etária e o Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids do Estado de São Paulo (CRT-AIDS) desenvolve ações com esse foco. A sexualidade da pessoa idosa precisa ser explicitada e debatida para reduzir o preconceito e o risco do silêncio que reveste a questão.

O CVE coordena ainda as ações de vigilância de violências e quedas, fundamentais com relação às políticas direcionadas às pessoas idosas. As quedas para a pessoa idosa são um evento catastrófico que pode comprometer muito sua condição de saúde e

qualidade de vida e precisa ser evitada. No pacto de indicadores de gestão do SUS foi priorizado o monitoramento das internações por fratura de fêmur em maiores de 60 anos e são necessárias ações afirmativas no sentido da prevenção para a redução de quedas. A SES/SP participou em 2008 da campanha internacional “Quem cai de maduro é fruta” e prevê o estabelecimento de protocolos de investigação e de intervenção para apoiar as práticas locais.

É importante registrar a parceria realizada com outras secretarias, em setembro de 2001, em função de mobilização popular, para a implantação do Centro de Referência do Idoso (CRI) da Zona Leste, como um ambulatório integrado de atenção secundária, especialidades médicas, atividades educacionais, culturais e de lazer. O CRI tem como objetivo mudar o paradigma da velhice no sentido da doença, da incapacidade e da inutilidade, trazendo o idoso para o centro do cuidado com possibilidades concretas de serem protagonistas de sua vida na produção de ambientes e hábitos mais saudáveis.

Esse processo contribuiu para a preocupação dos gestores em avançar em estratégias de promoção, prevenção de saúde e acesso qualificado, promovendo o envelhecimento ativo, ao mesmo tempo em que é necessário garantir melhor qualidade de vida aos idosos dependentes e institucionalizados. São ações com responsabilidades intersetoriais que transcendem o setor saúde e, portanto, de difícil intervenção. A implantação e o estímulo à utilização de centros de convivência pelas pessoas idosas pode fazer uma grande diferença nas condições de vida e saúde das pessoas idosas.

Trabalhou-se com os oito eixos de intervenção das políticas intersetoriais, defendidos na I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, em maio de 2006, como a proposta da “Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa” (RENADI): ações para efetivação dos direitos da pessoa idosa, previdência social da pessoa idosa, saúde da pessoa idosa, violência e maus tratos contra a pessoa idosa, assistência social à pessoa idosa, financiamento e orçamento público para efetivação dos direitos das pessoas idosas, educação, cultura, esporte e lazer para as pessoas idosas e controle democrático.

Com relação à atual Política Estadual do Idoso de São Paulo, com base legal publicada em 1997 (Lei Estadual nº 9.892/96), revista e consolidada em 2007 (Lei Estadual 12.548/07), está em fase de implantação o Plano Estadual para a Pessoa Idosa do Governo do Estado de São Paulo, denominado “FUTURIDADE”, coordenado pela SEADS – Secretaria Estadual de

Assistência e Desenvolvimento Social e assinado por todos os secretários estaduais. Ele está pautado em dois eixos, um na Educação, no sentido de incluir o envelhecimento como tema transversal nos cursos de ensino médio nas escolas da rede estadual e a inclusão digital da pessoa idosa, e outro no incentivo à formação de Redes de Atenção à Pessoa Idosa. O Plano apóia a integração dos serviços já oferecidos por meio da Rede SUAS e SUS e utiliza um indicador de qualidade de vida do idoso e a estratégia da OMS das cidades ou bairros amigos das pessoas idosas (OMS, 2008). Esta indica uma ação sobre oito quesitos de importância para as pessoas idosas, definidos em grupos focais com os próprios idosos, e que se referem à garantia de acesso a: prédios públicos e espaços abertos, transporte, moradia, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação e apoio comunitário e serviços de saúde.

A intersetorialidade voltada à qualidade de vida da pessoa idosa de maior vulnerabilidade

Duas importantes ações interstoriais podem refletir diretamente na redução da violência e na melhoria da qualidade de vida do idoso de maior vulnerabilidade: a melhoria da qualidade das instituições asilares e o estabelecimento de redes de cuidadores de idosos. Em relação às chamadas Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs), antigos asilos, casas de repouso e clínicas geriátricas. Estes equipamentos são considerados híbridos, de responsabilidade do setor social e fiscalizados, entre outras instituições, pelo setor saúde a partir da Resolução SS 123 do Centro de Vigilância Sanitária (CVS), que definiu e classificou as Instituições Geriátricas no âmbito do Estado de São Paulo em 2001. Atualmente está em vigor pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a RDC 283/2005 que também estabelece um padrão mínimo de funcionamento, no entanto sem exigências específicas, como por exemplo, de equipe de saúde. É importante observar as dificuldades geradas em função da lógica de mercado que reveste o problema e dos conflitos normativos, considerando ainda os tênues limites do perfil de utilização entre os equipamentos sociais e os Leitos de Longa Permanência credenciados pelo SUS, que precisam ser estabelecidos. Deve ser superado o desafio da ação conjunta com a área social, no sentido da garantia da qualidade dos serviços e no estabelecimento de ações conjuntas para a efetiva inserção no SUS dos idosos abrigados (Portaria GM/MS n. 2.205/2003), sendo que a

legislação estadual preconiza a implantação do selo “amigo do idoso” a ser concedido às entidades que atendem idosos, inclusive as asilares.

A capacitação e formação de cuidadores de idosos é também um desafio a ser enfrentado no SUS. É um processo de grande interface entre a área social e a área da saúde. Cada vez mais, nos deparamos com cuidadores domiciliares e institucionais que necessitam de apoio para cuidar e ser cuidado, melhorando a qualidade de vida da pessoa idosa e constituindo-se em um parceiro para o sistema de saúde. É necessário, além da capacitação, referenciá-los no SUS, apoiando-os em centrais de informação e gerenciamento e propondo alternativas de cuidados aos próprios cuidadores. Foram constituídas propostas no sentido do estabelecimento de um Programa Nacional de Cuidadores de Idosos (Portaria Interministerial 5153/99 e 05/03), mas pouco se avançou até hoje nesse sentido. Em 2007, foram realizadas oficinas pelo Ministério da Saúde, indicando a rede de escolas técnicas do SUS como espaço privilegiado para instituir as bases de uma Política Intersetorial de Formação de Cuidadores em toda a Rede de Escolas Técnicas em Saúde e, em 2008, foi também lançado o guia do cuidador pelo Ministério da Saúde. Em São Paulo, vem-se estruturando processos de formação de cuidadores em conjunto com a SEADS e de formação de formadores, com prioridade aos cuidadores das ILPIs e os vinculados a programas específicos do SUS em conjunto com as Escolas Técnicas e os serviços especializados.

Organização de redes de atenção baseadas na manutenção e recuperação da capacidade funcional voltada à autonomia e independência da pessoa idosa

A organização de redes de atenção à saúde no SUS pressupõe a garantia do acesso qualificado, que dê respostas às necessidades das pessoas. Muitos ainda enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde, que podem ser de ordem física, psicológica, de atitude e financeira e que, para as pessoas idosas podem ser experiências frustrantes e extremamente catastróficas. Os serviços devem ter como princípios a informação, educação, comunicação e gestão da atenção, adotando os princípios comuns do desenho universal de acessibilidade, conforme preconizado pela OMS nos princípios para uma atenção básica “amiga da pessoa idosa”.

Na Atenção Básica no SUS deve ser garantida a incorporação de mecanismos que promovam a

melhoria da qualidade e aumento da resolubilidade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes de Saúde da Família. Deve ser, também, incluída a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa e utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial, no sentido de identificar riscos de fragilidade e vulnerabilidade. No Estado de São Paulo, a caderneta vem sendo implantada desde 2007 e têm sido propostos mutirões e inquéritos populacionais atrelados à estratégia. No entanto, essas informações ainda não estão inseridas em sistemas de informação do SUS que permitam seu monitoramento adequado.

Na Programação Pactuada Integrada (PPI) preconizou-se a programação por linhas de cuidado da hipertensão e diabetes, e é necessário avançar para os procedimentos de atenção à saúde da pessoa idosa, na construção da integralidade, da redução de danos, na garantia da continuidade do cuidado e na redução das internações de repetições. É importante o estabelecimento de protocolos de atendimento que contribuam com o referenciamento necessário nas chamadas linhas de cuidado. Um indicador que deve ser monitorado é o de internações de pessoas idosas por causas sensíveis à atenção básica, que pode indicar uma mudança na abordagem da pessoa idosa na rede de serviços.

Ressalta-se a importância de constituir redes regionais de atenção à saúde da pessoa idosa, estruturadas junto às regiões de saúde e, ao mesmo tempo, qualificar os serviços existentes. Na gestão de patologias e no gerenciamento de casos é necessário “grudar” nas pessoas idosas de maior risco, no sentido de conhecer, identificar, acompanhar, ficar atento, monitorar, referenciar, conduzir pela rede, construir caminhos, ou seja, cuidar e acima de tudo, se responsabilizar pelas pessoas. A avaliação multidimensional e o estabelecimento de planos de cuidados são fundamentais para o diagnóstico precoce do processo de fragilização da pessoa idosa, com possibilidades da identificação de riscos e do estabelecimento da melhor estratégia assistencial (DUARTE; LEBRÃO, 2005). É fundamental para a pessoa idosa a implantação de sistemas de gerenciamento de cuidados, inclusive telefônico, baseados nos planos de cuidados e dos riscos identificados, integrados à atenção básica, à atenção domiciliar, ao SAMU, à rede hospitalar e às várias modalidades assistenciais disponíveis, que contribuam, com orientações e o direcionamento, à melhor alternativa assistencial, adequados à necessidade e otimizados.

Além disso, a implantação de boas práticas nos serviços de saúde é fundamental para a garantia dos direitos dos idosos. É necessário uma sensibilização para as unidades básicas, unidades especializadas, pronto atendimento, unidades de internação e para os hospitais como um todo no sentido do acolhimento, acessibilidade e humanização. Aos moldes dos já existentes prêmios para as boas práticas em outros tipos de serviços, estratégias de certificação, avaliação de qualidade e de implantação de selo "amigo da pessoa idosa" poderá colaborar para a definição e incentivo das boas práticas assistenciais com relação aos idosos, tanto no setor público quanto no privado.

Com relação à atenção especializada no SUS, deve ser garantida a incorporação de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa, reestruturação e implementação das redes estaduais de atenção à saúde da pessoa idosa, com incentivos aos serviços universitários e hospitais próprios. Visa com isso a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência. Além disso, tem como meta a implementação, de forma efetiva, de modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, com credenciamento de leitos específicos e incentivos à estruturação de centros de cuidados. É necessário avançar com a constituição da rede por meio do incentivo à implantação de serviços que possam referenciar as demandas das regiões. Inicia-se o processo com a avaliação e classificação das unidades de referência, identificando-as como Unidades de Referência de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa as que têm apenas atendimento geriátrico e/ou equipe mínima de referência e como Centros de Referência de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, as com atendimento geriátrico gerontológico ampliado com serviços especializados e equipe multiprofissional especializada.

Em São Paulo, os CRIs da Zona Leste e o da Zona Norte, implantados em 2001 e 2005, respectivamente, são importantes referências geriátricas gerontológicas que disponibilizam também consultas de outras especialidades e exames especializados, apesar de não se constituírem como referências hospitalares. Não são, portanto credenciados como Centros de Referência de Atenção Integral, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, nas portarias das redes estaduais de 2002, entretanto os centros de referência e as unidades de referência ambulatoriais devem compor a mesma rede regionalizada.

Os CRIs concentram ainda ações específicas de atenção ao idoso relacionadas à saúde bucal, mental, auditiva, ocular e dos pés, com disponibilização de próteses dentárias, medicamentos de alto custo, além de ações de reabilitação. Muitos municípios avançaram na organização de referências secundárias com equipes mínimas compostas por geriatra, enfermeira e assistente social e algumas ações integradas. Outros implantaram serviços mais relacionados à área social, como por exemplo, o atendimento médico em centros de convivência. Um terço dos DRS não conta com referência geriátrica, sendo que a maior parte da oferta existente, não é referência regional. É necessário ficar atento, pois a lógica do privilegiamento da rede secundária como porta de entrada, além de dificultar o gerenciamento da demanda, pode contribuir com um descompromisso da atenção básica com essa população e também com a "medicalização da velhice".

Com a criação das redes estaduais em 2002, foi definido para o Estado de São Paulo um quantitativo de 15 centros de referência, sendo que estão cadastrados dez serviços, quase todos com pendências na implantação das várias modalidades assistenciais obrigatórias (Portaria SAS/MS 967/02). Nesse sentido, não foi possível o estabelecimento de uma política em rede até então, sendo que devem ser avaliados todos os serviços credenciados, no sentido de apoiar sua adequação, bem como incentivar a organização de centros junto aos hospitais de ensino, possibilitando ao menos uma referência especializada por Regional de Saúde.

A implantação da atenção domiciliar no SUS é de extrema importância para a ampliação do acesso, e do aumento da autonomia da pessoa idosa para que ela possa permanecer vivendo em sua residência por maior tempo possível. Em 2006, publicou-se Resolução da ANVISA (RDC 11/2006 e Portaria GM/MS 2529/2006) que dispõe sobre Atenção Domiciliar e Portaria Ministerial que institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, com incentivo financeiro para a implantação e recursos de custeio mensal, aguardando regulamentação.

Ainda com relação aos cuidados domiciliares básicos específicos, estão sendo desenvolvidos alguns projetos na capital, complementares à atenção básica no sentido de apoiar os agentes comunitários ou, na ausência destes, a equipe da UBS, nas situações onde se identifique uma maior necessidade de cuidados e maior vulnerabilidade ou ainda a ausência de cuidadores disponíveis, situação cada vez mais frequente nas

regiões metropolitanas. Atuam como agentes cuidadores, chamados de acompanhantes comunitários de idosos e que executam alguns cuidados domiciliares, mediante planos ajustados às necessidades individuais.

Com relação à reorganização da assistência hospitalar, os pacientes com elevado tempo de permanência, moradores em leitos denominados "crônicos" ou "de retaguarda", gerais e até em leitos de UTI, podem se beneficiar com a reorganização de leitos disponíveis para estruturação de unidades de cuidados humanizados. Essas ações seriam mais direcionadas ao auto cuidado e à manutenção do vínculo familiar, com cuidados paliativos integrados a cuidados de reabilitação integrados à atenção domiciliar e com mudança do foco apenas da incorporação tecnológica para o de uma melhor qualidade de atenção na vida, na doença e na morte.

Além disso, para uma política mais afirmativa na redução da internação, permanência e utilização de leitos hospitalares pela população idosa, uma importante ação é a implantação de centros dia de cuidados, que se constituem em uma forma intermediária de assistência à saúde situada entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar, podendo também se complementar a esta. Visa assistir aqueles idosos cujas necessidades terapêuticas, de orientação e de cuidados não justifiquem sua permanência contínua em ambiente hospitalar e que as famílias não apresentem condições adequadas para assistir as demandas assistenciais desses idosos no domicílio; demandando habitualmente internações hospitalares de longa permanência, com perda do vínculo familiar e cronificação da condição do idoso. O indicador de permanência das internações das pessoas idosas poderá refletir o impacto dessas intervenções.

Produção do conhecimento e educação permanente

Ao implantarmos uma política na perspectiva da intersetorialidade, com a urgência e a magnitude das necessidades de Saúde da Pessoa Idosa, devem-se priorizar as questões relativas à gestão do trabalho e da educação para o trabalho. É importante a incorporação da questão do envelhecimento na agenda da educação permanente do SUS. Considerando esse novo paradigma, é necessário preparar pessoas, dentro do Sistema Único de Saúde, para gerir políticas públicas, para assistir a pessoa idosa, bem como preparar pessoas para serem formadores nesses processos, inclusive no de formação de cuidadores. A produção e divulgação de conhecimentos sobre o envelhecimento

é, relativamente, nova no país e deve ser incentivada.

Por fim, entendemos que é necessário, no Estado de São Paulo, explicitar uma política de atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, com foco no usuário, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção, com estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado. É necessário ousar na implantação de serviços inovadores e resolutivos. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção. É fundamental respeitar a história das pessoas idosas, garantir direitos, indicar caminhos e promover a possibilidade de uma ampla rede de cuidados, com paz e dignidade, numa sociedade mais justa e solidária, onde envelhecer seja de fato um triunfo para todos nós. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=15. Acessado em março/2009.
- _____. DATASUS. <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em março/2009
- DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L. **O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia.** Mundo Saúde, 29(4), out-dez. 2005. p.566-574.
- KALACHE, A. **O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social.** Rio de Janeiro: Ciênc. Saúde Coletiva, v.13 n.4, jul./ago. 2008.
- LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (org.). **O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial.** Brasília: OPAS/MS; 2003. p.75-91.
- OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.
- _____. **Guia global: cidade amiga do idoso.** Organização Mundial da Saúde 2008. Disponível em [<http://www.who.int/ageing>]. Acessado em março de 2009.
- _____. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento,** 2002.
- OPAS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- RAMOS, L.R. *et al.* **Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar.** São Paulo: Rev. Saúde Pública. 1993, v. 27, n. 2. p.87-94.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES. GTAE – Grupo Técnico de Ações Estratégicas em Saúde. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/content/gtae_saude_pessoa_idosa.mmp. Acessado em março/2009.

Entrevista - Alexandre Kalache

Marília Louvison¹
Tânia Margarete Mezzomo Keinert²
Tereza Etsuko da Costa Rosa³

Alexandre Kalache, 62 anos, médico e pesquisador em Saúde Pública, estuda o envelhecimento há mais de 30 anos. Foi um dos primeiros especialistas a enxergar o enorme desafio que os países em desenvolvimento terão pela frente se não começarem a pensar e agir sobre o envelhecimento da população imediatamente. "Trata-se de encarar o que poderá se transformar em um problema como uma oportunidade de torná-lo um importante tema da política de desenvolvimento"⁴, alerta.

Em 2050, o mundo terá 2 bilhões de idosos segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS). Mais de 80% deles estarão vivendo em países como o Brasil. Aqui a porcentagem de pessoas idosas irá de 9% a 18% em apenas 17 anos (2005 a 2022). Como adequar a sociedade a essa mudança demográfica brutal? "Começando a pensar e a planejar já", responde Kalache. Sua percepção de que essa explosão se daria ocorreu em 1976, no período em que fazia mestrado em saúde social na Universidade de Londres. Posteriormente, ele seguiu para o doutorado na Universidade de Oxford, onde foi professor assistente.

Kalache é médico formado pela então Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Durante 4 anos foi instrutor de clínica médica e nos meados dos anos 1970 partiu para a Europa, onde ficou 33 anos, os últimos 13 dirigindo o Programa Global de Envelhecimento e Saúde da OMS. Os dois filhos (um nascido no Rio e a filha na Inglaterra) e uma neta cresceram e ficaram em Londres. No ano passado, Kalache deu por terminado seu ciclo na OMS e agora trabalha como assessor para en-

velhecimento global da presidência da Academia de Medicina de Nova York. Trabalha atualmente na criação do Centro Internacional de Políticas para o Envelhecimento no Rio de Janeiro para continuar a pesquisar e sugerir melhorias na qualidade de vida dos idosos. Quando entrevistado, estava concluindo uma proposta de um projeto complexo denominado "Ageing in a Foreign Land" que tratará do envelhecimento de milhões de imigrantes que estão envelhecendo pelo mundo afora sem qualquer legislação específica que enfoque seus problemas.

BIS: Quais os desafios para a implantação de políticas públicas adequadas às necessidades das pessoas idosas?

KALACHE: O maior, o grande desafio, é a falta de sensibilização da sociedade em geral e do poder público, em particular. Ainda vivemos na ilusão de que nossa população é jovem e assim o será para sempre - quando na realidade estamos entre os países que mais rapidamente envelhecem no mundo. Veja por exemplo o setor educação: estamos formando profissionais - os estudantes universitários de hoje - sem o mínimo preparo e conhecimento sobre temas de envelhecimento. Um estudante de Medicina, por exemplo, que se forme em 2010 terá, digamos, uns 40 anos de prática profissional. Portanto, este estudante trabalhará até o ano 2050 - quando teremos no Brasil mais de 60 milhões de idosos. Queira ou não, goste ou não goste, este estudante estará lidando com mais, e mais idosos ao longo de sua prática profissional. Não estou falando de geriatras - mas de ginecologistas, cardiologistas, ortopedistas, médicos de família que não estarão preparados para atender o que de forma crescente constituirá a maioria de seus pacientes (visto que a demanda de serviços de saúde aumenta à medida em que envelhecemos). São estudantes que estão aprendendo tudo sobre criancinhas e mulheres grávidas - quando as taxas de fecundidade já hoje estão abaixo do limiar de

¹ Diretora Técnica da Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa do Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

² Mestre e Doutora em Administração Pública, Pós-Doutora em Políticas Públicas e Qualidade de Vida e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: taniak@isaude.sp.gov.br

³ Mestre e Doutora em Saúde Pública e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: tererosa@isaude.sp.gov.br

⁴ Dados retirados da Revista Pesquisa Fapesp, nº 145 de 2008.

reposição. O mesmo se aplica a enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas... arquitetos, advogados. Estamos formando profissionais inadequados para a revolução demográfica que já começou!

BIS: A estratégia de envelhecimento ativo e cidades "amigas dos idosos" pode alavancar essas políticas?

KALACHE: A definição da OMS de "envelhecimento ativo" é: o processo de otimizar oportunidade para Saúde, Participação e Segurança de modo a aumentar a qualidade de vida à medida em que envelhecemos. Esta abordagem se aplica tanto a indivíduos quanto a sociedades. Quanto mais cedo utilizarmos as oportunidades para aumentar nossa saúde (um bem universal: todos querem envelhecer, mas com saúde, é só perguntar na rua... todos vão lhe dizer isso). Saúde é a chave para a participação – de modo que não sejamos excluídos - para permacermos inseridos em nossas sociedades. Mas faltando isso, é necessário proporcionar Segurança - ou seja, proteção aos mais vulneráveis, os enfermos, com incapacidades, que necessitam de suporte e intervenções para que não se desesperem. Portanto, uma política pública voltada para o envelhecimento ativo deve priorizar estes pilares. O projeto "cidades amigas dos idosos" é uma aplicação prática desta estratégia que, além do mais, implica numa abordagem de "baixo para cima" (com a participação ativa dos idosos, eles próprios – através de grupos focais e estudos qualitativos – dizendo-nos quais são seus problemas e que soluções gostariam de ver adotadas) mas também de "cima para baixo" – já que no projeto é fundamental a participação do poder público de modo a que as "soluções" apontadas pelos idosos encontrem ressonância, aplicação prática.

BIS: Qual foi a origem do projeto Cidades Amigas das Pessoas Idosas?

KALACHE: Há uma grande pesquisa por trás do projeto Cidades Amigas de Pessoas Idosas. Foi realizada nas 35 cidades que integraram o grupo inicial, com o mesmo protocolo. Isso foi decidido em março de 2006 na cidade de Vancouver (por isso conhecido como Protocolo de Vancouver – o qual está no site da OMS) e teve por base o estudo "piloto" que realizamos em Copacabana – ponto de partida – em 2005.

²Trata-se de tradução literal da palavra "empowerment", anglicismo que vem sendo traduzido como empoderamento, com significado de: dar poder, dar força ou sentir-se forte, poderoso, confiante.

Por que lá? Copacabana foi urbanizada nos anos 30, 40, 50 – e os "jovens" que lá primeiro foram morar nunca saíram. Seus filhos – que dirá seus netos - sim: foram para outras áreas da cidade, mais "na moda". Eles ficaram fiéis a um bairro que concentra serviços, onde tudo se faz a pé, que é aprazível. Mas que também representa um microcosmo do país como um todo com todas suas contradições e contrastes: do luxo da Avenida Atlântica, à classe média alta e baixa e, subindo as ladeiras no fundo, suas favelas bem conhecidas. De cada três habitantes em Copacabana um tem mais de 60 anos – densidade maior que a da Suécia, Alemanha ou Japão. Feito o estudo em Copacabana e decidido o protocolo em Vancouver partimos para ação. Cidades influentes como Nova York, Londres, Nova Delhi, Istambul, Moscou, Tóquio, Buenos Aires, Cidade do México, Vancouver, Melbourne... e outras de tamanho médio e até pequenas - para que tivéssemos um panorama global. Dos resultados extraímos o Guia das Cidades Amigas que aborda os oito temas elegidos: habitação; transporte; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; acesso a serviços de saúde e suporte comunitário e serviços sociais.

Tudo partindo de uma pesquisa participativa, de baixo para cima, "empoderando"⁵ os idosos, ouvindo deles suas sugestões e opiniões do que poderia fazer seus entornos urbanos mais "amigos dos idosos". Um estudo qualitativo que envolveu mais de 2000 idosos em todo o mundo e cerca de 800 cuidadores e prestadores de serviço. Um projeto intersetorial abrangendo inclusive o setor privado.

Lançamos o Guia em Outubro de 2007 – no Dia Internacional das Pessoas Idosas – e desde então dezenas de cidades estão se incorporando a essa "rede global" da solidariedade entre ricos e pobre, jovens e idosos, sul e norte... Está só faltando São Paulo! Já discuti com vários colegas, amigos, funcionários dos governos municipais e estaduais e faço fé de que, em breve, possamos incorporar esta cidade-chave para nós no Brasil.

BIS: Qual o papel da saúde nesse processo e quais seriam as prioridades?

KALACHE: Como deixei implícito na definição do "envelhecimento ativo", saúde é fundamental. E os riscos que agravam nossa saúde ou aumentam a probabilidade de adoecermos à medida que envelhecemos, podem ser minorados através de medidas

ao longo do curso de vida. Quando uma criança aprende a comer legumes e frutas, quando um adolescente aprende a não fumar, quando um jovem aprende a dizer não às drogas, quando na vida adulta aumentamos nosso capital social e informação sobre saúde... estamos nos preparando melhor para envelhecermos bem. Isso implica em que a saúde deixe de ser vista apenas como ausência de doenças e de como lidar com elas. Implica em priorizarmos Promoção à Saúde e Prevenção de Enfermidades. Implica em ter profissionais da Saúde compartilhando conhecimento, democratizando a saúde - o que a revolução informática já está fazendo, queiram ou não os ditos profissionais. Implica que ao nível do indivíduo tenhamos mais responsabilidade sobre nossa própria saúde. Mas implica também em reconhecer que os determinantes sociais da saúde são de absoluta importância. Não adianta não beber, não fumar, exercitar-se e comer direitinho, se no final do dia, este indivíduo se sente excluído de sua sociedade, não se sinta "empoderado", não tenha auto-estima, auto-eficácia, razões para ser otimista - pois no final do dia estes são atributos de uma vida longa com qualidade.

BIS: Há relação entre atenção primária e o "Projeto Cidades Amigas da Pessoa Idosa"?

KALACHE: Sim, para o setor saúde o projeto "Cidades Amigas" complementa um outro, de igual importância, "A Atenção Primária à Saúde". Por mais centros geriátricos que venhamos a ter será impossível criar serviços especializados para os 2 bilhões de idosos do ano 2050. Nem desejável isso seria. O importante é que TODOS os idosos encontrem, em nível de comunidade, serviços que respondem bem a seus problemas - inclusive ajudando a preveni-los. Passamos 6 anos estudando o que fazer. A OMS criou um projeto multicêntrico, estabeleceu os princípios do que seria um "Centro de Saúde Amigo dos Idosos", dali partiu para a elaboração de uma caixa de ferramentas (o que fazer de concreto se você, diretor daquele centro, quiser transformá-lo em um centro amigo dos idosos). Implementamos a caixa de ferramentas - o "toolkit" - em 8 países (inclusive em São Miguel Paulista/SP e em Manguinhos/RJ, centros das periferias pobres de São Paulo e Rio de Janeiro). Finalmente realizamos uma reunião dos pesquisadores dos 8 países em que também estavam presentes representantes de ministérios, da sociedade civil, de grupos acadêmicos - e finalizamos o documento prático do

"que fazer". Está disponível no site da OMS e tem sido adotado de forma crescente.

BIS: Como organizar uma rede de atenção à saúde inserida na política do SUS com o foco na pessoa idosa, que tenha centralidade na atenção básica, gerenciamento de cuidados integrados, atenção domiciliar, centros de referência geriátrico-gerontológicos, leitos de cuidados paliativos e centros de cuidados ?

KALACHE: O projeto "Atenção Primária à Saúde Amiga dos Idosos" desenvolve em detalhe os pontos a serem observados. Há quatro eixos fundamentais: 1. Atitudes de toda a equipe - desde a recepcionista ao médico (para tanto, há que sensibilizá-los e, uma vez isso feito, trabalhar nas atitudes mais favoráveis); 2. O entorno físico - incluindo aí como chegar ao centro, que tipo de transporte público está disponível; 3. Informação e comunicação - não tratar o idoso como uma peça passiva em toda engrenagem que deve estar centrada em seu bem-estar e manutenção do mais alto nível de saúde possível; 4. Habilidades e conhecimentos adequados - ou seja, que competências básicas TODOS os profissionais de um centro de saúde devem possuir para lidar como este número crescente de pacientes idosos. Se a Atenção Primária à Saúde estiver adequada, o impacto se faz sentir em todos os outros níveis. A interface centro de saúde - serviço especializado em nível da atenção secundária ou terciária (no hospital). Quantas vezes pacientes são referidos e não se ouve nada de volta - a comunicação "rompida". Quantas vezes pacientes são admitidos em hospitais e o centro de saúde não fica jamais sabendo?! E como nós negligenciamos o que, no final de tudo, é o essencial: o cuidado em casa. Este cuidado prestado pela família - não reconhecido, sem suporte, sem treinamento. Em qualquer país este cuidado é prestado, fundamentalmente, por mulheres - com frequência mulheres elas próprias idosas, com seus problemas de saúde. Mas dela se espera que façam "das tripas coração" e sigam desempenhando esta função social tão crucial para que a sociedade se mantenha coesa.

Quem nasce sabendo como trocar a roupa de cama de um paciente hemiplégico, obeso, confuso? Quem tem um conhecimento nato de como lidar com um paciente demenciado? Como esperar que dia após dia, por semanas, meses, anos esta cuidadora seguirá sem pagar um preço pessoal imenso - sem ter nem mesmo louvados seus esforços. Minhas preocupações estão mais direcionadas a políticas

viáveis e sustentáveis de como melhor organizar este cuidado integral – e menos nos centros de excelência geriátricos que, ao final, tem um impacto direto num grupo ínfimo do contingente total. E sem dúvida, o Brasil – como outros países em plena revolução demográfica - serão forçados a repensar os cuidados paliativos, da finitude, da qualidade e dignidade de vida nos momentos finais: é imprescindível!

BIS: Nesse contexto, quem vai cuidar da assistência médica, recuperação e readaptação desses idosos, especialmente nos últimos 3 anos de vida, dado que, em tese, a promoção à saúde prolonga a vida. Do ponto de vista estritamente financeiro e de viabilidade econômica do sistema de saúde, mais pessoas irão onerar mais o sistema e por mais tempo...

KALACHE: A assistência médica a esta crescente população idosa deve, necessariamente, ser feita por uma equipe de atenção primária à saúde adequadamente treinada para lidar com seus problemas de saúde. A imensa maioria dos idosos vive na comunidade e a este nível, da comunidade, que devem ser cuidados – não em serviços especializados, em um hospital. Sim, precisamos de mais geriatras e outros “especialistas” – pois são estes os que irão repassar conhecimentos aos médicos de família, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas. Mas seria impossível treinar tais especialistas para prover cuidados aos famosos 2 bilhões de idosos de “amanhã”. Os recursos para tal não existem e não virão a ser disponíveis – mas se a maioria dos problemas de saúde dos idosos for bem conduzida mantendo-os em suas casas, ajudando-os a manter o maior nível de capacidade funcional em seus entornos familiares, estaremos contribuindo imensamente para que eles continuem a ser um “recurso para suas famílias, suas comunidades e para a economia” como requer a Declaração de Brasília para o Envelhecimento Ativo de 1996.

BIS: No futuro, teremos uma sociedade em que queiramos envelhecer?

KALACHE: Em 1948, quando a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi adotada pelos países então integrantes da incipiente Nações Unidas do pós-guerra, não havia qualquer percepção ou consciência da importância do envelhecimento populacional - nem mesmo nos países mais desenvolvidos.

Como consequência, não há nela uma sequer menção aos direitos das pessoas idosas. Sessenta anos

mais tarde, já não se pode aceitar esta omissão. No entanto, no decorrer destas décadas, convenções e/ou declarações dos direitos de praticamente todos os outros subgrupos foram adotados. Dos direitos dos imigrantes, mulheres e indígenas aos das crianças e incapacitados. Falta-nos os dos idosos. Para tal estamos agora firmemente trabalhando. E enche-me de orgulho dizer que o país que está liderando o processo é justamente o Brasil - e de forma inequívoca. Basta dizer que no evento celebrando o Dia Internacional das Pessoas Idosas na ONU em outubro passado, enfocando os direitos humanos, o conferencista principal foi o nosso Ministro Paulo Vannuchi. A Missão brasileira junto à ONU em Nova York está tomando a frente a tarefa de auscultar outras missões de forma a chegar a uma massa crítica de países favoráveis – como já assim se declaram a África do Sul, a Índia e nossa vizinha Argentina. Estou concedendo esta entrevista desde Madrid no dia preciso em que tenho uma reunião com a Ministra encarregada de Bem-Estar Social com o mesmo objetivo. Desde o ano passado, exerço a função de consultor da Missão do Brasil em Nova York e tenho regularmente discutido estratégias com o Ministério de Relações Exteriores em Brasília. Será um processo que levará anos – mas o próprio envelhecimento nos ensina as virtudes da paciência e perseverança. Chegaremos lá! E isto se impõe porque há especificidades que não podem ser ignoradas.

BIS: Quais seriam essas especificidades?

KALACHE: Quando um paciente após um derrame em um país como a Inglaterra vê negado seu direito à re-habilitação porque tem 65 anos vendo seu vizinho de quarto com iguais necessidades médicas tê-lo por ter 64, há aí uma discriminação flagrante pela idade. Abusos, maus tratos, negação ao direito de trabalho, a serviços, à educação, à autonomia, acesso à informação... os exemplos se acumulam. Necessitamos criar um movimento de solidariedade em nível mundial que viabilize este processo. E neste sentido à sociedade civil está reservado um papel crucial. As organizações não-governamentais não têm as amarras que muitas vezes entravam os órgãos públicos. E justamente a ONG com base em Londres, *HelpAge International* (HAI) – presente em 78 países, mas não ainda no Brasil..., uma falta a ser corrigida! – é quem está atuando como ativista principal. Para minha honra a HAI me nomeou no ano passado “Embaixador Global do Envelhecimento” e esta honraria cria um compromisso, uma

responsabilidade imensa: não medirei esforços para que este processo se acelere – afinal, eu quero viver meus últimos anos usufruindo destes direitos e compartilhando-os com meus pares. Será o melhor legado de nossa geração aos que nos sucederem como idosos, com seus direitos assegurados nesta sociedade em que "queremos envelhecer"; uma sociedade justa - para todos.

BIS: Agradecemos muito sua disponibilidade e solicitamos suas considerações finais...

KALACHE: Creio que este é o caminho, uma resposta viável e sustentável que irá ajudar a celebrarmos o envelhecimento não como problema, mas como um desafio, uma oportunidade, uma conquista social a ser preservada - sempre envolvendo os idosos como participantes ativos, agentes de transformação, recursos de suas comunidades e famílias, cujas opiniões e desejos devem ser ouvidos e respeitados.

Webgrafia Indicada

Guia das Cidades Amigas da Pessoa Idosa. Disponível em http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf.

Entrevista - José Carlos Seixas

Tânia Margarete Mezzomo Keinert¹

Do alto dos seus 72 anos de idade o Dr. Seixas não foge à polêmica, apontando problemas cruciais do sistema de saúde, porém, sem amarguras. Bem humorado, riso fácil e uma memória espetacular, o Dr. Seixas dividiu conosco um pouco de sua sabedoria e de sua forma de ver as conquistas e desafios do sistema de saúde e do “bem envelhecer”.

Nascido em Marília-SP, em 19 de dezembro de 1937, Seixas formou-se médico, sanitarista, administrador hospitalar e doutor em saúde pública pela USP e Planejador em Saúde pelo Centro de Estudos de Desarrollo (CENDES) da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), no Chile. Professor da Faculdade de Saúde Pública desde 1964, lecionou ainda na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Pontifícia Universidade Católica (PUC), Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU) e na Escola Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde. Seixas atuou nos Ministérios da Saúde (ocupou o cargo de ministro interinamente, em várias ocasiões, entre 1974 e 1996) e do Trabalho, na Secretaria do Planejamento da Presidência da República e exerceu a função de Coordenador de Pesquisa de Desenvolvimento Social em Saúde do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). No governo do Estado de São Paulo, foi Secretário Adjunto de Saúde, entre 2000 e 2001. Nesta secretaria, também ocupou diversos cargos de direção desde 1969, além de ter coordenado a Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN) em 1997. Hoje, Dr. José Carlos Seixas é Assessor Técnico do Secretário Luiz Roberto Barradas Barata na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

BIS: Como foi sua participação na experiência de atenção aos idosos, há mais de trinta anos, no Centro de Saúde Experimental da Barra Funda?

SEIXAS: O grupo era formado por mim, Dr. Guedes e Dr. Airosa e, já naquela época, percebeu-se a possibilidade de se sair da assistência médica exclusiva

no atendimento aos velhos através da implementação de políticas de lazer e entretenimento. Criamos uma Oficina de Artesanato, isso em 1967, onde os homens trabalhavam em artigos de couro e as mulheres com roupas e linhas. De tempos em tempos, havia uma Feira de Artesanato onde esses produtos eram vendidos. Era a maior festança. E percebemos que, muitas das questões que antes eram levadas aos consultórios médicos se resolviam na convivência e valorização das pessoas idosas que passavam a se sentir novamente úteis e produtivas.

BIS: Poderíamos então afirmar que estratégias de promoção à saúde, sociabilização e mudanças no estilo de vida substituiriam a atenção médica?

SEIXAS: Melhorariam a qualidade de vida dos idosos, especialmente se essas mudanças fossem feitas desde cedo na vida da pessoa, porém não substituiriam os serviços de proteção específica aos mais velhos, como cuidados de recuperação e readaptação. Veja, vivemos um paradoxo: tudo o que se fizer de promocional prolonga a vida e, conseqüentemente, onera o sistema de saúde, já que a demanda por cuidados aumenta muito nos últimos anos de vida. É o que se pode chamar de “problema da assistência”, o qual só será resolvido em definitivo com novas tecnologias, mais baratas e eficientes.

BIS: Com o aumento da expectativa de vida agrava-se o problema de financiamento. E quanto à estratégia adotada pelas políticas de saúde?

SEIXAS: Sem dúvida, temos um grave problema de falta de recursos. Pergunto: a saúde é ônus de quem? Quem vai pagar a conta, afinal? Frequentemente são propostas ações intersetoriais, mas o dinheiro sai sempre do caixa da saúde. Os recursos precisam vir de várias fontes. Quanto à estratégia adotada, chamo a atenção, novamente, para o problema da assistência. Veja, o Canadá primeiro resolveu seus problemas na área de assistência médica, para depois trabalhar com a promoção à saúde. E essa não

¹Mestre e Doutora em Administração Pública, Pós-Doutora em Políticas Públicas e Qualidade de Vida e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: taniak@isaude.sp.gov.br

é feita apenas pelo setor saúde. A área de saúde tem apenas um papel estimulante. A assistência médica e a recuperação são prioridades para o setor saúde, especialmente no caso dos idosos.

BIS: Nesse contexto, qual o papel dos centros de referência de atenção à saúde da pessoa idosa no SUS?

SEIXAS: No Estado de São Paulo temos uma experiência pioneira, implantada pelo Dr. Guedes, a partir de uma demanda da própria população, que é o Centro de Referência do Idoso da Zona Leste. Lá eles podem contar com atendimento geriátrico, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia etc. A Secretaria de Estado da Saúde participa de maneira importante no funcionamento dos Centros de Referência do Idoso (CRI), unidades criadas para proporcionar assistência integral à pessoa idosa. Nos CRIs existentes, além das ações tradicionais de atenção à saúde, estão disponíveis espaços destinados à assistência social, oficinas, lazer, apoio familiar e Infocentro, área que oferece computadores com acesso à Internet. O CRI São Miguel Paulista situa-se na zona leste da cidade de São Paulo, na Praça Padre Aleixo Monteiro Mafra (Praça do Forró) nº34. Em suas instalações de quatro andares estão distribuídos dois andares para a assistência médica, sendo que nos outros pisos estão os serviços de ouvidoria, orientações sobre direitos dos idosos, espaço de convivência, salas de vacinação e Infocentro. Da mesma forma funciona o CRI da Zona Norte, o qual é uma parceria entre o governo do Estado de São Paulo e a Associação Congregação de Santa Catarina. Foi inaugurado em 17 de fevereiro de 2005. É um ambulatório de atenção secundária, onde se busca a excelência em serviços, integrando especialidades médicas, atividades educacionais, culturais e de lazer, sem qualquer custo ao idoso carente e residente na região norte de São Paulo.

BIS: Para finalizar, quais são os maiores entraves da Saúde Pública no Brasil? É mesmo apenas o financeiro ou seria também o gerencial e o cultural?

SEIXAS: Multicausal! Alguns gargalos estão superados: o institucional-legal está, em grandes linhas, resolvido (a legislação do SUS está em constante aperfeiçoamento). Na questão financeira já ficou claro que se quisermos qualidade na saúde será preciso gastar muito (a classe média e elites sempre acharam que o dinheiro da saúde era mal-gasto).

O grande gargalo mesmo, a meu ver, porém, ainda é o gerencial. Há no setor saúde muito do que eu chamo de cultura hipocrática: faço tudo que é possível para o paciente que estou atendendo; os outros não me interessam. Não há visão sistêmica, ou seja, de que é preciso um mínimo de ordem e disciplina para organizar tudo. Eu faço o que posso no meu pedaço. Isso tem reflexo na municipalização: por exemplo, não há controle de vetores sem visão ambiental. Na minha visão o gargalo maior é cultural, também, porque desvaloriza aspectos gerenciais e como consequência fica o desperdício e a dispersão de energia; ele é consequência de uma visão individualista do problema. A superação da falência gerencial não é difícil se houver substrato cultural. A gerência está ligada a comportamentos e paradigmas culturais. Deve prevalecer a visão da ética social, do direito de cada um; são formas de considerar saúde como um direito.

Epidemiologia do envelhecimento

Maria Lúcia Lebrão¹

A idéia do Brasil como um país jovem sempre esteve presente na nossa mente e desenhou o nosso horizonte. No entanto, de repente, nos percebemos grisalhos. A pergunta que se faz é: como isso aconteceu?

A estrutura por idade e sexo de uma população, num dado momento, é o resultado da sua dinâmica durante um longo período, isto é, do comportamento dos nascimentos, das mortes e das migrações nos últimos cem anos. É essa estrutura que condiciona a evolução da população, no sentido do seu crescimento, ou não, pois o que determina esse crescimento são a fecundidade e a mortalidade que, por sua vez, estão diretamente relacionados à idade e sexo (BERQUÓ, 1991)

A população brasileira, assim como a da América Latina e Caribe, vem sofrendo, nas últimas cinco décadas, transições decorrentes de mudanças nos níveis de mortalidade e fecundidade, em ritmos nunca vistos anteriormente. Essas mudanças fizeram com que a população passasse de um regime demográfico de alta natalidade e alta mortalidade para outro, primeiramente com baixa mortalidade e, a seguir, baixa fecundidade. Isso levou a um envelhecimento da população. Quando se compara a proporção de jovens (menores de 15 anos) no Brasil, no ano de 1940 – 42,6% - com a de 2000 – 29,6% e a proporção de idosos (60 anos e mais) nos mesmos anos, 4,1% e 8,6%, respectivamente, tem-se uma idéia das transformações sofridas pela nossa população.

A essas mudanças dá-se o nome de **transição demográfica**, que significa a passagem de um regime demográfico de alta natalidade e alta mortalidade para outro com baixa natalidade e baixa mortalidade.

Embora o envelhecimento da população brasileira já pudesse ser prenunciado no início do século 20, pela queda da mortalidade, só por volta de 1960 é que esse fenômeno se estabeleceu realmente, com a queda brutal da fecundidade, passando de 6,2 filhos por mulher em 1940 para apenas 2,01 em 2007 (DATASUS, 2007). Se atentarmos para o fato

de que 2,1 filhos por mulher é o valor de reposição da população, breve teremos uma população mais envelhecida ainda.

Dessa forma, o processo de envelhecimento depende, também, da dinâmica da população **mais jovem** que 60 anos: se esta população crescer tão ou mais rapidamente do que a população mais idosa, algumas questões como o apoio às pessoas idosas podem ser menos problemáticas, mesmo que o crescimento absoluto da população mais idosa tenha suas próprias conseqüências econômicas. O que importa é o **crescimento relativo** dos dois segmentos da população: na medida em que a população de 60 anos e mais cresça mais rapidamente do que a população abaixo de 60 anos, haverá um maior envelhecimento. E é exatamente isso que se vê ocorrer no Brasil. Desde as décadas de 50/60, o crescimento do contingente idoso é maior, supondo-se que chegue em 2015/25 a ser cinco vezes o da população total (PALLONI; PELÁEZ, 2003).

Dentro desse panorama, a parcela dos muito idosos, ou seja, aqueles com 80 anos e mais, tem um crescimento ainda maior do que as restantes, pois cresce cerca de 4% ao ano, isto é, a uma taxa de 0,04, bem maior do que o crescimento da população total (0,008).

O processo de envelhecimento nos países desenvolvidos ocorreu muito tempo depois de eles terem adquirido padrões elevados de vida, reduzido desigualdades sociais e econômicas e implementado um número de estratégias institucionais para compensar os efeitos das desigualdades residuais, ao menos na área de acesso aos serviços de saúde. O desenvolvimento social e econômico na América do Norte e Europa Setentrional e Ocidental já estava determinado quando as demandas de uma sociedade que envelhecia (e mesmo as preocupações sobre isso) foram reconhecidas. Ou seja, "os países desenvolvidos primeiro ficaram ricos e depois envelheceram; nós estamos ficando velhos antes de ficarmos ricos" (WHO, 2001). Em quase todos os países da América Latina e Caribe, um processo de envelhecimento altamente comprimido começa a

¹Professora Titular do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Contato: mllebr@usp.br

ocorrer no meio de economias frágeis, níveis altos de pobreza, desigualdades sociais e econômicas e, contraindo mais do que expandindo, o acesso aos serviços e recursos coletivamente financiados (PALLONI; PELÁEZ, 2003).

O cronograma relativamente comprimido do envelhecimento na região pode, em parte pelo menos, ser traçado pela revolução médica e de saúde pública que provocou o declínio da mortalidade há quase meio século. As pessoas que estão alcançando os 60 anos depois de 2000 são aquelas que vivenciaram todos os benefícios da tecnologia em saúde introduzida durante o período pós Segunda Guerra Mundial, principalmente aquela relativa à sobrevivência na primeira infância.

Portanto, os idosos da região nascidos anteriormente à Segunda Guerra, estiveram expostos à desnutrição e outras doenças em uma etapa precoce da vida, diferentemente do que sucede nos países industrializados que foram testemunhas de um aumento estável do padrão de vida. Acredita-se que essa exposição possa ter efeitos fisiológicos duradouros que podem afetar consideravelmente o estado de saúde dos adultos (PALLONI; PINTO-AGUIRRE; PELÁEZ, 2002).

Por causa da maior esperança de vida das mulheres e da tendência dos homens ao recasamento, as mulheres viúvas ultrapassam dramaticamente os homens viúvos em todos os países. Mulheres idosas que estão sozinhas são altamente vulneráveis à pobreza e isolamento social. Usando dados do Estudo "Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento" (SABE), Santos (2003), mostrou que a proporção da esperança de vida sem incapacidade para o sexo feminino é menor do que para o masculino às idades de 60 e 75 anos.

Concomitantes a essas mudanças demográficas ocorrem outras mudanças no comportamento da mortalidade e morbidade da população que deram origem ao conceito de **transição epidemiológica** proposto por Omran, em 1971 (OMRAN, 1971). Segundo o autor, a teoria da transição epidemiológica está focalizada na complexa mudança dos padrões de saúde e doença e nas interações entre esses padrões e seus determinantes e conseqüências. Essas mudanças dos padrões dizem respeito à diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas não-transmissíveis.

Há autores que preferem o termo "transição da saúde", pois dizem que, a rigor, estão envolvidos dois aspectos básicos da saúde nas populações huma-

nas. Por um lado, está a transição das condições de saúde, isto é, os processos de saúde e doença que definem o perfil epidemiológico de uma população, expressado em termos de morte, doença e invalidez. Por outro lado, está a resposta social organizada a essas condições, que se instrumentaliza por meio do sistema de atenção à saúde. A transição da atenção à saúde tem atuado de maneira importante sobre a transição epidemiológica, pois as novas tecnologias têm sido aplicadas à população através do sistema de atenção da saúde. Um dos mecanismos para as mudanças nas principais causas de morte tem sido a redução dos coeficientes de letalidade² de algumas doenças (FRENK *et al.*, 1991).

Embora transição demográfica e transição epidemiológica não sejam a mesma coisa, pois a transição epidemiológica implica em mudanças nos padrões de morbidade, além da mortalidade, há uma relação fundamental entre elas, pois a queda inicial da mortalidade se concentrou nas causas de morte infecciosas. Por outro lado, a queda da fecundidade afeta a estrutura da população por idades e repercute no perfil de morbidade, pois a proporção crescente de pessoas de idade avançada aumenta a importância das doenças crônicas e degenerativas. Dessa forma, as doenças passam de um processo agudo que termina em cura ou morte, para um estado crônico que as pessoas sofrem durante longos períodos da vida (FRENK *et al.*, 1991) e que quando não adequadamente controlados podem gerar incapacidades, comprometendo significativamente a qualidade de vida dessas pessoas.

Omran (1971), no seu trabalho a respeito da transição epidemiológica, estabelece cinco proposições. Na primeira delas o autor estabelece a premissa de que a mortalidade é fator fundamental na dinâmica populacional. A segunda propõe que, durante a transição, ocorrem mudanças de longa duração nos padrões de mortalidade e morbidade onde as pandemias de doenças infecciosas são gradualmente substituídas pelas doenças degenerativas e provocadas pelo homem como a forma mais importante de morbidade e a principal causa de morte.

No tempo em que essa teoria foi proposta acreditava-se que o declínio da mortalidade havia chegado ao nível mais baixo possível e os ganhos na esperança de vida caminhariam a passos lentos e, pensava-se que sete décadas de vida era o mais próximo desse limite. No entanto, dados internacionais de tendência da mortalidade específica por causas

² Coeficiente de letalidade é igual ao número de óbitos por determinada causa dividido pelo número de doentes pela mesma causa.

indicam que a maioria da queda dos coeficientes de mortalidade específica por idade está ocorrendo como um resultado do declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares.

Porém, na América Latina, o processo de transição epidemiológica não pode ser considerado de forma tão linear como o fizeram autores anteriores. FRENK *et al.* (1991) chamam a atenção para a situação de saúde vivida pelo Brasil e que compreenderia superposição de etapas, ou seja, embora tenhamos doenças do desenvolvimento, ainda é grande a proporção de doenças de países não desenvolvidos. Enquanto há uma proporção bastante alta de óbitos por doenças do aparelho circulatório, a proporção de doenças infecciosas e parasitárias ainda é bem diferente da dos países desenvolvidos. Doenças que se pensava extintas, em dado momento retornam, como, por exemplo, a febre amarela e a dengue.

Essas situações golpeiam os países em desenvolvimento mais duramente. Embora esses países continuem lutando com as doenças infecciosas, má-nutrição e complicações do parto, eles são confrontados com o rápido crescimento das doenças não-transmissíveis. Essa “dupla carga da doença” comprime os já escassos recursos ao limite. A mudança das doenças transmissíveis para as não-transmissíveis ocorre rapidamente no mundo em desenvolvimento, onde doenças crônicas tais como doença do coração, câncer e depressão estão se tornando, rapidamente, as principais causas de morte e incapacidade (WHO, 2001).

Quais as conseqüências desse envelhecimento para um país em desenvolvimento como o nosso? Há várias opiniões sobre o que acontecerá com a saúde da população idosa. Uma delas diz que será possível que cada vez mais pessoas morram nas idades mais tardias; ou seja, a curva da mortalidade será empurrada para a frente, isto é, toda a coorte se movendo para o ponto de máxima idade ao morrer. Essa tendência será acompanhada pela curva da morbidade, de tal modo que haverá maior sobrevida sem incapacidade.

Uma segunda vertente acredita que conforme aumenta o tempo total de vida, as curvas da morbidade e incapacidade não acompanham e, portanto, mais anos serão vividos com má saúde ou dependência. Uma terceira opinião diz que a investigação científica pode levar a grandes incrementos da esperança de vida mediante a modificação dos processos de

envelhecimento. De acordo com essa teoria, as três curvas – mortalidade, morbidade e incapacidades – se moveriam paralelamente.

Ainda uma quarta linha é a de que as tendências da mortalidade, a freqüência das doenças crônicas e a conservação da autonomia poderiam ser influenciadas de maneira independente mediante intervenções que retardassem o início da doença ou reduzissem suas conseqüências incapacitantes. Se se aceita que as tendências da mortalidade, morbidade crônica e incapacidade têm possibilidades independentes de melhorar, então podem ser feitas ações específicas que influam sobre cada uma delas de maneira diferente. A prevenção primária (por exemplo, melhoria da nutrição e redução do consumo de fumo e álcool), com certeza poderia influir nos três fatores, retardando o início de doenças crônicas progressivas e aumentando a sobrevivência e a proporção de pessoas que sobrevivem sem doenças em determinadas idades (OMS, 1984).

Resultados do Estudo SABE, quando comparados dois grupos de mesma idade – 60 a 64 anos –, mas pertencentes a coortes diferentes, mostram um aumento nas doenças crônicas na coorte mais recente³.

Tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, as doenças crônicas são significativas e causa de incapacidade e reduzida qualidade de vida dos idosos. Ações de promoção da saúde e mudanças de hábitos podem diminuir as conseqüências dessas doenças, como vem ocorrendo nos EUA, com a queda das incapacidades em relação àquilo que era esperado.

Para sabermos que rumos as populações tomarão, teremos que esperar mais algumas décadas. Mas, uma coisa é certa: teremos que mudar o paradigma atual. A idéia de pessoas idosas associada a doenças e dependência tem que ser substituída por mudanças que os façam permanecer mais tempo ativos e independentes.

Referências Bibliográficas

- BERQUÓ, E.S. Fatores estáticos e dinâmicos – mortalidade e fecundidade. In: SANTOS, J.L.F.; LEVY, M.S.F.; SZMRECSÁNYI, T. (org) **Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise**. 1ª reimpressão. São Paulo: TA Queiróz, 1991 p 21-85
- DATASUS. Indicadores de Dados Básicos para a Saúde, 2007. Disponível em www.datasus.gov.br/cgi/idx2007/a05.htm. Acessado em janeiro de 2009.
- FRENK, J.; FREJKA, T.; BOBADILHA, J.L.; STERN, C.; LOZANO, R.; SEPULVEDA, J.M. La transición epidemiológica em América Latina. **Bol of Sanit Panam**, 111(6), 1991.
- OMRAN, A. **The epidemiologic transition: a theory**

³ Esses e outros dados a respeito dessa pesquisa podem ser encontrados no site www.fsp.usp.br/sabe

of the epidemiology of population change. Milbank Memorial Fund Quarterly, 1971, 49 (Part 1): 509-538

ORGANIZACION Mundial de la Salud. **Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de los ancianos.** Ginebra, 1984. Serie de Informes Técnicos, 706.

PALLONI, A.; PELÁEZ, M. Histórico e natureza do estudo. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (org). **O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. p.13-32

PALLONI, A.; PINTO-AGUIRRE, G.; PELÁEZ, M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. **International Journal of Epidemiology** 31, 2002. p.762-771.

SANTOS JLF Análise da sobrevivência sem incapacidades. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (org). **O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. p.167-181

WORLD Health Organization. Health and Ageing. **A discussion paper.** Geneva, 2001.

Fatores determinantes do envelhecimento saudável

Wilson Jacob Filho¹

Antes de enumerar os procedimentos atualmente reconhecidos como eficazes para manutenção e/ou promoção do envelhecimento saudável cabe aqui fazer inicialmente uma identificação mais objetiva sobre os dois fundamentos desta intervenção:

Envelhecimento: processo comum praticamente a todos os seres vivos que, no seu transcorrer, provoca modificações de ordem somática e psíquica que determinam alterações da relação do indivíduo com o meio que o cerca. Confort, em 1979, conceituou o processo de envelhecimento como “a redução dos mecanismos de manutenção da homeostasia em condição de sobrecarga funcional” (CONFORT, 1979).

Em síntese, o envelhecimento pode ser entendido como um processo de redução da reserva funcional, sem comprometer, na quase totalidade dos mecanismos, a função necessária para as atividades do cotidiano. A existência de uma limitação funcional evidente, mesmo em um nonagenário, deve ser entendida, portanto, como o efeito de um processo fisiopatológico (senilidade ou envelhecimento secundário), portanto de uma doença mais do que uma evolução atribuível ao processo natural de envelhecimento (senescência ou envelhecimento primário).

Saudável: atributo de quem tem saúde, termo ainda entendido como “ausência de doenças”. Assim fosse, contando com as técnicas diagnósticas atuais e com o aumento da expectativa de vida do ser humano, seríamos todos “condenados” a não ter saúde, portanto seríamos considerados insanos já nas primeiras décadas de vida.

Fácil é perceber que, à medida em que envelhece, o homem vai acumulando doenças crônicas que farão parte, com grande frequência, do seu patrimônio pessoal durante toda a existência. Por outro lado é absolutamente patente que as doenças crônicas causem suas principais conseqüências quando cursam de forma descontrolada ou descompensada. Há, portanto, nítida diferença entre o portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS)

devidamente tratada e aquele que mantém níveis pressóricos elevados.

Assim, com o intuito fundamental de distinguir estas condições, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1947, definiu que “saúde é um estado de pleno bem estar físico, psíquico e social” (OMS, 1947). Resume, portanto, nesta frase, as condições adequadas de vida para um ser humano em qualquer idade, cultura ou perfil sócio-econômico.

No que diz respeito ao idoso, fica claro que este estado de saúde deve coexistir com a existência de uma ou mais doenças crônicas.

Estudos realizados no município de São Paulo revelaram que 78% dos idosos tinha pelo menos uma doença crônica que necessitava de um tratamento medicamentoso. Estes dados são compatíveis com os do Instituto Nacional de Saúde americano (NIH, 2000), de que 3/4 da população idosa americana tem pelo menos uma doença crônica e que destas, mais da metade (56%) tem duas ou mais doenças crônicas (BODENHEIMER; WAGNER; GRUMBACH, 2002).

Torna-se necessário, portanto que haja a possibilidade de minimizar os efeitos deletérios da doença para que possa ocorrer para a maioria dos idosos uma perspectiva de experimentar um envelhecimento saudável.

Se por um lado isto é um anseio de todo indivíduo que almeja possuir sua autonomia e independência durante toda a vida, este também é uma necessidade das Instituições de Saúde que entendem ser impossível para qualquer tipo de economia ou de desenvolvimento político social a manutenção da saúde de uma população exponencialmente crescente e com índices de comodidades muito elevados.

Muitas são, portanto, as estratégias recomendadas para a Promoção do Envelhecimento Saudável. Em 1992 a OMS, por intermédio da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) recomendou que a “Promoção da Saúde do Idoso seja realizada por ações interdisciplinares” e que “estas ações sejam dirigidas, especificamente, para reduzir, nesta população, o risco de adoecer e de morrer” (OPAS, 1992).

¹ Médico e Professor Titular da Disciplina de Geriatria e Diretor do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Contato: wiljac@usp.br

Estas recomendações corroboram o nosso conceito de atuação neste sentido identificando-o como Senecultura (termo proposto em 1985), que ao nosso ver é “o conjunto de ações interdisciplinares que contribuem efetivamente para Promoção de Saúde do Idoso” (JACOB-FILHO, 1998).

Fica evidente que não é possível realizar esta proposta sem a cooperação das diferentes áreas profissionais envolvidas com o envelhecimento. Neste mister, o gerontólogo assume, muitas vezes o papel fundamental para a eficácia da intervenção.

Ao nosso ver “seria impossível que um profissional reunisse o conhecimento e habilidade para atender adequadamente o idoso” e que torna a promoção do envelhecimento saudável um desafio interdisciplinar para os períodos presente e futuro (JACOB-FILHO, 1984).

Não temo afirmar que, se o século XX caracterizou-se pela grande revolução etária da população do mundo, o século XXI será caracterizado pela solução dos problemas que este fenômeno determinou. Para tal, muitas possibilidades de atuação em diferentes fases do desenvolvimento terão que ser rapidamente implementadas.

No cenário atual, a população que apresenta maior crescimento relativo, seja nos países desenvolvidos, seja nos em desenvolvimento, são os “muito idosos” (pessoas com 80 ou mais anos). A título de exemplo, na década de 1991 a 2000, esta faixa etária apresentou, no Brasil (segundo o IBGE), um crescimento de 63% enquanto que a população nestes 19 anos cresceu apenas 3% (IBGE, 1999; 2000).

Importante frisar que é exatamente nesta faixa etária que ocorrem as maiores complicações das doenças crônicas mal cuidadas. Dados recentes da professora Lebrão (Projeto SABE, 2003) e da OMS revelaram que, dentre os muitos idosos, haver incapacidade para realizar todas as atividades de vida diária (AVD) superior a 75% e para as atividades instrumentais (AIVD) de mais de 80% (LABRÃO; DUARTE, 2003).

Cabe ressaltar que estas limitações tornam inviável a permanência destes octagenários em seu meio ambiente se não houver a existência da figura do cuidador, elemento crítico para a manutenção da integridade física e emocional deste longevo, mas que pode, em muitos casos inexistir, o que favorece a opção familiar pela institucionalização.

Acredito que estas considerações iniciais possam justificar a busca universal por soluções que visem a prevenção e/ou a recuperação da saúde com vistas a preservar a funcionalidade de quem envelhece.

Enumero adiante as ações que vem sendo propostas não apenas para atender as expectativas manifestas pela OPAS de reduzir a morbi-mortalidade para tornar o envelhecimento uma fase incluída no cenário evolutivo do ser humano saudável.

1. Avaliação Global do Idoso (AGI): esta atitude, por muitos interpretada como procedimento puramente mecânico esta sendo entendida como uma importante ferramenta para atuar preventivamente nos diferentes fatores de risco da saúde do idoso. Em uma comparação sobre a eficácia da AGI aplicada sistematicamente a uma população americana, comparando-a a um grupo-controle para o evento “institucionalização”, demonstrou-se que houve nítida redução (28%) desta ocorrência dentre os submetidos a AGI (LUK; OR; WOO, 1998). A importância deste impacto foi comparada, pelos autores, ao uso de beta-bloqueador no período após o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que reduz risco de novo IAM em 26% dos casos e da terapia adjuvante à mastectomia por câncer de mama, que reduz a recidiva em 29%. Na AGI podem ser detectadas muitas das particularidades que determinarão má evolução futura. A funcionalidade dos membros superiores avaliada sistematicamente por um teste simples e prático proposto por Guralnik (1995) revelou fortes indícios de quem, na evolução, foi encaminhado a um em uma grande população americana (GURALNIK; FERRUCCI; SIMONSICK, 1995). Uma vez detectada a limitação, opta-se por qual medida seria a mais conveniente para eliminar o fator de risco ou reduzir a sua progressão. A título de exemplo, as fases iniciais da Doença de Parkinson ou a sarcopenia acentuada podem, muitas vezes, não ser manifestas como sintomas e passarem despercebidas ao olhar menos sensibilizado. Em uma AGI sistemática, esta limitação tornar-se-á evidente e o tratamento será iniciado precocemente, seja ele medicamentoso ou não. Da mesma forma visão, audição, equilíbrio, cognição, humor, sono, autonomia e independência, estado nutricional, continência urinária e fecal, rede de suporte social, auto-avaliação da saúde, perspectivas futuras, enfim todos os parâmetros determinantes do “estado de pleno bem-estar físico psíquico e social” devem ser conhecidos para que seja possível, na cronologia indicada, intervir adequadamente.

2. Estimulo à atividade física regular: infelizmente, embora tenhamos cada vez mais evidência a favor dos efeitos preventivos dos exercícios em relação aos principais fatores de riscos para as

doenças comuns à segunda metade da vida, vemos com pesar um progressivo sedentarismo sendo incorporado aos hábitos e costumes do homem moderno. Quem poderia supor, há algumas décadas que teríamos que atuar contra o sedentarismo infanto-juvenil. Estudos recentes demonstram que a obesidade é muito mais uma condição da atividade do que de um aumento expressivo da ingestão calórica. Há nítida correlação entre o peso corporal e o tempo em que o indivíduo permanece diante de uma tela, seja ela de televisão ou de computador. Se isto é preocupante entre os mais jovens, é ainda mais entre os idosos, pois esta progressiva redução da mobilidade que caracteriza os hábitos da maioria das pessoas que envelhecem torna-se um dos principais motivos para o incremento da sarcopenia e das limitações funcionais. Há tanto interesse em modificar esta condição de imobilismo que campanhas voltadas para o estímulo à prática de atividade física regular estejam ocorrendo a nível local ("Agita São Paulo") ou no mundo (Carta a Heidelberg), entre outros. O estímulo, porém, para hábitos de vida mais sedentários (elevadores, esteiras rolantes, controles remotos, entregas a domicílio, compras pela internet, trabalho e educação à distância) são importantes opositores a esta intenção. Salienta-se que, para os idosos há o agravante de encontrar os ambientes favoráveis para a prática de exercícios. Ao nosso ver, mais do que construir opções apropriadas que dependam de recursos financeiros e políticos poucos disponíveis, há que se "customizar" os ambientes já existentes. Temos recomendado que idosos interessados em iniciar um programa de atividades físicas, façam suas caminhadas em segurança nas alamedas das galerias e antes da abertura das lojas. Em mais de um deles já ocorreu, por iniciativa das empresas locais, a contratação de um Professor de Educação Física ou de uma Fisioterapeuta para orientar os exercícios que precedem e sucedem a caminhada. Obviamente não é a solução que nos satisfaz, mas é com certeza um passo importante da mobilização de um segmento em busca de novas opções em favor da sua saúde. Deste ponto para a busca por exercícios mais específicos para cada demanda ou necessidade, teremos um caminho bem mais curto e favorecido. Cabe aos profissionais a responsabilidade de incentivar com as evidências já suficientemente disponíveis, que a atividade física faça parte do cotidiano de quem pretende ter um envelhecimento saudável. Em recente manifestação do professor Keneth Cooper, defensor contumaz dos exercícios aeróbicos na proteção do

sistema cardiovascular nas décadas de 70/80, hoje um praticante confesso dos exercícios resistidos por entender que esta composição é a que melhor protege e recupera a funcionalidade do idoso. Do alto dos seus 78 anos conclui "quem não tiver tempo para realizar atividades físicas vai ter que encontrar tempo para cuidar de suas doenças".

3. Mudanças de hábitos deletérios: não há dúvida atuais quanto à importância da interrupção de tabagismo em qualquer idade. Os benefícios são evidentes a partir da oitava semana de abstinência. Não há motivo, pois para se admitir que o tabagismo possa ser indiferente para quem fuma há seis décadas. Entendo que quem justifica a manutenção por ser este "o seu único amigo" ou "o último prazer que lhe resta" é portador de um distúrbio afetivo sintomático e necessita ser tratado como tal. Uma abordagem adequada não só interromperá a exposição ao tóxico como propiciará um retorno ao equilíbrio psíquico e ao convívio social independente de subterfúgios prejudiciais a saúde. Da mesma forma se encontra o conhecimento sobre o alcoolismo. Especial atenção deve ser dada a esta prática em idosos quando muitas vezes retomam ou se iniciam nesta condição como substituto dos seus desajustes psíquicos e sociais. Por outro lado tem sido demonstrado que o uso moderado de bebidas alcoólicas em especial o vinho (mais ou menos 150 a 200ml dia) pode ser acompanhado de menor incidência de doenças cardiovasculares e neurológicas. No nosso entendimento, as controvérsias com relação a ser este um fator causal ou meramente marcador do equilíbrio emocional (nem falta nem exagero) ainda não nos permite identificar esta prática com recomendável. Devem ser entendidas também como hábitos deletérios, aquelas que ocupam demasiado tempo no cotidiano das pessoas. São, em geral, atividades que impedem uma agradável distribuição dos papéis profissionais e sociais e que no futuro, quando interrompidas, vão causar importante transtorno no estado de saúde, conforme a definição da OMS. São bons exemplos aqueles que se destinam, fundamentalmente, a um só objetivo profissional ou a cuidar de seus dependentes (filhos ou parentes enfermos)

4. Adequação nutricional: a longo tempo sabemos (mas pouco aplicamos) que há uma necessidade nutricional para cada fase da vida ou cada condição funcional. O envelhecimento é um dos grandes exemplos desta condição. Além de se tratar de um processo de heterogeneidade

funcional, onde mesmo gêmeos univitelinos que envelhecem em condições diversas, tornar-se-ão incomparáveis nas décadas futuras. Encontraremos em uma população de mesma idade, uma grande gama de situações em que a dieta deverá ser adaptada. Com isto, quero enfatizar que não existe uma “dieta ideal para o idoso”. São razoavelmente estudadas, quais as necessidades alimentares para cada componente e em que condições devem ser limitadas ou suplementadas. Não raramente, porém, encontramos, mesmo em ambientes funcionalmente financeiramente favorecidos, a existência de desnutrição protéica, porque foram oferecidos ao idoso nos últimos anos os “alimentos mais leves” constituídos em geral de carboidratos. Fatores outros como a dentição, as possibilidades de compra e de preparo do alimento, a necessidade de viver e de cozinhar sozinho, os distúrbios de humor e as alterações do aparelho digestivo, em meio aos efeitos deletérios da diminuição do apetite, secreção de saliva e paladar criam um cenário muito favorável ao prejuízo nutricional. Desta condição para o comprometimento da saúde, a evolução é certa e imediata. As conseqüências estruturais (osteoporose, sarcopenia e atrofia do tecido subcutâneo) e funcionais (imunidade, locomoção, controle da temperatura) são freqüentemente relacionadas aos mecanismos fisiopatológicos da quase totalidade das doenças que acometem o idoso. Não creio haver qualquer estratégia de prevenção e/ou planejamento terapêutico, mormente em idosos, que possa prescindir da adequação nutricional. Importante salientar que estas recomendações, à semelhança da atividade física, devem partir de um basal comum à maioria das pessoas mas deve atender às características individuais de cada idoso. Respeitar os valores culturais, hábitos, preferências e condições econômicas são as particularidades que identificam o profissional capacitado a atuar nesta faixa etária. A opção de obter, da alimentação, uma interessante opção de busca pelo prazer pode, muitas vezes, ser a porta inicial da solução de importantes conflitos sociais. Bom exemplo desta capacidade tem sido evidenciada por estudos realizados com a introdução de animais domésticos na residência de quem vive sozinho ou em instituições de longa permanência (ILP), denominada Observa-se, em conseqüência, incremento da condição nutricional (companhia para comer e ter que preparar o alimento) e das atividades físicas (ter que levar o animal passear, ao veterinário, ao) e da auto-estima.

5. Postergar o início das doenças: este é um dos aspectos mais interessantes a ser incluído entre os indivíduos que visam o envelhecimento saudável. Se, por um lado, estamos cientes da grande probabilidade de sermos portadores de doenças crônicas na fase intermediária da vida, não há porque esperá-las passivamente para depois tratá-las. Quem melhor postulou esta possibilidade foi Fries (1980) demonstrando que o aumento da expectativa de vida de uma população enferma produz “aumento de vida com doença” o que pouco contribui para o bem-estar do indivíduo ou da sociedade. Por outro lado, os procedimentos que visam produzir os fatores de risco têm por objetivo postergar o aparecimento das doenças nos geneticamente predispostos fazendo com que se manifestem mais tardiamente ou não tenham a possibilidade de se manifestar. Bons exemplos são o controle da obesidade nas pessoas de maior risco para diabete, a restrição de sal para os propensos a HAS ou uso de meias elásticas para quem descende de portadores de varizes dos membros inferiores. Assim podemos almejar em breve, quando pudermos detectar os determinantes genéticos para cada enfermidade, quais as principais estratégias a que cada um deve aderir. Por enquanto nos valem das informações advindas dos antecedentes familiares e do conhecimento sobre incidências e prevalência de cada enfermidade em cada fase da vida. Nem todos necessitam de tudo, mas a possibilidade de prevenir a ocorrência precoce de uma enfermidade crônica trará inigualável benefício quanto à possibilidade das futuras complicações. Segundo Fries, mesmo quando há alguma perda na expectativa de vida total, a compressão da morbidade terá grande benefício na ampliação do período de vida sem doença e sem grandes limitações (FRIES, 1980).

6. Uso criterioso de fármacos: infelizmente, faz parte da cultura popular (e de muitos profissionais), que idosos tenham que tomar muito medicamento. Há ainda quem acredite que quanto mais medicamentos ingeridos maior a possibilidade de saúde. Ao contrário, dentre os mecanismos mais importantes do comprometimento da saúde de quem envelhece, a polifarmácia (uso de 3 ou mais drogas concomitantemente), é um dos mais influentes. Em praticamente todos os estudos de risco para determinação do prognóstico o número de medicamentos utilizados mostra correlação com os piores resultados. A reação adversa a medicamentos (RAM) vem sendo vista como um dos maiores agravantes do estado de

saúde do idoso, constituindo uma importante causa de internação prolongada e de mortalidade entre idosos. Em geral o olhar melhor sensibilizado para os possíveis fatores causais de cada manifestação clínica e do elenco de opções não medicamentosas disponíveis para controlá-las acaba se traduzindo por uma prescrição de poucos fármacos muitas vezes retirando os excessos previamente utilizados. Ao contrário do que muito se advoga em relação a dificuldade que idosos teriam em modificar seus usos e costumes, a retirada de boa parte dos medicamentos não só traz benefícios farmacodinâmicos como também financeiros e bem-estar individual. Recomenda-se que qualquer profissional utilize seus conhecimentos para incentivar o paciente a conversar sobre a real necessidade dos medicamentos com quem os prescreveu. Todos (exceto talvez a indústria farmacêutica) serão privilegiados com atitudes como esta. Atenção especial deve ser dada ao uso de medicamentos que visam retardar ou inibir o processo de envelhecimento. Atingem o ápice ao preconizar a "medicina anti-envelhecimento". Não há, até o momento, qualquer indício minimamente convincente de que alguma substância possa interferir nessa evolução. Temos, pois, a obrigação de argumentar enfaticamente contra estas propostas porque, além de deletérias à saúde e às finanças de quem as utiliza, desviam, muitas vezes os recursos necessários ou a credibilidade das outras ações que, comprovadamente, contribuem para o envelhecimento saudável.

7. Compensar as limitações: infelizmente no momento atual ainda é maior o contingente de pessoas que procura o profissional de saúde para corrigir um problema já manifesto. Na maior parte das vezes são limitações já evoluídas e agravadas por complicações delas decorrentes. Mesmo assim, muito há para ser feito para que estas se tornem o menos incapacitante possível e para que evoluam com a mínima gravidade. Esta é uma das interessantes oportunidades para atuar no indivíduo e no meio em que vive, pois haverá um grande elenco de possibilidades para intervir adequadamente nos dois setores. Se por um lado há a possibilidade de minimizar de múltiplas maneiras a magnitude da limitação há equivalente perspectiva de adaptar o ambiente às remanescentes. Um bom exemplo disso são as possibilidades de atuação junto a um paciente com um declarado prejuízo motor decorrente de um quadro neurológico (Doença de Parkinson ou Acidente Vascular Encefálico). Aliado a toda gama

de intervenções medicamentosas, fisioterapêuticas, nutricionais, fonoaudiológicas, psicológicas, terapêutico ocupacionais que possa ser beneficiado, a adaptação do ambiente em que vive e das pessoas que o cercam para a sua nova realidade será fundamental para que tenha o máximo de autonomia e independência que sua condição funcional possa lhe permitir. Entendo, pois, que "o envelhecimento saudável decorre da menor prevalência de doenças crônicas e/ou das suas conseqüências funcionais".

8. Prevenir acidentes e traumas: nesta mesma linha de atuação no indivíduo, no ambiente e nos familiares/cuidadores, vem a questão de como reduzir as lesões externas. Estas vêm constituindo em um componente cada vez maior das morbimortalidades de idosos. Ao contrário dos mais jovens em que as lesões externas decorrem fundamentalmente de acidentes de trânsito e/ou da violência, dentre os idosos predominam os acidentes domésticos em especial as quedas. Especial atenção deve ser dada aos fatores que aumentam a sua incidência, pois suas complicações incluem além de fraturas e de hematoma subdural crônico, a cada vez mais estudada "Síndrome Pós-Queda" que modifica completamente a dinâmica do idoso sem que sua causa seja frequentemente compreendida. São hoje reconhecidas como medidas de maior proteção contra as quedas, o fortalecimento da musculatura dos membros inferiores e a eliminação dos obstáculos domésticos como tapetes, degraus, pontos de má iluminação, objetos interrompendo o fluxo e escadas sem corrimão, entre outros. Uma vez mais cabe a todos os profissionais envolvidos com a saúde do idoso atentar para as adaptações do indivíduo a seu ambiente em prol de uma convivência mais protetora.

9. Manutenção dos papéis sociais: o envelhecimento é muitas vezes caracterizado pela perda de papéis e conseqüente redução da autoestima. Assim ocorre com o profissional quando se aposenta ou com a mãe que não é mais responsável pelo cuidado dos filhos. Um dos grandes agravantes do "pleno estado de bem estar físico, psíquico e social" é a falta de perspectiva ou de objetivos que possam motivar aquele que envelhece. Para tal a diversidade de atuação e a busca por novas identidades funcionais tem se mostrado muito eficientes. O estímulo para que o exercício da cidadania seja mantido em qualquer idade é um dos instrumentos mais utilizados em comunidade onde o idoso apresenta melhor Qualidade de Vida. Continuar a se manifestar

pelo voto, opinando nas reuniões de condomínio ou nas discussões familiares, contribuindo para as tomadas de decisão ou para a execução de trabalhos adequadamente escolhidos são exemplos importantes da manutenção da cidadania e da ampliação do desempenho social. Se houve, no passado, o conselho dos anciãos ou o senado romano para permitir que os raríssimos idosos pudessem contribuir para a sociedade dos mais jovens, haveremos de criar espaços para que esta grande população de idosos que se agiganta a cada momento possa ser incluída na comunidade à qual pertence.

10. Ampliação da rede de suporte social:

mesmo quando tivermos, em futuro próximo, a aplicação de grande parte destas medidas de Promoção do Envelhecimento Saudável, haverá um momento em que o idoso tornar-se-á mais limitado e dependente de outrem. Nesta fase da vida, serão de grande valia todos os laços afetivos e sociais que cultivou durante a sua existência. Será impactante em qualquer fase desta evolução, mas principalmente na etapa mais avançada, que hajam pessoas interessadas em tornar este período o mais confortável possível. Surpreende-se, em geral, quem dele participa, com a quantidade de ações simples e protetoras de bem-estar que se pode incluir nesta fase da vida. Estudos muito bem conduzidos têm demonstrado que a magnitude da Rede de Suporte Social tem sido um dos fatores mais relevantes na Qualidade de Vida do idoso no extremo da sua longevidade.

Com esta explanação sobre o tema limitada pelo tempo e pelas condições emocionais em que foram escritas, fica claro, espero eu, que a Promoção do Envelhecimento Saudável seja uma das grandes, senão a maior, prioridade para as Instituições de Saúde no transcorrer deste século, pois sua implementação implica em cuidar de todas as condições de saúde do ser humano desde a sua concepção, visto que cada passo precedente foi e será fundamental na condição posterior do indivíduo que envelhece.

Na sua mais recente reunião sobre o tema (GENEBRA, 2002), a OMS manifestou-se a respeito das políticas de saúde objetivando o envelhecimento ativo e propôs, como diretrizes, ações que vão desde o cuidado da gestante para propiciar o melhor desenvolvimento intra-uterino do futuro idoso até o estímulo para que este, nas fases mais avançada de sua vida, possa fazer uso dos instrumentos que a sua comunidade tem a lhe oferecer (OMS, 2002).

Envelhecimento Saudável é, pois, uma tarefa para toda a vida.

Bibliografia

- BODENHEIMER, T.; WAGNER, E.H.; GRUMBACH, K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *Journal of the American Medical Association*, v.288, 2002. p.1775-9.
- CONFORT, A. **The biology of senescence**. Third Edition. New York, Elsevier, 1979. p. 27-42
- FRIES, J.F. Aging, natural death, and the compression of morbidity. **New Englan Journal of Medicine**, 303, 1980. p.130-136.
- GURALNIK, J.M.; FERRUCI L.; SIMONSICK E.M. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. **N Engl J Med**, 332,1995. p.556-61
- IBGE, **Censos da população brasileira**, 1991 2000.
- JACOB-FILHO, W. Atenção Multidisciplinar ao Idoso. **Geriatría em Síntese**, 3(1), 1984. p.98-103.
- JACOB-FILHO, W. Promoção da Saúde do Idoso: um desafio interdisciplinar. In JACOB-FILHO, W, (Ed.) **Promoção da Saúde do Idoso**. São Paulo: Editora Lemos, 1998.
- LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. **Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**. Projeto SABE. OPAS, 2003
- LUK, J. K. H., OR, K.H., WOO, J., Using the Comprehensive Geriatric Assessment technique to assess elderly patients. **Hong Kong Medical Journal**, v.6, 1998. p.93-8.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 1947.
- OMS. **Active Ageing: A Policy Framework**. Geneva: World Health Organization, 2002
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud de los ancianos: una preocupación de todos**. 1992.

Participação da sociedade civil em políticas públicas voltadas à população idosa

Áurea Soares Barroso¹

*“E agora, José? A festa acabou, a luz apagou,
o povo sumiu, a noite esfriou, e agora, José?
E agora, você?”*

(Carlos Drummond de Andrade)

Reflexão Preliminar

Essa é uma reflexão que exige uma análise aprofundada, portanto não é possível esgotá-la neste artigo. Assim sendo, queremos apenas partilhar algumas inquietações que vêm nos acompanhando faz alguns anos, com pessoas que também se solidarizam com as questões vivenciadas pelos velhos.

Contextualizando o Processo Participativo

No Brasil, o processo de participação da sociedade civil nos espaços públicos é complexo. Em alguns momentos históricos, a sociedade mostrou enorme capacidade de mobilizar-se, de articular-se com diversos setores. Entre eles, durante o regime militar (1964-1985), quando direitos civis foram suspensos, liberdades políticas perseguidas e intensificadas as ações repressivas contra associações.

Nesse contexto político, a sociedade civil entrou em cena e buscou formas de demonstrar o seu descontentamento com o regime em vigor, lutou e conquistou a redemocratização do país.

Nesse momento surgiu um amplo movimento que levou à convocação da Assembleia constituinte e à promulgação da Constituição da República em 1988.

Organizações sindicais, vários segmentos como dos idosos promoveram debates sobre seus direitos. Benevides (1991) reflete a respeito da intensa discussão e mobilização popular sobre a nova Constituição:

“Pela primeira vez em nossa história política, a sociedade se organiza com tal nível de participação – no plano nacional, estadual e municipal – em

torno de questões consideradas exclusivas dos juristas, dos políticos, dos governos” (BENEVIDES, 1991, p.123).

A Constituição Federal de 1988, denominada de Carta Cidadã aprimorou o regime democrático² brasileiro e isso só foi possível porque havia uma sociedade participativa.

O aprimoramento das regras democráticas levou à criação de instrumentos que permitem à população participar da formulação de políticas públicas e do controle de sua execução. Entre os mecanismos que instituem essa forma de participação estão os conselhos gestores existentes nas Unidades da Federação e diferentes áreas: assistência social, idoso, criança e adolescência, saúde, entre outros.

Não resta dúvida de que a ampliação dos canais de participação é um avanço no regime democrático brasileiro. Mas, os desafios para consolidação do processo participativo é perspassado de desafios, como a frágil formação política de lideranças que, por esta razão, têm pouca capacidade de argumentação junto aos representantes do governo, entre outras.

Nesse contexto de pouca qualificação, papéis, atribuições e competências são compreendidas de forma errônea. Por diversas vezes, política pública deixa de ser compreendida como “res-pública”, como responsabilidade de todos, do Estado de disponibilizar recursos, formular projetos, programas e prover bens e serviços e da sociedade civil organizada de participar de sua definição e de exercer o controle social.

Além disso, merece lembrar que a nossa sociedade tem uma longa tradição do exercício da cidadania na dimensão passiva, através da qual o cidadão exerce os seus direitos de liberdade de pensamento, de religião, de associar-se, de votar e ser votado, de propriedade. O indivíduo está centrado na defesa de seus interesses e não de um grupo, de sua comunidade.

¹Socióloga, Mestre em Gerontologia e Doutora em Serviço Social. Contato: haathor@uol.com.br

²Regime democrático, conforme afirma Bobbio (1986), é um conjunto de regras que prescreve quem está autorizado a tomar decisões coletivas e com quais procedimentos

Na cidadania passiva as decisões da coletividade são tomadas por pessoas eleitas que exercem o poder por determinado tempo. A participação dos cidadãos é feita de forma indireta, fundamenta-se no princípio da representatividade:

“Onde o dever de fazer leis diz respeito, não a todo o povo reunido em assembléia, mas a um corpo restrito de representantes eleitos por aqueles cidadãos a quem são reconhecidos direitos políticos” (BOBBIO, 1995, p.324).

O fato é que, o envolvimento do cidadão em processos associativos não é uma prática na cultura social, conforme afirma Rosangela Paz:

“Há carência de pessoas que assumam o papel de liderança e representação nos diferentes espaços institucionais criados, como também é pequeno o exercício da participação no cotidiano e na gestão pública” (PAZ, 2002, p.25-26).

De Indivíduo a Sujeito Coletivo

Para além das dificuldades acima mencionadas é fundamental destacar que cresce de modo significativo o número de projetos, programas públicos que conta com a participação da população. No tocante ao segmento idoso esse crescimento é facilmente perceptível e algumas condicionantes tem contribuído para que essa situação se efetive.

Nas últimas décadas, notadamente após os anos 1960, o debate sobre o envelhecimento humano ganhou densidade e adentrou por diversos espaços: universidades, organizações não-governamentais (ONGs), conselhos de idosos, governos, entre outros, e surgiram importantes leis voltadas para o público idoso, entre elas: Política Nacional do Idoso em 1994, regulamentada em 1996, e o Estatuto do Idoso em 2003. Outras leis surgiram no âmbito dos Estados, em São Paulo as leis voltadas para esta faixa etária foram organizadas em um importante documento no ano de 2007, constituindo-se assim a Política Estadual da Pessoa Idosa paulista.

As questões dos idosos deixaram de ser tratadas apenas no plano caritativo ou familiar e passaram a ser compreendidas na perspectiva dos direitos da cidadania, conforme determina a Constituição Federal de 1988.

Surgiram inúmeros espaços de participação de idosos: Conselhos, Fóruns, grupos de convivência, Universidades Abertas para Terceira Idade, progra-

mas e ações em governos nos âmbitos municipal, estadual e federal voltados para esta faixa etária da população³.

Nesses espaços coletivos, os idosos tem a oportunidade de vivenciar a velhice de forma mais livre, levando em consideração os seus desejos, anseios e na busca da realização do seu eu e não apenas o cumprimento do que dizem as convenções sociais e morais.

A reflexão acima mencionada caminha na direção oposta aos inúmeros estereótipos, que fazem referência aos velhos em geral: o velho vive reclamando de algo, o velho está sempre de mau humor, o velho é muito acomodado, o velho só fala sobre suas doenças, entre outros, quando se sabe que todos são distintos uns dos outros.

Não resta dúvida de que os idosos vêm contribuindo para a desconstrução desses estereótipos, da representação geral de velho.

Elisabeth Frohlich Mercadante vem estudando essa temática faz alguns anos. Nos dizeres da antropóloga é fundamental romper com a representação geral de velho, que os concebe como uma massa de iguais, dotados das mesmas qualidades, dos mesmos atributos, das mesmas potencialidades e, não diferenciados, pois ela “sempre implica em perdas. Perdas tanto biológicas quanto sociais e as pessoas singulares que encontramos não são assim” (MERCADANTE, 2004, p. 197-198).

O fato é que, os idosos estão se recusando a permanecer nos lugares que lhes foram definidos social e culturalmente. Não estão mais restritos à dimensão privada, o que é fundamental, pois como diz Arendt: “O homem privado não se dá a conhecer e, portanto, é como se ele não existisse. O que quer que ele faça permanece sem importância ou conseqüência para os outros e o que tem importância para ele é desprovido de interesse para os outros” (ARENDR, 1991, p.68).

Os idosos passaram a ocupar o espaço público não mais para desempenhar papéis sociais e culturais pré-determinados, mas como sujeitos, criando suas próprias histórias.

Segundo Arendt, a construção do espaço público requer a invenção do homem, portanto, não é algo

³ Entre as iniciativas no âmbito dos governos anteriormente mencionadas, vale destacar o Plano Estadual para a Pessoa Idosa, denominado Futuridade criado no final do ano de 2008. O Plano é intersecretarial e coordenado pela Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo, tem entre os seus objetivos: sensibilizar governos municipais, idosos, família, mídia, terceiro setor e sociedade civil para a importância da construção e fortalecimento de uma rede de atenção (com ações e serviços) voltada para a pessoa idosa.

natural. Nos dizeres da autora, aquilo que é visto e ouvido pelos outros e por nós mesmos “constitui a realidade” (Ibidem, 1991). Portanto, a presença dos idosos no espaço público é essencial para dar visibilidade às questões dos idosos, para que as demandas do segmento sejam vistas, ouvidas e tenham importância não apenas para os velhos, mas também por outros.

Na esfera pública, as falas e reivindicações dos idosos alcançam uma dimensão política, uma vez que eles criam possibilidades para dar visibilidade às suas questões não como “vítimas”, mas como sujeitos de direitos. O que é fundamental, pois há muito a ser conquistado por essa faixa etária da população, notadamente no que se refere à efetivação dos direitos de cidadania.

Em Síntese

Apesar dos obstáculos que a sociedade civil, o segmento idoso vêm enfrentando no complexo processo participativo, os esforços empreendidos por eles, para além da consideração dos sucessos ou fracassos que possam daí resultar, como bem diz Dagnino: “...os efeitos culturais de tais esforços sobre essa disputa e sobre o imaginário social devem ser compreendidos como políticos” (DAGNINO, 2002, p.95).

Referências Bibliográficas

- ANDRADE, C.D. In **Poesia Completa e Prosa**. ANDRADE, C.D. (org.). Rio de Janeiro, Companhia José Aguilar, 1973.
- ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense, 1991. 5ª ed.
- SOARES BARROSO, A.E. Trajetória do Interfórum do Cidadão Idoso e dos Fóruns Regionais de Cidadãos Idosos – Um Sujeito Coletivo e Político – 1995/2005. **A Terceira Idade, Estudos sobre Envelhecimento**. São Paulo: SESC-GETI, 2008. p.7-21.
- BENEVIDES, M.V.M. **A cidadania ativa. Referendo, plebiscito e iniciativa popular**. São Paulo: Ática, 1991.
- BOBBIO, N. **Estado, governo e sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- _____. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- DAGNINO, E. Sociedade civil e espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, E. (org). **Sociedade civil e espaços públicos**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- MERCADANTE, E.F. A contrageneralização. **Kairós**, v.7, n.1, junho. São Paulo: EDUC, 2004. pp.197-199.
- _____. Velhice: a identidade estigmatizada. In: MERCADANTE, E. F. *et al* (orgs). **Velhice, envelhecimento, complex(idade): psicologia, subjetividade, fenomenologia, desenvolvimento humano**. São Paulo: Vetor, 2005.

PAZ, R.D. **O Dimensões e indicadores de participação social na avaliação de programas habitacionais**. Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 2002

Webgrafia

Portal do Envelhecimento. Disponível em: <http://www.portal-doenvelhecimento.net>.

Panorama atual da atuação dos conselhos de direitos das pessoas idosas

Paulo Sergio Pelegrino¹

Os Conselhos de idosos como resultado do avanço das políticas públicas e das conquistas sociais.

Os Conselhos de Idosos estão previstos na legislação brasileira, através da Lei nº 8.842 - Política Nacional do Idoso, de 04 de janeiro de 1994 (BRASIL, 1994) e da Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). São órgãos permanentes, paritários e deliberativos para exercerem a função de supervisão, acompanhamento, fiscalização e a avaliação da Política Nacional do Idoso no âmbito da União, dos Estados, Municípios e Distrito Federal.

Os instrumentos jurídicos que fundamentam a existência dos Conselhos emergem de um sistema de garantias de direitos previstos na legislação federal que notadamente abarcam as políticas voltadas a segmentos sociais mais vulneráveis (ABREU, 2004). Estas políticas não visam ter em sua essência uma perspectiva assistencial, mas uma visão social que possibilita o exercício da cidadania e o combate às formas de discriminação, principalmente por motivos de idade. Cria-se um espaço para uma maior participação do idoso e conseqüentemente de uma atuação mais organizada em sociedade que coincide com a descentralização do poder, com o crescimento do ideário neoliberal onde o Estado tem um papel menos regulador propiciando o fortalecimento da participação cidadã do idoso, sobretudo de sua atuação nos conselhos (POTYARA, 2005). Esta transformação social, observada nas últimas décadas, não ocorreu apenas no Brasil e tem possibilitado a percepção de uma visão mais positiva do envelhecimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, durante a II Conferência Mundial do Envelhecimento, adotou o conceito de Envelhecimento Ativo onde "a otimização das oportunidades para a participação" se constitui em um dos tripés deste marco político que vai além de um envelhecimento saudável e seguro. "Ativo" adquire um sentido mais amplo, refere-se à

participação contínua do indivíduo nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis (OMS, 2002).

A criação, organização e o papel dos conselhos

Os conselhos de idosos independentes da esfera político-administrativa em que se relacionam constituem importantes espaços de participação e são instrumentos de garantias de promoção, controle social e defesa dos direitos das pessoas idosas (ABREU: 2004). Respalçado pelo avanço das políticas públicas, pelas conquistas sociais e pelos dispositivos jurídicos, a sua constituição deve obedecer a alguns critérios e dispositivos mais ou menos determinados. A criação de um conselho está condicionada a:

- 1 - necessidade de um anteprojeto elaborado e discutido em fóruns de debates com lideranças, idosos, instituições e representantes de governo;
- 2 - de ser considerado pelo executivo;
- 3 - enviado ao legislativo na forma de mensagem para ser discutido e votado como projeto de lei;
- 4 - voltar ao executivo para ser sancionado.

Os conselhos passam a integrar à estrutura de um ministério e ou secretaria que mantém o vínculo funcional e temático. A escolha de seus membros obedecem a uma distribuição paritária entre representantes do poder público e sociedade civil. Os conselheiros governamentais são indicados pelo executivo, enquanto os da sociedade civil deverão ser eleitos pelos seus pares através de conferências ou fóruns convocados para tal. Com a formação da plenária esta deverá criar seu regimento interno, em consonância com a lei de criação, que passará a reger e regulamentar a estruturação, o funcionamento e os procedimentos internos de cada conselho. Espera-se que os conselhos tenham uma natureza deliberativa, consultiva e propositiva sobre questões relativas ao segmento.

Entre as principais finalidades deverá:

- 1 - ser um órgão de representação dos idosos e de interlocução junto à comunidade e os poderes públicos na busca de soluções compartilhadas;
- 2 - adequar às leis vigentes e estar em sintonia com as políticas nacional, estadual e municipal;
- 3 - estar aberto às várias tendências políticas ideológicas – por isso, não deverá estar atrelado a partidos políticos;
- 4 - promover debates com a sociedade para avaliar os anseios dos idosos e encaminhar propostas aos responsáveis pela execução das ações;
- 5 - fiscalizar e cobrar o cumprimento dos direitos dos idosos;
- 6 - constituir comissões temáticas internas;
- 7 - organizar conferências periódicas e fóruns de discussões para fazer um balanço das políticas para propor recomendações para as próximas gestões.

A atuação e os desafios dos Conselhos no Estado de São Paulo

O Estado de São Paulo conta com Conselho Estadual do Idoso (CEI), instituído pelo Art. 1º da Lei nº 5763, de 20 de junho de 1987, revogada pela Lei 9.802 de 13 de outubro de 1997 e consolidada pela Lei nº 12.548 de 27 de fevereiro de 2007 e, no Estado, existem cerca de 370 conselhos municipais formados. O CEI, ao longo das últimas gestões tem atuado nas seguintes frentes: 1- fomento à criação de conselhos municipais; 2- divulgação do Estatuto do Idoso; 3 - realização de Conferência Regionais e Estadual; 4 - organização de congressos; 5 - elaboração de deliberações com encaminhamento ao executivo sobre questões que versam sobre demandas e necessidade das pessoas idosas do Estado; 6 - realização de oficinas regionais com conselhos municipais de idosos; 7 - na colaboração para a elaboração do Plano Estadual para a Pessoa Idosa "Futuridade"; 8 - participação em eventos alusivos ao seguimento; 9 - atuação consultiva diante de demandas de órgãos do executivo, legislativos e demais entidades com atuação junto às pessoas idosas.

É inegável que avançamos significativamente quanto às conquistas sociais, a construção de referenciais jurídicos e no avanço das políticas públicas referente ao envelhecimento e à proteção e defesa da pessoa idosa, contudo, temos desafios significativos a enfrentar. Sem a pretensão de elencar todas as dificuldades que este segmento encontra, mas a partir do referencial vivenciado pelos conselhos, podemos identificar as seguintes situações:

- 1 - insuficiente formação do cidadão para atuação como conselheiros, muitos membros do conselho, tanto de governo como sociedade civil, carecem de conteúdos específicos relacionados ao envelhecimento que balizem sua prática, falta conhecimento sobre o papel e a atuação do conselheiro, bem como, da legislação e da estrutura da máquina pública;
- 2 - baixa frequência de conselheiros nas reuniões ordinárias;
- 3 - falta de estrutura dos conselhos, recursos humanos deficitários, insuficiente suporte técnico; limitação de recursos financeiros para as rotinas e necessidades internas;
- 4 - inexistência de um sistema de informação capaz de socializar dados, estudos demográficos, epidemiológicos e sociais referentes à pessoa idosa para subsidiar a elaboração de políticas públicas;
- 5 - necessidade de estimular a participação dos idosos nos espaços de discussões e decisões, sobretudo a eles dirigidos;
- 6 - necessidade de melhorar a organização, empoderamento e participação dos idosos no processo de desenvolvimento;
- 7 - insuficiente destinação de recursos para programas e ações destinados à pessoa idosa;
- 8 - dificuldade de articulação dos vários órgãos e serviços, intra e inter setorial, intra e inter governamental, tanto para a prestação de serviços como para a operacionalização de políticas públicas;
- 9 - fragilidade da rede pública com insuficiente capacidade para absorver e acompanhar as demandas decorrentes da violência contra as pessoas idosas;
- 10 - insuficiência de recursos para o abrigo dos idosos vítimas de abandono;
- 11 - persistência de mitos e preconceitos relacionados à velhice e ao processo de envelhecimento.

A participação nas conferências e a construção da RENADI

O conjunto de desafios e necessidades precisam ser superados pelos conselhos e pelo conjunto da sociedade. Como fórum legítimo de discussão, avaliação e proposição de políticas públicas, as conferências tem sido um espaço de participação de representantes dos diversos segmentos da sociedade civil organizada e do poder público para a discussão

destas problemáticas. Em 2006 foi realizada a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa que teve como objetivo principal a construção da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI). Esta rede tem a finalidade de congregar várias perspectivas, temas, dinâmicas e processos capazes de dar conta da urgência e da diversidade da demanda de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa. Caracteriza-se como um sistema organizacional articulado, orgânico e descentralizado que propõe contar com instrumentos, mecanismos, órgãos e ações de forma a ser capaz de assegurar a garantia dos direitos da pessoa idosa. A existência desta rede deverá se dar a partir de parcerias e co-responsabilidade dos órgãos da gestão pública, conselheiros, sociedade e instituições relacionadas à proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa. Em sua estrutura procura privilegiar os marcos legais vigentes, estimula a criação de Planos de Direito da Pessoa Idosa em todas as esferas administrativa do Estado, fomenta a definição de orçamentos, de indicadores de monitoramento e acompanhamento, procura privilegiar o fortalecimento das instituições protetivas e da Sociedade Civil Organizada e ao mesmo tempo dar uma definição clara dos papéis, responsabilidades aos órgãos gestores e participantes da rede. Ao mesmo tempo em que foi lançado os pontos basilares da RENADI, a conferência se encarregou de discutir os eixos referentes à: 1 - efetivação dos Direitos da Pessoa Idosa; 2 - violência contra idosos; 3 - saúde da pessoa idosa; 4 - Previdência Social; 5 - Assistência Social; 6 - financiamento e orçamento público; 7- educação, esporte, cultura e lazer e 8 - controle democrático. Foram produzidas 293 deliberações que constituem um valioso referencial para balizar os gestores públicos, idosos e sociedade na condução dos esforços e recursos.

Ao Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI), com base nos princípios da RENADI e com o conjunto de Deliberações produzidas durante a conferência, coube discutir com os Conselhos Estaduais, com os vários seguimentos do Governo e da sociedade para propor um Plano Nacional de Implementação das Deliberações da I Conferência Nacional dos Direitos da pessoa Idosa. Desta forma trabalhou-se o conjunto das Deliberações que entre as várias questões abordadas foram definidas algumas como prioritárias, tais como: 1- o protagonismo da pessoa idosa, a participação e o controle democrático; 2 criação de conselhos municipais e

estaduais da pessoa idosa e provê-los dos recursos necessários ao seu funcionamento; 4- garantir serviços e programas de qualidade nos eixos de direitos humanos, saúde, educação, assistência social, habitação, cultura e lazer; 5- garantir financiamento e recursos adequados para o atendimento das necessidades e demandas sociais do público idoso; 6 - preparação do adulto e do jovem para o processo do envelhecer; 7 - estabelecer pactos políticos para a modernização da gestão pública e privada, com vistas à melhoria dos serviços de atenção aos idosos; 8- capacitar RH na área do envelhecimento; 9- garantir aposentadoria com dignidade e justiça social; 10 - definir estratégias de envolvimento de gestores públicos e ONGs, sociedade civil e iniciativa privada na formulação de novos sistemas de gestão apropriadas à construção e funcionamento de uma rede comprometida com uma sociedade para todas as idades; 11- promover, garantir e implementar ações de preparação dos trabalhadores para a aposentadoria; 12 - garantir a criação e o funcionamento da Coordenação da Política Nacional do Idoso;

Em 2008 ocorreram as Conferências Municipais, Regionais e Estadual da Pessoa Idosa que teve como objetivo avaliar os avanços e desafios na implementação da RENADI. A Etapa Nacional a ser realizada em 18 a 20 de março de 2009, irá sistematizar esta avaliação procedente de todo território nacional e deverá definir novas necessidades. Terá a incumbência da assinatura do "Pacto de Gestão pelo Envelhecimento Digno e Saudável" que entre si celebram os Poderes Executivo, Legislativo, Judiciário, o Ministério Público e o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso onde são reafirmados o compromisso em torno das demandas originadas a partir da I Conferência e definidas como prioritárias por cada Ministério onde se pretende que reconheçam a necessidade de inserção do tema envelhecimento digno e saudável nas políticas públicas em todas as esferas de governo.

Com pouco mais de dois anos do lançamento da RENADI e do Plano Nacional de Implementação das Deliberações da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa e pelas observações realizadas durante as conferências Municipais, Regionais e Estadual do ano de 2008 podemos avaliar que a RENADI encontra em fase de implementação e que para atingir seus propósitos demandará uma soma de esforços e compromissos de toda a sociedade e das várias esferas de governo.

Conclusão

Os conselhos são um espaço de participação cidadã e de controle democrático, fruto do avanço nas políticas públicas dos últimos anos. A divulgação do Estatuto e a criação de conselhos são importantes mecanismos para a fiscalização e a cobrança do cumprimento dos direitos da pessoa idosa. Há um número significativo de conselhos municipais instituídos no Estado de São Paulo, mas ainda há muitos para serem criados. No âmbito da atuação destes conselhos vários desafios precisam ser superados, sendo que um dos espaços para a discussão das problemáticas têm sido as conferências. A criação da RENADI, formulada durante a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, propõe implementar um conjunto articulado, orgânico e descentralizado de instrumentos, mecanismos, órgãos e ações para realizar todos os direitos das pessoas idosas e, com isso, espera-se que tenhamos uma forma de atuar mais organizada para superar os problemas atuais.

Referências Bibliográficas

- ABREU, H. **A defesa de direitos: uma experiência catarinense para garantir cidadania ao idoso**. OAB, 2004. Disponível em <http://www.oab-sc.org.br/setores/comissoes/assistencia/artigos.jsp>. Acessado em janeiro de 2009.
- BRASIL. Lei Federal nº 10.641- **Estatuto do Idoso**. Brasil, 01 de outubro de 2003.
- BRASIL. Lei Federal nº 8.842 - Política Nacional do Idoso. Brasília, 04 de Janeiro de 1994
- BRASIL. **Plano Nacional de Implementação das Deliberações da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa**. Brasília. 2007
- CNDI - Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos. **Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos das Pessoas Idosas – RENADI**. Brasília: Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos, 2006.
- CNDI - Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos. **IV Encontro Nacional de Conselhos de Idoso: Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI**. Brasília: Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos, 2007
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005
- PEREIRA, P.; AMAZONEIDA, P. **Controle Democrático como Garantia de Direitos**. Brasília: Subsecretaria dos Direitos Humanos, 2005. 40p

Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional

Luiz Roberto Ramos¹

O cenário neste início de século

A população brasileira encontra-se em franco processo de envelhecimento há cerca de 40 anos. Quedas significativas nas taxas de mortalidade e fecundidade, ocorreram num espaço relativamente curto de tempo, fazendo com que a transição de uma população jovem para uma população envelhecida esteja se dando de forma muito mais rápida e explosiva do que a verificada na Europa há mais de um século. Teremos um verdadeiro “boom” de idosos até 2025, quando o país abrigará a sexta maior população de idosos do planeta – mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (RAMOS *et al.*, 1987). Paralelamente às transformações demográficas temos as mudanças no perfil de morbi-mortalidade da população que, ao envelhecer, assiste ao aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, atualmente as principais causas de mortalidade em todas as regiões do país.

Delineia-se um novo paradigma na saúde: a população envelhece e o indicador de saúde importante, não é mais a presença ou não de doença, mas o grau de capacidade funcional do indivíduo. Mesmo o envelhecer sem doença envolve algum grau de perda funcional, compatível com a fisiologia da senescência, expressa por uma diminuição discretíssima, porém contínua de vigor, força, prontidão, velocidade de reação e outras funções. Quando essa perda funcional é exacerbada, digamos por um fator genético ou de exposição ambiental, temos o advento de um quadro clínico de doença crônica, que na maioria das vezes é expressa pela insuficiência de um órgão ou sistema biológico que caracteriza a doença – p.ex. insuficiência cardíaca, renal, respiratória (enfisema), pancreática (diabetes), cerebral (demência), óssea (osteoporose), visual, auditiva. Nesses casos é o grau de perda da capacidade funcional que irá indicar quem terá um envelhecimento saudável ou não, independente de quais as doenças crônicas envolvidas. É claro que, algumas doenças são potencialmente mais incapaci-

tantes que outras, porém o senso comum certamente não elegeria a depressão como a doença que mais causa anos vividos com incapacidade no mundo. E é fato constatado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que a depressão ganha do acidente vascular cerebral (AVC) ou da insuficiência cardíaca congestiva (ICC), no sentido de tirar do indivíduo a capacidade para gerir o seu dia-a-dia de forma independente e autônoma. Quaisquer que sejam as doenças, são as perdas funcionais, sejam por limitações físicas ou mentais, que irão determinar o quadro de saúde pública. É o grau de capacidade funcional que permitirá identificar a população de risco para hospitalização, institucionalização e morte.

Capacidade funcional é uma medida da funcionalidade global que é por sua vez o resultado da interação de todas as capacidades físicas e mentais desenvolvidas durante o período de vida. As medidas de capacidade funcional variam de um grau de independência total em todas as atividades cotidianas, com autonomia completa de decisões, para um de dependência total nas atividades diárias e perda completa de autonomia de decisão.

A epidemiologia do envelhecimento demonstra que populações mais envelhecidas têm uma alta prevalência de doenças crônicas - menos de 10% de pessoas de 65 anos ou mais estão livres de algum tipo de agravo crônico a saúde e mais de 10% referem pelo menos cinco doenças crônicas concomitantes. Quase todos os idosos têm perdas sensoriais limitantes na idade avançada, particularmente em termos visuais e auditivos, e mais de 30% têm uma leve disfunção cognitiva. A consequência é uma alta prevalência de incapacidades físicas e mentais - na média, 30 a 40% de residentes idosos na comunidade sentem a necessidade de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma das principais atividades diárias (arrumar a casa, se vestir, comer, lavar roupa, etc.) (RAMOS, 2003). De fato, a maioria irá ter, com idade avançada, menos independência e menos autonomia na vida cotidiana, em comparação com a vida como adulto jovem. Existem evidências no mundo inteiro, de que

¹ Diretor do Centro de Estudos do Envelhecimento e Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Contato: lrr@uol.com.br

nesse cenário de limitações pessoais e grandes necessidades sociais e de saúde, uma proporção alta de pessoas idosas irá experimentar a dependência e a necessidade de ter um suporte formal ou informal para realizar plenamente o seu cotidiano. Suporte no sentido amplo que englobe desde uma simples ajuda para pegar um ônibus ou fazer o supermercado, até precisar de uma pessoa dedicada em tempo integral no domicílio ou instituição para ajudar no dia-a-dia de comer, dormir e cuidar do próprio corpo. Podemos prever que, num país com baixo nível de seguridade social, principalmente para os idosos, teremos uma grande demanda por serviços formais e informais de apoio ao cotidiano do idoso e um risco de isolamento social dos mais carentes. A doença de Alzheimer (AD) é um exemplo idiossincrático do atual dilema relacionado à saúde, já que sua incidência está fortemente atrelada à idade, assim aumentando exponencialmente. Sua evolução leva a um declínio drástico da capacidade funcional devido a perdas cognitivas, por um longo período, seguidas de isolamento social, atritos familiares e perda da cidadania.

Isso coloca no centro da agenda política mundial a discussão de como iremos promover boa saúde e qualidade de vida para os idosos na sociedade global em futuro próximo. O caminho da saúde pública possui três agendas: primeiramente, a promoção de saúde e prevenção primária, o que requer muito da educação em saúde para desenvolver hábitos de vida saudáveis e melhorar a compreensão do processo de envelhecimento; em segundo lugar, tratamento de saúde apropriado, incluindo profissionais treinados em geriatria e gerontologia, visando diagnósticos precoces e administração interdisciplinar de doenças, procurando preservar a capacidade funcional; e finalmente, a reabilitação das funções comprometidas, visando à independência funcional e autonomia mental, em qualquer tipo de incapacidade ou limitação.

Há uma necessidade urgente de entender cientificamente como promover de forma efetiva a manutenção da capacidade funcional da população que envelhece no Brasil, considerando as desigualdades sociais, baixo nível educacional e as limitações urbanas que afetam a maioria da população.

Da maior ou menor capacidade funcional dos idosos, irá depender a necessidade de serviços de saúde como: assistência domiciliar, o hospital dia geriátrico, a internação hospitalar geriátrica, ou a rotina dos cuidados de uma unidade básica de saúde

que inclua diferentes tipos de reabilitação. Alguns serviços, ditos sociais, como: visita e ajuda domiciliares (banho ou preparo alimentar, dentre outros), subsídios econômicos (pensões), hospedaria e/ou albergues, ajuda de famílias que possam adotar idosos que morem sozinhos ou a necessidade de moradia em uma instituição de longa permanência devem ser escolhidos levando-se em conta os diferentes graus de incapacidade das pessoas idosas.

A utilização da capacidade funcional como indicador de saúde das populações de idosos, é de extrema valia para o planejamento de políticas públicas voltados aos idosos. No entanto, é necessário definir indicadores de capacidade funcional e do potencial de demanda por ações de suporte à independência e autonomia de idosos nos diferentes perfis de co-morbidades e que sejam válidos e confiáveis nas distintas realidades socioeconômicas e ambientais do Brasil.

Referências Bibliográficas

- RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. São Paulo: Revista de Saúde Pública, 21(3), 1987. p.211-24.
- RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 19 no.3, 2003.

Para além das doenças: acidentes como causas evitáveis de mortalidade na população idosa

Tânia Margarete Mezzomo Keinert¹
Tereza Etsuko da Costa Rosa²
Nelson Francisco Brandão³

"Rugas no rosto moreno, ondas no lago sereno, vento repentino, ares de menino. Fugas de brigas de rua, luas e luas e luas, repentina paz, meu velho rapaz".

(Gilberto Gil. O Mar e o Lago. In **Quanta**, 1996)

Introdução

No território nacional, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) aponta para um contingente de quase 17,6 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, representando 9,7% da população em 2004. O índice de envelhecimento passou de 0,11 no início da década de 80 para 0,25 em 2004, significando que para cada 100 jovens, havia 11 idosos, no primeiro período citado, sendo que, no segundo, 25 idosos (IBGE, 2008).

Nessa população, associa-se frequentemente a mortalidade às doenças crônicas e degenerativas. Não obstante a queda nos índices de mortalidade causada por essas doenças devido aos avanços tecnológicos, à implantação de programas de prevenção e de promoção à saúde, as doenças crônicas não transmissíveis continuam sendo as principais causas de morte entre idosos.

Porém, há um aspecto normalmente negligenciado como fator de óbitos evitáveis entre idosos o qual se constitui das chamadas "causas externas". A denominação "causas externas" envolve os homicídios, suicídios e os acidentes como causas de mortalidade. Além disso, ainda constam na 10ª Revisão da

Classificação Internacional de Doenças (CID10) como "causas externas" de mortalidade as lesões, os envenenamentos, os ferimentos, as fraturas, as queimaduras e intoxicações causadas por agressões interpessoais e coletivas.

O presente artigo visa chamar a atenção e sensibilizar a sociedade no sentido de reduzir a mortalidade por causas externas, com especial ênfase na redução de acidentes. Para a população idosa tem maior relevância quedas e atropelamentos como principais motivos de eventos acidentais. Motivos esses que podem perfeitamente ser evitados com intervenções simples no ambiente doméstico e urbano.

Metodologia da Pesquisa

Os dados foram coletados no Sistema de Informações do SUS, o DATASUS, especialmente no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), para o ano de 2005, último ano de dados disponibilizados neste sistema. Selecionou-se o grupo das chamadas "causas externas" da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), que comporta os homicídios, suicídios e óbitos por acidentes em geral.

A unidade de análise escolhida foi o Estado de São Paulo com o objetivo de subsidiar a formulação de políticas públicas estaduais destinadas especificamente à redução da mortalidade por causas externas na população idosa.

Todas as taxas de mortalidade foram calculadas para 100 mil habitantes, tendo o número de óbitos de residentes por causas externas como numerador e a população residente para o ano 2005 como denominador e multiplicando-se por 100.000 o este resultado.

Em que pesem as possibilidades e os limites desse tipo de fonte de informação, o presente pode contribuir com a reflexão acerca dos riscos de morte

¹ Mestre e Doutora em Administração Pública, Pós-Doutora em Políticas Públicas e Qualidade de Vida e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: taniak@isaude.sp.gov.br

² Mestre e Doutora em Saúde Pública e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: tererosa@isaude.sp.gov.br

³ Graduado em Administração de Empresas, Especialista em Administração Hospitalar e Assistente Técnico de Pesquisa Científica IV na Área de Economia e Avaliação Tecnológica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: brandao@isaude.sp.gov.br

por causas externas, dimensionar sua magnitude como problema de saúde pública na população idosa, refletir sobre aspectos culturais e de desenvolvimento socioeconômico, com o concurso de fatores de risco específicos para cada tipo de acidente ou violência; expressando, ainda, as condições da assistência médica dispensada e a qualidade do registro das ocorrências.

Discussão dos Resultados

Conforme verificamos na Figura 1, a comparação entre as taxas de mortalidade por causas externas na população como um todo do Estado de São Paulo e na de 60 anos ou mais evidencia que, excetuando-se as agressões, as taxas de mortalidade por acidentes, por lesões auto-provocadas voluntariamente e por outras causas externas são bastante superiores na população de idosos. Observando-se os coeficientes de mortalidade devidos aos acidentes indicados na Figura 1 verifica-se que para a população total temos 29,5 óbitos/100 mil habitantes, enquanto para a população idosa temos 60,1 óbitos/100 mil habitantes de 60 anos ou mais.

Ainda que não se configurem exatamente como "acidentes", o grupo de "outras causas externas" que compreende eventos cuja intenção é indeterminada, intervenções legais e operações de guerra; complicações da assistência médica e cirúrgica e seqüelas de causas externas pode ser considerado, em alguma medida, acidental e, portanto, evitável. Para os coeficientes de mortalidade devido a "outras causas externas", na população total temos 12,9 óbitos/100 mil habitantes, enquanto para a população idosa esse índice é de 42,1 óbitos/100 mil habitantes maiores de 60 anos.

Gawryszewski *et al.* (2004), analisando 13.383 mortes e 87.177 internações hospitalares de pessoas de 60 anos ou mais, por causas externas, realizadas pelo Sistema Público de Saúde, no ano de 2000, observaram que os acidentes de transporte lideram essas causas, sendo as principais vítimas os pedestres, e que as quedas ocupam o terceiro lugar na mortalidade. Considerando-se tais informações podemos inferir com base nos dados aqui analisados que os atropelamentos e as quedas são as causas que exerceram maior pressão para a elevação da magnitude dos coeficientes de mortalidade causada por acidentes e por outras causas externas.

Com essas informações, pode-se dizer que morrem mais idosos por causas externas relativamente à população como um todo e que, além disso, os acidentes constituem-se na categoria mais relevante, o que se confirma com a Figura 1.

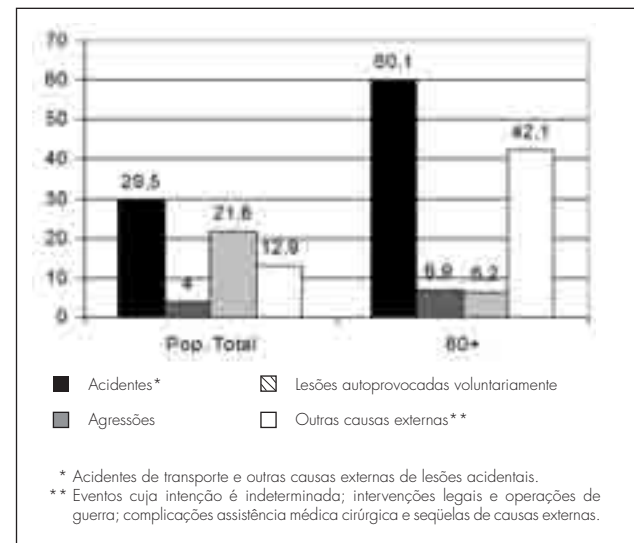


Figura 1: Distribuição das taxas de mortalidade por causas externas (Grande Grupo CID10) de Óbitos por residência da população paulista e da população paulista com 60 anos de idade ou mais, considerando causas externas específicas. Estado de São Paulo, 2005.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE.

Para um exame detalhado dos coeficientes de mortalidade devido a causas externas na população idosa apresentamos a Figura 2 onde foram consideradas as causas externas como um todo, segundo diferentes grupos etários. Nesta Figura podemos observar que quanto mais avançada a idade, maior a relevância dos coeficientes de mortalidade: 79,5, 107 e 305 óbitos por 100 mil habitantes iguais ou maiores de 60 de anos de idade, respectivamente para os grupos de 60 a 69, 70 a 79 e de 80 ou mais anos, residentes no estado de São Paulo em 2005. Aqui fica nítido o peso dos óbitos devidos a causas externas entre os mais velhos no coeficiente de mortalidade da população idosa.

Considerando-se que entre as causas específicas de mortalidade de idosos os atropelamentos e as quedas estão entre as mais frequentes e que os idosos do grupo etário de 80 anos ou mais são os que apresentam maiores riscos, chamamos a atenção para refletirmos sobre a origem das causas externas e a faixa etária de maior fragilidade.

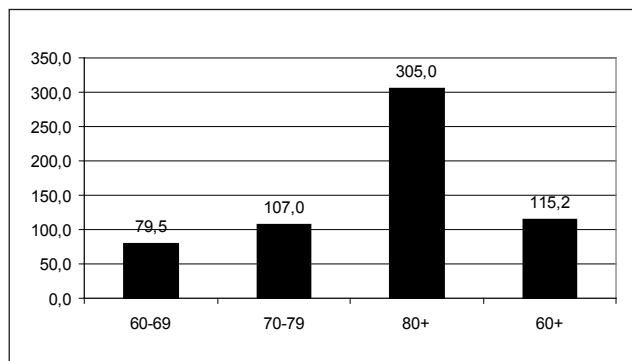


Figura 2: Coeficientes de mortalidade (óbitos por residência) de idosos devido a causas externas (por 100.000 habitantes), segundo grupos etários. Estado de São Paulo, no ano de 2005.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE.

O que os dados evidenciam é que essas mortes, da faixa etária de 80 anos e mais, poderiam, em tese, ser evitadas com relativa facilidade, dado que os óbitos são originados num meio ambiente inadequado ou pouco adaptado às condições físicas da pessoa idosa. Pretende-se chamar a atenção, com isso, à necessidade de cuidados redobrados e instalações adequadas para que pessoas deste grupo etário possam conviver na comunidade com qualidade de vida.

Parte-se do pressuposto de que a fragilidade não é, necessariamente, uma condição intrínseca ao envelhecimento. Tal entendimento amplia o leque de ações com potencialidade para proporcionar uma expectativa de vida saudável ou livre de incapacidades, ao contrário das intervenções tardias, com potencial mínimo de reversão das conseqüências adversas, as quais são fundamentadas na visão da fragilidade como condição inerente à pessoa idosa (BRASIL, 2006).

Os dados apresentados corroboram estudos internacionais e nacionais anteriores, os quais demonstram que acidentes de trânsito e de transporte são a primeira causa específica de mortes de idosos, enquanto que quedas são o principal tipo de agravo que leva à internação desse grupo populacional e o mais importante motivo de sua demanda aos serviços de emergência (MINAYO, 2003).

Conclusões

A análise dos dados obtidos revelou, em resumo, que idosos morrem mais por causas externas que a população em geral, especialmente o grupo populacional de 80 anos e mais. Ressalte-se a necessidade de um entendimento mais amplo das condições de vida dos idosos, tanto em ambiente familiar quanto na rede de prestação de serviços à saúde, bem como no

espaço público, dotando-os, tanto de equipamentos e instalações adequadas, quanto de uma cultura de respeito e de compreensão da condição de idoso.

A interpretação dessas informações pode ser feita baseada, pelo menos, em duas visões: 1) da condição de fragilidade intrínseca dos idosos que os expõem mais a esse tipo de risco; 2) as cidades e as moradias estão inadequadamente planejadas, pois oferecem riscos no ambiente físico, com múltiplas barreiras físicas, que favorecem os acidentes com conseqüências mais graves para os idosos.

A primeira visão nos conduz à solução onde à pessoa idosa cabe o confinamento em espaços restritos ou privados, negando-lhes o acesso ao espaço público.

Na segunda visão, a tendência é que haja formulação de leis que levam em consideração as necessidades de saúde e segurança para as pessoas em geral, com especial atenção às necessidades dos idosos. A sociedade brasileira tem avançado alguns passos nesse sentido, como a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso. Entendemos que esses são passos essenciais; entretanto, para a efetivação das ações de promoção, proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa deve decorrer um prazo razoável de um processo entre a superação de diversos mitos e preconceitos sobre o envelhecimento e o idoso e a real inclusão da pessoa idosa como protagonista, se não em todas, na maioria das esferas da vida com o pleno exercício da sua cidadania.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília, 2001a.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Estatuto da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2003.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Plano de ação de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos; 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 19, Brasília, 2006.
- GAWRYSZEWSKI, V.P.; JORGE, M.H.P.M.; KOIZUMI, M.S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Rev Assoc Med Brás**, 50(1): 97-103, 2004.
- IBGE. Síntese de indicadores sociais 2005. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=580&id_pagina=1. Acesso em 30 julho 2008.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19 (3): 783-791, maio-junho, 2003.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 11 (Suplemento): 1259-1267, 2007.

Desafios da prevenção e do manejo de quedas em idosos

Monica Rodrigues Perracini¹

A população idosa representa um número crescente de pessoas ao redor do mundo, especialmente nos países em desenvolvimento. À medida que envelhecem as pessoas apresentam um risco significativamente maior de experimentar um evento de queda e de sofrer uma lesão como consequência deste evento, particularmente as fraturas.

As quedas são um problema sério e comum entre os idosos. Cerca de 30% a 40% dos idosos com 65 anos ou mais que vivem na comunidade caem uma vez ao ano e estas taxas aumentam de forma expressiva a partir dos 75 anos. Metade destes idosos cai ao menos duas vezes ao ano. As mulheres apresentam um risco maior de cair do que os homens e cerca de metade de todas as mulheres acima de 85 anos experimentam uma queda ao ano. Estas prevalências possivelmente estão subestimadas devido ao viés de memória e a tendência dos idosos em subrelatar os eventos que não tenham causado lesões aparentes (RUBENSTEIN; JOSEPHSON 2002; PERRACINI; RAMOS, 2002; RUBENSTEIN, 2006; SIQUEIRA *et al.*, 2007).

As quedas representaram 62% das lesões não fatais entre idosos de 65 anos ou mais em unidades de emergência nos Estados Unidos em 2001 (CDC, 2003). A mortalidade associada aos eventos de quedas é também alta. Os acidentes são a quinta causa de morte entre os idosos e as quedas são responsáveis por dois terços destas mortes acidentais. Aproximadamente 75% das mortes decorrentes de quedas nos Estados Unidos ocorrem em 14% da população acima de 65 anos de idade, e o índice de mortalidade aumenta dramaticamente após os 70 anos, principalmente entre os homens (CDC, 2000; RUBENSTEIN, 2001).

Dos que caem a cada ano, entre 5% a 10% dos idosos residentes na comunidade tem como consequência lesões severas como fratura, traumatismo craniano e lacerações graves, que reduzem a

mobilidade e independência, aumentando as chances de morte prematura e incapacidade funcional (O'LOUGHIN *et al.*, 1993; CDC, 2000)

Cerca de 90% das fraturas de quadril são causadas por quedas. A fratura de quadril está relacionada a 33% de taxa de mortalidade em um ano e cerca de metade dos idosos hospitalizados por fratura de quadril não recuperam a mobilidade prévia ao evento. Entre 1988 e 1996 a taxa de hospitalização por fratura de quadril em mulheres acima de 65 anos nos EUA aumentou 23%. Além disso, pacientes com 75 anos ou mais admitidos no hospital após um acidente, a maior parte destes por quedas, ocupam um leito por 18 dias em média (ALEXANDER; RIVARA; WOLF, 1992; CDC, 2000; SWIFT, 2001).

As quedas estão associadas ao aumento da fragilidade, da restrição de atividades e conseqüente isolamento social, do medo de cair e as quedas com lesão aumentam a chance de institucionalização pelo comprometimento da independência funcional e da autonomia.

Estimativas apontam para um aumento dos custos relacionados ao tratamento das lesões por quedas de forma dramática, tendo em vista o aumento da proporção de idosos na população e o aumento da expectativa de vida. Atualmente, o custo médio de tratamento por episódio de queda está entre 1.049 a 3.611 dólares americanos como apontado em um estudo australiano (HENDRIE *et al.*, 2003; FU, 2007). Dentre os diferentes itens que impõe custos ao sistema de saúde, o custo com serviços hospitalares é sem dúvida o maior, contabilizando cerca de 50% do total. O custo médio de uma hospitalização por lesões decorrentes de quedas está entre 6.646,60 a 17.483,00 dólares americanos (ROUDSARI *et al.*, 2005). Além dos custos com hospitalização é necessário contabilizar os custos com institucionalização, cuidados em unidades de emergência, incluindo transporte, cuidados ambulatoriais e de reabilitação, além dos dias perdidos de trabalho de cuidadores familiares. Um estudo realizado por

¹ Doutora em Reabilitação pela Universidade Federal de São Paulo e Professora da Universidade de São Paulo (UNICID). Contato: monica@iagg.com.br

Moller na Austrália em 2003 aponta que os custos com o tratamento das lesões decorrentes de quedas aumentará de forma significativa nos próximos cinquenta anos. Por volta do ano de 2051, os custos totais relacionados a lesões decorrente de quedas aumentarão cerca de três vezes totalizando 763,9 milhões de dólares americanos por ano na Austrália. Se nenhum programa efetivo de prevenção for equacionado com conseqüente diminuição de custos, serão necessários 886.000 leitos/dia por ano ou o equivalente a 2500 leitos adicionais permanentemente alocados para o tratamento das lesões decorrentes de quedas (MOLLER, 2003).

Frente a este cenário perturbador, esforços têm sido realizados no sentido de se encontrar soluções para a prevenção e o manejo das quedas em idosos. Nas últimas duas décadas foram produzidos vários ensaios clínicos controlados que sinalizam uma redução anual na ocorrência de quedas em torno de 30% a 40% em termos relativos, quando intervenções multidimensionais foram implementadas (CHANG *et al.*, 2004). Por intervenções multidimensionais, entendem-se aquelas equacionadas a partir de uma avaliação geriátrico-gerontológica abrangente, que engloba a identificação de todos os fatores de risco presentes e a conseqüente redução daqueles fatores potencialmente modificáveis, por meio de intervenções integradas. Há um aumento significativo do risco com o aumento do número de fatores de risco individuais presentes. O levantamento de fatores que possam ser modificados por meio de intervenções específicas é essencial, tanto na prevenção de futuros episódios, como também no manejo do processo de reabilitação.

Os *guidelines* de prática clínica propostos reconhecem, no entanto, que um dos pontos mais importantes para a efetividade da prevenção é a identificação dos idosos de alto risco, uma vez que são estes os que mais se beneficiariam dos programas preventivos (*American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, e American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention*, 2001). Todd (2008) denominou esta ação como Estratégia do Alto Risco ou *High Risk Strategy*. Estes idosos com alto risco são em geral os mais velhos, mais fragilizados e que apresentam várias co-morbidades com prejuízo da sua capacidade funcional. Isto pressupõe uma ação customizada de forma a reduzir os riscos individuais que em geral é realizada por uma equipe multiprofissional. A redução observada nas intervenções multidimensionais se deve ao caráter detalhado

e sistemático tanto do processo de avaliação quanto das ações realizadas.

Moreland *et al.* (2003) em uma revisão sistemática acerca da evidência sobre o peso dos fatores de risco para quedas abrangeu estudos de coorte prospectivos que completaram mais de 80% do tempo de seguimento, classificando os fatores de risco em nível de 1 a 6, sendo os de nível 1 os de maior evidência. Para idosos que vivem na comunidade os fatores de risco potencialmente modificáveis são:

- **nível 1:** comprometimento do estado mental e uso de medicação psicotrópica;
- **nível 2:** uso de múltiplos medicamentos, presença de riscos ambientais, de problemas de visão, de fraqueza muscular ou de disfunção em MMII, diminuição da função neuromuscular periférica, incapacidade em atividades básicas e instrumentais de vida diária, uso de dispositivos de auxílio à marcha;
- **nível 3:** presença de incontinência urinária, de hipotensão postural e pós-prandial, de tontura, alto nível de atividade física e uso de medicações cardíacas. O nível de atividade moderado foi considerado um fator protetor. Presença de depressão, de problemas auditivos, diminuição da capacidade em MMSS ou da força de preensão palmar, diminuição da coordenação em MMII, presença de anormalidades da marcha, baixo nível de atividade, rede de suporte social restrita e uso de medicações anti-inflamatórias e analgésicas têm baixa evidência como fatores de risco para quedas em idosos da comunidade (nível 4,5 e 6).

Lamb *et al* (2008) propôs um algoritmo para prever quedas como uma forma de sistematizar uma seqüência de ações preventivas. Este algoritmo engloba perguntas chaves: número de quedas no último ano (nenhuma, uma, duas ou mais); frequência de problemas de equilíbrio durante a marcha (nunca, raramente, de vez em quando, frequentemente e muito frequentemente); teste velocidade de marcha em 4m, o índice de massa corpórea e o teste de força muscular em MMII. Este algoritmo apresentou uma sensibilidade de 0.78, uma especificidade de 0.46, um valor preditivo positivo de 1.44 e uma razão de chance de 3.02 quando testado em uma coorte de mulheres americanas, advindas do *Women's Health and Aging Study*.

Em uma meta-análise recente Gates *et al.* (2008) não encontram efeito positivo a favor da redução do número de idosos caidores (RR=0,91 95% IC 0,82-1,02) ou do número lesões decorrentes de quedas (RR=0,90 95% IC 0,68-1,20). Nenhum dos estudos abordados mostrou dados quantitativos em relação

a melhora da qualidade de vida ou da atividade física durante o seguimento. Igualmente os autores apontam que não houve diferença no efeito do tratamento quando os grupos foram separados por tipo de serviço ou pelo grau de risco. Embora este estudo seja desapontador, uma vez que conclui que há pouca evidência de que intervenções multidimensionais sejam eficazes para prevenção de quedas em idosos da comunidade e em idosos atendidos em unidades de emergência após um evento de queda, contradizendo achados anteriores, seus resultados devem ser vistos com cautela, uma vez que os estudos que compõem esta meta-análise são bastante heterogêneos. Dos 16 ensaios clínicos que testaram a eficácia de intervenções multidimensionais 10 deles estavam baseados no encaminhamento para serviços usuais já existentes no sistema de saúde. Entre estes apenas 30% foram eficazes na redução do número de quedas. Já entre os 6 que se basearam na avaliação e manejo direto com equipes especializadas para o manejo e prevenção de quedas, 66% foram eficazes na redução de quedas. É possível ainda que tenha havido uma redução do número de quedas que não se refletiu na redução do número de idosos caídores por deficiências no monitoramento. Nos ensaios clínicos com intervenções mais intensivas e diretas que não se basearam em encaminhamentos (RR=0,84 95% IC 0,74-0,96) houve uma redução maior do número de caídores quando comparada com intervenções baseadas em encaminhamentos e orientações ou recomendações.

Sob a ótica do planejamento de políticas adequadas de saúde, para que esta proposta de intervenção multifatorial possa ser eficaz e efetiva, há que se capacitar os profissionais de saúde para a utilização de instrumentos de avaliação específicos e ainda prover a rede de atenção ao idoso com programas de tratamento com abordagem multiprofissional especializada. O simples encaminhamento para programas de exercícios ou de seguimento de saúde inespecíficos pode não resultar em redução das taxas de quedas. Apesar da aparente dificuldade que esta ação possa ter, sabe-se que a identificação de riscos de agravo à saúde do idoso mais frágil pode prever vários desfechos negativos, além das quedas, como hospitalizações recorrentes, desnutrição, incapacidade funcional, iatrogenia e demências.

Dentre as intervenções para redução de ocorrência de quedas, o exercício está entre as estratégias mais promissoras. Exercício aqui entendido como

treino funcional. Os ensaios clínicos com intervenções multidimensionais que incluem o treino funcional como um componente principal reduziram em 13% o risco de quedas, se neste treino está contido o treino específico do equilíbrio corporal e atividades relacionadas a marcha esta redução chega a 24% (PROVINCE, 1995). Programas de exercício em grupo que incluem atividades direcionadas aos riscos específicos de cada idoso, ou seja programas de treinamento individualizados mostraram de forma geral uma maior redução no risco de queda e na incidência de novos eventos quando comparados a programas multimodais genéricos, especialmente no grupo de alto risco. Em grupos de menor risco, exercícios multimodais parecem ser eficazes na redução de quedas (BAKER *et al.*, 2007)

Embora os *guidelines* e consensos ainda apontem para as intervenções multidimensionais como sendo as mais eficazes, uma revisão recente sugere que um dos problemas inerentes a intervenção multidimensional é que como se propõe uma série de mudanças, isto pode gerar rejeição por parte dos idosos, diminuindo a aderência ao programa. O exercício oferece outros benefícios além daqueles relacionados a prevenção de quedas e esta talvez seja a intervenção isolada que pode ser oferecida de forma mais abrangente em uma população mais ampla, incluindo os idosos de médio e baixo risco com menor ônus pessoal (CAMPBELL; ROBERTSON, 2007).

De forma geral, o que podemos aprender dos dados de pesquisa e das experiências internacionais e a partir de onde podemos seguir? Primeiramente, é fundamental reconhecer o problema e envidar esforços para realizar uma vigilância epidemiológica eficaz. Sem, que tenhamos dados concretos sobre mortalidade, internação e utilização de serviços de emergência em decorrência de quedas estaremos navegando em águas turvas. Em segundo lugar, a despeito da presença de *guidelines* de sociedades internacionais, é preciso que haja a construção de um guia de consenso e de recomendações que possam nortear um programa de prevenção de quedas compactuado entre os profissionais da área em nosso país. Nossas diferenças regionais, mesmo dentro de grandes cidades podem gerar necessidades diversas. Além disso, para que os casos que mais se beneficiariam de programas de manejo e de prevenção de quedas sejam identificados há que se investir em treinamento e conscientização dos profissionais de saúde, especialmente aqueles envolvidos no

Programa de Saúde da Família e nas unidades de emergência de hospitais, estrategicamente definidos. O monitoramento de ações a partir de uma coordenação central é igualmente fundamental. Nada disso adianta, no entanto se unidades especializadas para o acompanhamento de idosos de alto risco não forem equacionadas. Intervenções inespecíficas realizadas por encaminhamento para unidades despreparadas e desprovidas de profissionais capacitados e que possam atuar em equipe são pouco eficazes. O manejo de quedas envolve não apenas uma abordagem clínico-funcional como também mudanças comportamentais e ambientais, tanto do ponto de vista individual quanto populacional, o que aponta também para a necessidade de implementação de ações junto à comunidade, envolvendo vários setores da sociedade. Urge em nosso país o desenvolvimento de um Programa de Prevenção e Manejo de Quedas, caso contrário é preocupante como iremos pagar a conta daqui a alguns anos.

Referências Bibliográficas

- ALEXANDER, B.H.; RIVARA, F.P.; WOLF, M.E.. The cost and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults. **Am J Public Health** 82, 1992. p.:1020-3.
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, BRITISH GERIATRICS SOCIETY AND AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS PANEL ON FALLS PREVENTION. Guideline for the prevention of falls in older persons. **JAGS**. 49, 2001.p.664-672.
- BAKER, M.K.; ATLANTIS, E.; SINGH FIATARONE, M.A. Multimodal exercise programs for older adults. **Age & Ageing**; 36, 2007. p.375-381.
- CAMPBELL, A.J.; ROBERTSON, M.C.. Rethinking individual and community fall prevention strategies: a meta-regression comparing single and multifactorial interventions. **Age & Ageing**; 36(6), 2007. p.656-62.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Public health and aging: nonfatal injuries among older adults treated in hospital emergency departments-United States, 2001. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**. 52, 2003. p.1019-1022.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Recommendations Regarding Selected Conditions Affecting Women's Health**. **MMWR** 2000; 49 (nº. RR-2).
- CHANG, J.T.; MORTON, S.C.; RUBENSTEIN, L.Z.; MOJICA, W.A.; MAGLIONE, M.; SUTTORP, M.J.; ROTH, E.A.; SHEKELLE, P.G. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. **BMJ**, 113, 2004 p.328-335.
- FU, D. Health Service Impact and Costs of Falls. In **Older Age. WHO. Victoria Pannel on Falls Prevention. Victoria, Ageing and Life Course, Family and Community health**, British Columbia, Canada, 2007.
- GATES, S.; FISHER, J.D.; COOKE, M.W.; CARTER, Y.H.; LAMB, S.E. Multifactorial assessment and target intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. **BMJ**, 336, 2008. p.130-139.
- HENDRIE, D.; HALL, S.E.; LEGGE, M.; ARENA, G. **Injury in Western Australia: The Health System Cost of falls in Older Adults in Western Australia**. Perth, Western. Australia: Western Australian Government, 2003.
- LAMB, S.E.; McCABE, C.; CLEMENS, B.; FRIED, L.P.; GURALNIK, J.M. The Optimal sequence and selection of screening test items to predict fall risk in older disabled women: The Women's Health and Aging Study. **Journal of Gerontol Med Sci**; 63A(10), 2008. p.1082-1088.
- MOLLER, J. **Projected cost of fall related injury to older persons due to demographic change in Australia**. New Direction in Health and Safety, Adelaide, 2003.
- MORELAND, J.; RICHARDSON, J.; CHAN, D.H.; O'NEILL, J.; BELLISSIMO, A.; GRUM, R.M.; SHANKS, L.. Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. **Gerontology**; 49, 2003. p.93-116.
- O'LOUGHIN, J.L.; ROBITAILLE, Y.; BOIVIN, J.F.; SUISSA, S. Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. **American Journal of Epidemiology** 137(3), 1993. p.342-354.
- PERRACINI, M.R.; RAMOS, L.R. Fatores associados a quedas em idosos em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública** 36(6), 2002. p.709-16.
- PROVINCE, M.A.; HADLEY, E.C.; HORN BROOK, M.C. *et al.* The Effects of exercise on falls in the elderly patients: a preplanned meta-analysis of the FICSIT trials. **JAMA** ;273, 995. p.1341-7.
- ROUDSARI, B.S.; EBEL, B.E.; CORSO, P.S.; MOLINARI, N.A.; KOESELL, T.D. The acute medical care cost of fall-related injuries among US older adults. **Injury**; 36(11), 2005. p.1316-22.
- RUBENSTEIN, L.Z.; POWERS, C.; MACLEAN, C.H. Quality Indicators for the Management and Prevention of Falls and Mobility Problems in Vulnerable Elders. **Ann Intern Med**, 135, 2001. p.686-693.
- RUBENSTEIN, L.Z.; JOSEPHSON, K.R. The Epidemiology of falls and syncope. **Clin Geriatr. Med** 18, 2002. p.141-158.
- RUBENSTEIN, L.Z. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. **Age & Ageing**, 35; 2006. S2:ii37-ii41.
- SIQUEIRA, F.V.; FACCHINI, L.A. ; PICCINI, R.X. ; *et al.* Prevenção de quedas em idosos e fatores associados. **Rev.Saúde Pública**, 41(5), 2007. p.749-56.
- SWIFT, C.G. Falls in late life and their consequences- implementing effective services. **BMJ**, 322, 2001. p.855-57.
- TODD, C. **Strategies for preventing falls in community dwelling older people: high risk or population shift? Prevention of falls and injuries in older people**. Stockholm,

Indicadores de fragilidade em pessoas idosas visando o estabelecimento de medidas preventivas

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte¹

Introdução

Com o rápido e expressivo envelhecimento da população a discussão sobre fragilidade ou fragilização no processo de envelhecimento surge com muita ênfase. Embora não seja um conceito novo, a sistematização das informações a esse respeito de forma a identificar sua etiologia, suas principais características e possíveis medidas de prevenção ainda são precárias (ESPINOZA; WALSTON, 2005).

Fragilidade não possui uma definição consensual. Pode ser compreendida como uma síndrome multidimensional que envolve uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais culminando com um estado de maior vulnerabilidade associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos (declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte) (TEIXEIRA, 2006).

Para alguns profissionais de saúde, no entanto, fragilidade é considerada uma condição intrínseca do envelhecimento, atitude essa que pode ocasionar intervenções tardias com potencial mínimo de reversão de suas conseqüências adversas incluindo a redução da expectativa de vida saudável ou livre de incapacidades (FRIED *et al.*, 2001).

Torna-se assim necessário o estabelecimento de critérios que identifiquem as pessoas idosas que se encontram em uma condição subclínica da síndrome e, portanto, passíveis de intervenções preventivas com o objetivo de evitar ou postergar ao máximo a ocorrência das respostas adversas à mesma. Entre aqueles cuja síndrome já foi instalada, a adoção de critérios de avaliação específicos contribuirá para o adiamento ou a amenização de tais respostas permitindo preservar por mais tempo sua autonomia e independência funcional (FRIED; WALSTON, 2000).

Estima-se que de 10 a 25% de pessoas acima dos 65 anos e 46% acima dos 85 anos que vivem na comu-

nidade sejam frágeis. Por ser considerada uma condição instável, acredita-se que para esse grupo a ocorrência de um evento considerado de pequeno impacto em um ambiente não continente pode causar limitações no desempenho das atividades (declínio funcional) e resultar ou não na perda da autonomia (BORTZ, 2002).

Antes da década de 80, poucos estudos abordavam o tema "fragilidade" e "idoso frágil" não existia enquanto descritor no *Medical Subject Headings* (MeSH) tendo sido incluído somente 1991. Segundo esse descritor, "idosos frágeis são idosos que apresentam diminuição generalizada de força e são suscetíveis, de forma não comum, às doenças ou enfermidades". A partir da segunda metade da década de 80, começaram a surgir inúmeras publicações relacionadas ao tema sempre atribuindo ao "idoso frágil" características como idade ≥ 75 anos, maior vulnerabilidade, presença de déficit físico e/ou cognitivo, declínio funcional e ainda necessidade de assistência contínua. Por essa razão, fragilidade e incapacidade passaram a ser compreendidas como sinônimos o que perdura até hoje na compreensão do senso comum (TEIXEIRA, 2006).

Segundo o *National Institute of Aging* (2003), a partir de alguns resultados de estudos longitudinais que buscavam clarificar a seqüência de mudanças básicas relacionadas à fragilidade e suas conseqüências clínicas incluindo a interação com doenças crônicas específicas, medidas preventivas relacionadas a doenças e agravos, fatores de risco e ao reconhecimento que muitos idosos alcançavam a velhice avançada em boas condições de saúde e de funcionalidade, essa associação passou a ser questionada com base em três grandes premissas:

- a) nem todas as pessoas com declínio funcional são frágeis;
- b) nem todas as pessoas frágeis apresentam declínio funcional;
- c) medidas preventivas parecem interferir na instalação dessa síndrome.

¹ Enfermeira e Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, responsável pela criação do primeiro Curso de Graduação em Gerontologia da USP. Contato: yedaenf@usp.br

Dessa forma, a partir da década de 90, o conceito de “ser frágil” foi sendo gradativamente substituído pela condição de “tornar-se frágil”, pois se passou a acreditar que a fragilidade poderia estar desvinculada das doenças crônicas, da dependência funcional e da necessidade de receber assistência social.

No final da década de 90, alguns pesquisadores passaram a reconhecer que a fragilidade seria uma precursora de incapacidade, institucionalização e morte com fortes evidências de diferenças étnicas e culturais e com importante impacto em saúde pública uma vez que poderia ser evitada ou revertida (FRIED; WALSTON, 1999).

Fragilidade passou assim a ser conceitualizada como um contínuo e complexo processo (biológico) que envolve interações com incapacidade, funcionalidade, desregulação neuroendócrina e fatores ambientais e as pesquisas passaram, então, a direcionar-se para auxiliar na decisão de quando intervir na trajetória doença-incapacidade de forma a prevenir, postergar ou reverter o processo incapacitante e evitar a instalação da síndrome (FRIED *et al*, 2001).

Bortz (2002) afirmou que a fragilidade seria consequência do acometimento de múltiplos sistemas resultando em alteração na força muscular, na mobilidade, no equilíbrio e na resistência e, conseqüentemente, ocasionando declínio na atividade física de maneira distinta do envelhecimento. Tal declínio mostrava-se reversível a partir da introdução intervenções apropriadas.

Observa-se que um conjunto de pesquisadores compreendem a fragilidade como uma síndrome fortemente biológica cujos sinais e sintomas poderiam ser precocemente identificados sendo assim passível de alteração em seus desfechos (WINOGRAD *et al*, 1991; SPEECHLEY; TINETTI, 1991; HAMERMAN, 1999; FRIED *et al*, 2001; LIPSITZ, 2002; BORTZ, 2002).

Por outro lado, outros pesquisadores reforçam a importância da multidimensionalidade dessa síndrome. Morley *et al* (2002) por exemplo, consideram que fatores sociais como renda insuficiente, baixo nível de escolaridade e ausência de apoio social podem agravar a fisiopatologia da síndrome. Isso é reforçado por Markle-Reid e Browne (2003) que a fragilidade é fortemente influenciada pela pobreza. Para Woo *et al*. (2005), as condições socioeconômicas, o estilo de vida e a rede de suporte social são fatores modificadores que apontam para a possibilidade de reversibilidade da síndrome por meio

de intervenções apropriadas. Rockwood (2005 a, b) reforça a característica multidimensional da síndrome e reconhece que a inter-relação de fatores biomédicos e psicossociais pode determinar sua ocorrência ou não. Essa característica multidimensional torna complexa a elaboração de uma única definição para fragilidade e um desafio tanto na prática clínica quanto na pesquisa.

Nos Estados Unidos, a Dra. Linda Fried e seu grupo (2001), da John Hopkins University, trabalharam na proposição de critérios objetivos mensuráveis para definir fragilidade em idosos a partir da hipótese que essa representa uma síndrome que pode ser identificada a partir de um fenótipo. A partir dessa proposição e de sua aplicação em um grupo de 5317 idosos com idade ≥ 65 anos que viviam na comunidade, esses autores observaram prevalência da síndrome de 6,9% e incidência de 7,2% em quatro anos com predominância entre as mulheres. Segundo esses pesquisadores, **fragilidade** é uma síndrome clínica caracterizada pela diminuição da reserva energética e pela resistência reduzida aos estressores. Essa condição resulta de declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos e causa vulnerabilidade às condições adversas, por haver dificuldade de manutenção da homeostase em situações de exposição às perturbações tais como alterações de temperaturas ambientais e variações na condição de saúde.

São três as principais mudanças relacionadas à idade que estão subjacentes à síndrome:

- alterações neuromusculares (principalmente sarcopenia);
- desregulação do sistema neuroendócrino;
- disfunção do sistema imunológico

Os autores construíram um fenótipo relacionado à fragilidade que inclui cinco componentes com possibilidade de serem mensurados (FRIED *et al*, 2001):

1. perda de peso não intencional: $\geq 4,5$ kg ou $\geq 5\%$ do peso corporal no último ano;
2. fadiga auto referida utilizando duas questões da Escala de Depressão CES-D: *com que frequência na última semana o(a) sr(a) sentiu que tudo que fez exigiu um grande esforço ou que não pode fazer nada;*
3. diminuição da força de preensão medida com dinamômetro na mão dominante e ajustada para gênero e Índice de Massa Corporal (IMC);
4. baixo nível de atividade física medido pelo dispêndio semanal de energia em kcal (com base

- no auto relato das atividades e exercícios físicos realizados) e ajustado segundo o gênero;
5. diminuição da velocidade da marcha em segundos: distância de 4,5m ajustada para gênero e altura.

Foi demonstrado que a presença de **três ou mais componentes** do fenótipo estão presentes em **idosos frágeis** e que a presença de **um ou dois** componentes seriam indicativos de **alto risco de desenvolver a síndrome**.

Os principais componentes na retroalimentação negativa do ciclo apresentado são: subnutrição crônica, sarcopenia, declínio da força física e da tolerância ao exercício e declínio no gasto total de energia.

Segundo Fried (2004) fragilidade, comorbidade e incapacidade são condições clínicas distintas embora possam ocorrer simultaneamente. Tais condições representam respostas ou conseqüências da síndrome de fragilidade. O modelo considera que dois são os principais mecanismos responsáveis pelo alcance da condição frágil: as mudanças relacionadas à senescência e a presença de comorbidades.

A síndrome, segundo os pesquisadores é um **fator preditor independente** para quedas, dependência nas atividades de vida diária, hospitalização e morte.

Indicadores de fragilidade e medidas preventivas

Segundo Rockwood (2005b), perante diferentes definições de fragilidade três são as opções de trabalho possíveis e não excludentes:

1. propor uma definição, verificar a coerência da mesma em relação à literatura científica e ampliar as possibilidades de aceitação por meio de consenso;
2. aceitar a existência de muitas definições e a possibilidade de classificação das mesmas;
3. selecionar uma definição anteriormente proposta e operacionalizá-la em estudos longitudinais.

Assim considerando e, no aguardo de uma definição operacional mais conclusiva, optou-se nesse trabalho pelo modelo apresentado por Fried *et al.* (2001), pois, a partir do mesmo, que sugere a presença de um fenótipo, é possível a identificação precoce de sinais e sintomas que sugerem a instalação da síndrome. Frente a eles, é possível a adoção de medidas de intervenção específicas que contribuam com a eliminação ou o postergamento desse processo.

O desafio atual é aproximar o conhecimento ob-

tido nas pesquisas para a população e os sistemas social e de saúde na busca da redução da incidência, da prevalência e das conseqüências adversas da fragilidade na população de idosos uma vez que o potencial de reversibilidade por intervenções é uma característica que distingue o envelhecimento da fragilidade (BORTZ, 2002). Segundo Fried *et al.* (2005) é essencial investigar quais seriam os componentes comuns e distintos dos dois processos.

A detecção precoce de um ou dois sinais/sintomas (condição pré-frágil) auxiliará a evitar a instalação da síndrome a partir da adoção de intervenções específicas. Como fazer isso é a pergunta mais freqüente. Algumas considerações podem ser úteis. No contexto de saúde, a identificação dos referidos sinais e sintomas parece ser mais fácil desde que os profissionais estejam atualizados e sensibilizados para a importância da detecção precoce. O profissional, conhecedor dos sinais e sintomas da síndrome de fragilidade, conversa com a pessoa idosa e seus familiares desencadeando uma avaliação, por profissional especializado, com objetivo de detecção da síndrome e estabelecimento de intervenções precoces apropriadas e individualizadas. Para outro profissional, não conhecedor das características de instalação da síndrome, tais sinais poderiam passar de forma despercebida sem o desencadeamento de intervenção apropriada. Algum tempo depois, o grupo poderia ser informado que essa pessoa evoluiu para uma condição de maior imobilidade, com comprometimento muscular significativo que ocasionou uma queda com fratura, sendo necessário hospitalizá-la para cirurgia e, dado seu estado de saúde mais fragilizado, evoluiu para complicações pós-cirúrgicas culminando com um importante comprometimento funcional sendo necessária a contratação de um cuidador permanente para acompanhá-la. Isso mostra que a atenção e atuação pró-ativa dos profissionais que atuam com as pessoas idosas podem fazer a total diferença entre envelhecer com qualidade ou prolongar uma existência com incapacidades evitáveis.

Conclusões

A fragilidade representa uma área de estudo em expansão de interesse para clínicos e pesquisadores. A complexidade da síndrome é, no entanto, um desafio para todos. Esse desafio advém do caráter multidimensional da fragilidade que torna complexa a elaboração de uma única definição. Embora exista um entendimento sobre o impacto da

síndrome para a vida pessoal, familiar e social dos idosos, as diferentes definições na literatura indicam que há dificuldade para se alcançar um consenso. Atualmente, o conhecimento sobre o tema propicia as seguintes considerações:

1. a fragilidade é um fenômeno clínico que está associado à idade mas não se apresenta de maneira uniforme no envelhecimento;
2. a fragilidade é uma síndrome decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos, sociais e sociais, ao longo do curso de vida, que pode ser identificada precocemente;
3. representa um *continuum* resultante do impacto de déficits em múltiplos sistemas, principalmente no sistema neuroendócrino, imunológico e músculo-esquelético, que provoca alteração na homeostase e o conseqüente desencadear de efeitos adversos (declínio da capacidade funcional, institucionalização, incapacidade e morte)
4. é uma condição progressiva porém com potencial para prevenção e tratamento dos sintomas.

A relação entre os fatores citados indica que a fragilidade seria uma condição precursora do declínio funcional, resultando em condições adversas, na hospitalização recorrente, na institucionalização e, ainda, na antecipação da morte.

Fried *et al* (2001) afirmam que o fenótipo e o ciclo não são suficientes para explicar os mecanismos biológicos que provocam a redução da competência sistêmica na homeostase, pois, as bases fisiológicas de risco para a fragilidade poderão ser entendidas a partir de estudos que enfoquem as alterações nos múltiplos sistemas e o declínio de reserva energética decorrente do envelhecimento.

Referências Bibliográficas

BORTZ, W.M. A conceptual framework of frailty: a review. **J Gerontol A Biol Sci Med**, v.57,2002. p.M283-88.
 ESPINOZA, S.; WALSTON, J. Frailty in older adults: insights and interventions. **Cleveland Clin J Med**. v.72, n.12, 2005. p.1105-12
 FRIED, L.P. *et al*. From bedside to bench: research agenda for frailty. **Sci Aging Knowl Environ**, v.2, n.31, 2005. p.24.
 FRIED, L.P. *et al*. Frailty in older adults: evidence for a phenotype **J Geront**. v.56, n.3, 2001. p.M146-56.
 FRIED, L.P.; WALSTON, J. Frailty and failure to thrive. In: HAZZARD, W. *et al*. (eds). **Principles of geriatric medicine and Gerontology**. New York: MacGraw-Hill, 1999. Chapter 109, p.1387-1402. 4th ed.
 FRIED, L.P.; WALSTON, J. Frailty and failure to thrive. In: HAZZARD, W.; BLASS, J.P.; HALTER, J.B.; OUSLANDER, J.G.; TINNETI, M.E. (eds). **Principles of geriatric medicine**

and gerontology. 5th ed. New York: McGraw-Hill. Chapter 116, 2003. p.1487-1502.

Approach to the frail elderly patient. In: **Kelley's Textbook of Internal Medicine**. Lippincott, 2000. 4th ed. HAMERMAN D. Towards on understanding of frailty. **Ann. Int. Medicina**, v.130, 1999. p.945-950.

LIPSITZ, L. Dynamics of stability: physiologic basis of functional health and frailty. **J Gerontol Biol Sci Med**, v.57, n.3, 2002. p.115-25.

MARKLE-REID, M.; BROWNE, G. Conceptualization of frailty in relation to older adults. **J Adv Nurs**. v.44, n.1, , 2003. p.58-68.

MORLEY, J. *et al*. Something about frailty. **J Geront**. v.57A, n.11, 2002. p.M698-704.

ROCKWOOD, K. Frailty and its definition: a worthy challenge. **J Am Ger Soc**. v.53, n.6, 2005a. p.1069.

What would make a definition of frailty successful? **Age and Ageing**. n.34, 2005b. p.432-34.

et al. Conceptualization and measurement of questions for a research agenda. **Basic Appl Byol**. v.13, n.4, p. 203-8, 2003.

SPEECHLEY, M; TINNETI, M. Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. **J Am Geriat Soc**. v.39, n.1, 1991. p.46-52.

STRAWRIGDE, W.J. *et al*. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. **J Geront Bio Psyc Sci Soc**. v.53, n.1, 1998.p.S9-16.

SYDDALL, H. *et al*. Is grip strength a useful single marker of frailty? **Age and Ageing**. v.32, n.6, 2003. p.650-6.

TEIXEIRA, I.N.A.O. **Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional**. [Dissertação] Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. Campinas (SP), 2006.

TEIXEIRA, I.N.A.O; NÉRI, A.L. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.; DOLL, J.; GORZONI, M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2^a ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2006, p.1102-9.

WATT JH; VAN DEN BERG S. Elements of scientific theories: concepts and definitions. In: Research methods for communication science. Boston:Allyn and Bacon, Chapter 2, p.11-22, 2002.

WINOGRAD C; GERETY M; CHUNG M; GOLDSTEIN M; DOMINGUEZ F; VALLONE, R. Screening for frailty:criteria and predictors of outcomes. **J Am Geriat Soc**, v.39, n.8, 1991.p.778-84.

WOO, J.; GOGGINS, W.; SHAM, A. Social determinants of frailty. **Gerontology**, v.51, 2005. p.402-408.

Programa “Acompanhante de Idosos”

Marília Anselmo Viana da Silva Berzins¹
Sérgio Márcio Pacheco Paschoal²

A Cidade de São Paulo, com 11 milhões de habitantes e territórios díspares, é onde convivem comunidades rurais, população em exclusão social, moradores em situação de rua, aldeias indígenas, residentes em área de contaminação ambiental e populações extremamente urbanizadas, todos expostos aos mais diversos indicadores sociais e de saúde, representando um verdadeiro desafio, quando se trata de implementar, ordenar e qualificar o setor saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), política pública de saúde, tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequada.

É nesse cenário de uma grande metrópole que a população idosa paulistana se insere. Ela representa um expressivo e significativo número. Já são mais de 1.200.000 (11,4%) pessoas maiores de 60 anos que se distribuem pelo território paulistano. A cidade de São Paulo organiza-se, para responder às crescentes demandas dessa população que envelhece. As diretrizes das políticas públicas para esse segmento requerem estratégias para garantir condições de autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa na sociedade, reafirmando o seu direito à vida, à saúde e à dignidade.

A Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa é responsável pela formulação e acompanhamento das políticas públicas que respondam às necessidades de saúde da população idosa paulistana. Suas ações se fundamentam nos principais marcos legais vigentes. Destaca-se o Estatuto do Idoso (Lei 10.741) (BRASIL, 2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria 2.528) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Ambos os instrumentos legais priorizam uma atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população idosa, requerendo diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequados às distintas fases do

envelhecimento, bem como os graus de incapacidades. As ações devem estar baseadas na atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna.

Com o crescente número de pessoas idosas que necessitam de ajuda para viverem com autonomia e independência na comunidade, torna-se imprescindível que o poder público e a sociedade se debrucem sobre a questão das pessoas incapacitadas e vulneráveis, promovendo o desenvolvimento de novas tecnologias e políticas públicas, na perspectiva de atenção comunitária. Uma das ações desenvolvidas para o atendimento dessas necessidades da população idosa é o **Programa Acompanhante de Idosos**, desenvolvido pela Secretaria Municipal da Saúde desde o ano de 2004. Inicialmente o projeto piloto era desenvolvido apenas na região da Santa Cecília e na Mooca. Atualmente, o Programa está adensado em todas as áreas geográficas das cinco (Centro-Oeste, Sul, Sudeste, Leste e Norte) Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) da cidade. A prática e os resultados já evidenciados nos oferece condições de defini-lo como uma importante e eficiente opção de atendimento a pessoas idosas em situação de fragilidade e vulnerabilidade social. Também evidencia a responsabilidade e o compromisso do gestor da política de saúde na oferta de políticas públicas para a população que envelhece. Os objetivos específicos priorizados no Programa são os seguintes:

- Promover assistência integral à saúde da população idosa descrita, objetivando desenvolver o autocuidado, a autonomia, a independência e a melhoria do estado de saúde;
- Evitar, ou adiar a institucionalização e oferecer condições a essa população de uma vida mais autônoma e de melhor qualidade;
- Promover a quebra do isolamento e exclusão social;
- Formar, acompanhar e dar suporte técnico a acompanhantes de idosos (AI's), para atender a população idosa descrita, em seu domicílio e/ou na cidade.

O Programa Acompanhante de Idosos é uma modalidade de cuidado domiciliar destinado a pessoas idosas em situação de fragilidade e vulnera-

¹ Assistente Social, Doutora em Saúde Pública e Integrante da Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. Contato: mberzins@superig.com.br

² Médico Geriatra, Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Coordenador da Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Contato: spaschoal@gmail.com

bilidade social com dependência funcional visando o provimento do apoio e suporte nas Atividades de Vida Diária (AVD) e das demais necessidades de saúde e sociais. As ações são desenvolvidas por uma equipe composta de um coordenador (assistente social), um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, um motorista, um auxiliar administrativo e 10 acompanhantes de idosos, num total de 17 profissionais por equipe.

Os acompanhantes são os profissionais cuidadores que realizam atividades sistemáticas nos domicílios dos idosos. Cada acompanhante tem sob seus cuidados até 10 idosos e cada ação desenvolvida é definida pelo Plano de Cuidados estabelecido pela equipe de trabalho, mediante a avaliação das necessidades de saúde e sociais dos idosos matriculados no Programa.

As atribuições dos acompanhantes de idosos estão definidas em protocolo específico do Programa. Todas as atividades são supervisionadas pela equipe de trabalho, sendo esse um diferencial do Programa que acompanha e avalia sistematicamente as ações dos acompanhantes. São exemplos das atividades:

- Realizar acompanhamento domiciliar de população idosa frágil e vulnerável de um determinado território, com agravos no campo da saúde, decorrentes de: fragilidade, senilidade, dependência funcional, transtorno e/ou deficiência mental, rede social e familiar precária, risco de institucionalização;
- Desenvolver ações de prevenção e promoção à saúde, visando à melhoria da situação de saúde da população idosa usuária do Programa;
- Participar de reuniões com a Equipe de Trabalho do Programa e com a Unidade de Saúde onde o usuário é vinculado para trocar informações, receber apoio, orientação e parâmetros para o acompanhamento, revendo o Plano de Cuidados sempre que necessário. A qualidade deste relacionamento é fundamental para um bom aproveitamento deste recurso;
- Estar junto e oferecer companhia e apoio aos idosos usuários, através da escuta, de conversas e de atividades externas, de lazer e comunitárias, respeitando os valores, as crenças e a privacidade da pessoa atendida;
- Oferecer ajuda nas atividades de cuidados com a saúde (consultas, exames, exercícios físicos e respiratórios, reabilitação etc.), acompanhando o usuário, se necessário;

- Verificar o uso correto da medicação prescrita;
- Oferecer ajuda no cuidado com a higiene ambiental e pessoal, observando os fatores de risco à saúde e à integridade física e buscando alternativas de solução, se necessário;
- Oferecer ajuda em atividades externas, como por exemplo: passeios, ida a supermercado, farmácia, benefício social, banco, atividades comunitárias etc.;
- Promover, sempre, a independência e autonomia do usuário, estimulando a participação e decisão nas atividades da vida diária, de auto-cuidado, de lazer e comunitárias;
- Verificar a ocorrência de violência e maus tratos e comunicar à equipe de trabalho para providências.

O Programa Acompanhante de Idosos é vinculado a uma Unidade de Saúde da Rede Básica de Atenção, incluindo Unidade Básica de Saúde (UBS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), ou Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI), fazendo parte, portanto, da rede de serviços em saúde. Atualmente, são 14 equipes localizadas nas seguintes unidades de saúde:

- UBS José Magaldi – CRS Centro-Oeste
- UBS Pari – CRS Sudeste
- UBS Vila Romana – CRS Centro-Oeste
- UBS José Toledo Piza – CRS Norte
- UBS Comendador José Gonzalez – CRS Sudeste
- UBS Vila Jacui – CRS Leste
- UBS Nossa Senhora do Brasil – CRS Centro-Oeste
- UBS São Vicente de Paula – CRS Sudeste
- UBS Boraceia - CRS Centro-Oeste
- UBS JAE – CRS Norte
- UBS Vila Bertioga – CRS Sudeste
- Unidade de Referência de Saúde do idoso (URSI) – CRS Sul
- Unidade de Referência de Saúde do Idoso (URSI) - CRS Centro-Oeste

Dois parceiros são responsáveis pelo desenvolvimento do Programa: a Associação Saúde da Família e o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto. A Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa faz a supervisão técnica das atividades desenvolvidas, em conjunto com as Coordenadorias Regionais de Saúde. Atualmente, 2400 idosos estão cadastrados e 900 deles estão incluídos no Programa.

As pessoas idosas atendidas pelo Programa são na sua grande maioria mulheres (72%) e mais de 50% são maiores de 80 anos. São pessoas que residem sozinhas ou são casais de idosos que apresentam

situações de isolamento social, ausência ou precários vínculos familiares.

O Programa Acompanhante de Idosos é reconhecido como um programa exemplar e inovador. No decorrer do seu desenvolvimento, foi objeto de apresentação em congressos, seminários, mesas-redondas e teve sua experiência publicada em diversos locais, sendo a experiência divulgada em jornais, revistas, televisão e rádio. Destacamos os seguintes reconhecimentos públicos, que valorizam a eficiência e a eficácia do Programa:

- Concurso Banco Real Talentos da Maturidade – 9ª edição, na categoria Programas Exemplares, no ano de 2007, como um dos cinco projetos vencedores de todo o território nacional. O Banco Real destinou em 2008 e 2009 recurso financeiro para o Programa.
- Uma das 20 experiências exitosas do SUS, reconhecida no XXIV Congresso Nacional das Secretarias Municipais e no V Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura da Paz, realizados em Belém-PA, no período de 08 a 11 de abril de 2008.
- Menção honrosa, outorgada pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS/SP), no XXII Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, realizado de 25 a 29 de março de 2008, na cidade de Bauru, SP.

O Programa Acompanhante de Idosos tem se revelado como estratégia valiosa no campo da saúde, na garantia da acessibilidade, equidade e atenção integral às pessoas idosas em situação de fragilidade. Ele oferece ainda o estabelecimento de uma efetiva relação de troca. A qualidade desta relação tem permitido a intervenção em várias situações do dia a dia dos usuários que, no geral, mostram uma maior disposição e disponibilidade para o cuidado e o auto-cuidado e maior aderência ao tratamento.

É inovador ao responder as necessidades de cuidado das pessoas idosas que moram sozinhas. Rompe com a exclusão social que os idosos se encontravam e favorece a re-inserção social, além de postergar ou evitar a institucionalização dos idosos em instituições asilares. O Programa esta plenamente em acordo com as políticas públicas brasileiras de proteção e atenção à pessoa idosa ao oferecer a melhoria da auto-estima e conseqüentemente, maior independência nas atividades de vida diária.

Podemos concluir que o Programa Acompanhante de Idosos é de fácil tecnologia social e possível de

ser implementado em outras localidades. Ele aponta para o compromisso da gestão pública em colaborar para que pessoas idosas em situação de fragilidade possam permanecer pelo maior tempo possível na sua comunidade, exercendo seus direitos de cidadania e, sobretudo, oferecendo condições para que tenham uma velhice digna.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei 10.741 - Estatuto do Idoso. Brasília, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.528 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

Campanha de vacinação de idosos e levantamento de dados para o sistema local de informações do SUS

Francisco Carlos Brito¹
Tereza Etsuko da Costa Rosa²
Agnes Reymi³
Eliete Ramos³
Gisele Sayuri Suzuki³
Paula Tiemi Nishitani³
Pedro Henrique Montes³
José Luiz Aziz⁴

Abordagem multidimensional da avaliação da pessoa idosa

Paralelamente às mudanças no perfil demográfico brasileiro, informações epidemiológicas sobre as condições de saúde dos idosos do país têm crescido nos últimos vinte anos (RAMOS, 1987; VERAS, 1994; RAMOS *et al.*, 1993; COELHO FILHO E RAMOS, 1999; LIMA COSTA *et al.*, 2000, LEBRÃO; LAURENTI, 2005). Entretanto, as atividades de vigilância à saúde pública no monitoramento da situação de saúde e de gestão dos serviços dependem de permanente atualização das informações e estas, devem ser de boa qualidade e com disponibilidade oportuna (MOTA; CARVALHO, 1999). Além disso, a nova realidade de reorganização do sistema de saúde, a partir do processo de descentralização, exige um aprimoramento da aplicação dos conhecimentos da epidemiologia com vistas à adequação do desempenho dos serviços locais de saúde.

Dentro da prática gerontológica e geriátrica a abordagem multidimensional vem sendo considerada um importante subsídio para a construção de instrumentos de avaliação de idosos e tem se mostrado superior no estabelecimento de bases para estrat

tégias de prevenção e promoção da saúde dessa população, assim como na formulação de políticas sociais visando as suas necessidades (FILLENBAUM, 1984; ROSA *et al.*, 2003).

Nesse âmbito, por um amplo consenso de especialistas da área, medidas de três áreas – saúde física, saúde mental e capacidade funcional⁵ têm sido incluídas em estudos epidemiológicos que levam em consideração uma avaliação multidimensional de populações idosas (RAMOS, 2003).

Considerando-se a importância de se realizar estudos epidemiológicos, sistemáticos, freqüentes e com indicadores específicos de populações idosas com vistas a subsidiar as políticas de saúde para este grupo etário, o objetivo deste trabalho consiste em propor indicadores multidimensionais, levantar questões sobre os limites e possibilidades da utilização deste tipo de levantamentos de dados em campanhas de vacinação, bem como em expor uma discussão de possíveis ações de saúde para a população idosa a partir de resultados de uma pesquisa realizada durante uma campanha anual de vacinação dos idosos em Santo André.

Coleta de dados em uma campanha anual de vacinação de idosos

A coleta de dados foi realizada durante a campanha de vacinação antigripal de 2006, ocorrido entre os dias 24 de abril e 12 de maio, no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina do ABC no município de Santo André em São Paulo.

¹ Médico, Doutor em Ciências e Pós-Doutorado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo. Contato: fcbrito@uol.com.br

² Mestre e Doutora pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: tererosa@isaude.sp.gov.br

³ Graduados em Medicina pela Faculdade de Medicina do ABC.

⁴ Doutor em Cardiologia pelo INCOR da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Professor de Cardiologia da Faculdade de Medicina do ABC. Contato: cardioaziz@cardioaziz.com.br

⁵ A capacidade funcional é mensurada por meio do desempenho nas atividades da vida diária (AVD).

Os idosos que compareceram para se vacinar num determinado dia, escolhido casualmente, e que concordaram participar da pesquisa foram entrevistados por estudantes do quarto ano de medicina daquela Faculdade, devidamente treinados para a tarefa.

O questionário foi construído com os seguintes itens:

- 1) características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, endereço, e telefone para contato);
- 2) auto-avaliação da saúde; avaliada com a pergunta: "Em geral o(a) senhor(a) diria que a sua saúde é: ótima, boa, má, péssima?";
- 3) A saúde física foi investigada, de modo auto-referido, por meio de uma lista de 12 doenças crônicas comuns nos idosos: "reumatismo, asma e bronquite, hipertensão arterial, varizes, diabetes, obesidade, acidente vascular cerebral (derrame), incontinência urinária, constipação intestinal (3 ou mais dias), problemas para dormir (insônia), catarata, problemas de coluna". Os idosos respondiam se as doenças referidas haviam sido confirmadas por um médico nos últimos seis meses;
- 4) Escala de Depressão Geriátrica - GDS (Yesavage; Sheikh, 1986). Utilizou-se a versão reduzida com 15 itens, traduzida e validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999) e por Paradela et al. (2005), com a pontuação igual a 6 ou maior para indicar suspeita de depressão;
- 5) Mini-exame do Estado Mental (MMSE) (Folstein et al., 1975). Seguiram-se as sugestões de Brucki et al. (2003), com pontos de corte propostos por Almeida (1998), indicando a presença de um possível quadro demencial uma pontuação igual ou menor que 19 ou 23, para idosos sem escolaridade e com alguma escolaridade, respectivamente;
- 6) Escala de Atividades da Vida Diária (Katz et al., 1972; Lawton; BRODY, 1975), composta por uma lista de 13 atividades (tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, levantar/deitar, controle esfinteriano, alimentar-se, usar o telefone, viajar, fazer compras, preparar refeições, trabalhos domésticos, medicar-se, pagar contas) onde o idoso respondia se realizava cada uma delas "sem ajuda", "com ajuda" ou se era "incapaz" de realizá-las.

As escalas utilizadas neste inquérito se encontram validadas para a população brasileira desta faixa etária, é de fácil aplicação e não demandam longa permanência do idoso na unidade. A vantagem do uso de escalas validadas é a comparabilidade dos

resultados obtidos, facilitando o estabelecimento, a partir de bases técnicas, de medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de agravos à saúde específicos. Além disso, a coleta e análise sistemática dessas informações permitirão avaliar o impacto das medidas de intervenção.

Resultados

– Informações demográficas:

Oitenta e duas pessoas idosas participaram do estudo sendo que 47 eram mulheres, o que representa 57,3%, e pouco mais da metade desses idosos (56,1%) contava com idade igual ou inferior a 69 anos. A maior proporção de mulheres nesta população chama a atenção para a chamada "feminização de velhice" e salienta a relevância da capacitação dos serviços de saúde para uma assistência integral às mulheres nessa faixa etária.

– Avaliação subjetiva da saúde:

Uma expressiva maioria (78,5%) avaliou positivamente a sua saúde (como boa ou excelente), embora porção significativa (21,5%) tenha avaliado insatisfatoriamente (ruim ou muito ruim). Diversos estudos têm mostrado autoavaliações pessimistas de saúde como boa preditora de internação e institucionalização (WEINBERGER, 1986), de declínio da capacidade funcional (ROOS e HAVENS, 1991), de mortalidade (PIJLS, 1993), bem como associadas com sintomas depressivos (LIMA-COSTA, 2004), entre outras associações.

– Doenças cardiocirculatórias e ligadas à Síndrome metabólica:

As respostas às 13 condições crônicas mostrou que aproximadamente metade (51,2%) era portadora de 4 ou mais doenças e que mais de um terço (36,6%), de duas a três das condições listadas. Somente 10 idosos (12,2%) referiram não ter nenhuma ou ter apenas uma das condições crônicas investigadas. A hipertensão arterial (HA) (59,8%) e varizes (54,9%) foram a primeira e a terceira, respectivamente, das doenças mais frequentemente referidas pelos entrevistados. Tome-se a alta prevalência de HA e acrescente-se a ela as prevalências de diabetes (20,7%) e obesidade (15,9%) e pode-se presumir que exista uma alta prevalência da síndrome metabólica, definido como presença de três ou mais das seguintes condições, HA, diabetes, obesidade, colesterol protetor baixo, triglicéride alto. A evolução desse possível cenário de altas prevalências da referida síndrome deve ser acompanhada por todos os profissionais que assessoram ou decidem a respeito

das ações a serem implementadas, tendo em vista a assistência integral à saúde desta população, pelo seu alto risco para o desencadeamento das doenças cardiocirculatórias (FORD, 2002).

– **Outras doenças:**

Dentre as outras condições crônicas que foram referidas chamam a atenção às elevadas prevalências de queixas de problemas de coluna (56,1%) e de insônia (45,0%). Os problemas na coluna podem indicar complicações (fraturas patológicas) de distúrbios osteoarticulares tratáveis como a osteoporose. A insônia pode estar associada a um quadro depressivo, como alguns estudos vêm demonstrando (GAZALLE, 2004). Esses agravos têm impacto incapacitante nas atividades da vida diária e, portanto, podem ser tomados como indicadores de um possível declínio da capacidade funcional. Nessa perspectiva, não podemos negar o conhecimento de que determinadas pessoas que adquiriram alguma incapacidade em certas circunstâncias podem retornar à vida independente (SAUVEL *et al.*, 1994). Portanto, faz-se necessário apontar que a atenção primária deve estar planejada de modo atuar em ações preventivas para evitar ou postergar ao máximo a ocorrência da incapacidade, mas também a rede de serviços à atenção a pessoas idosas deve estar preparada no sentido de recuperar eventuais declínios na capacidade funcional, tendo como sinais os referidos agravos.

A constipação intestinal referida por um terço dos idosos entrevistados, muitas vezes, é negligenciada por ser muito frequentemente referida por pessoas com mais de 65 anos. Não obstante, em geral, ela está associada a hábitos alimentares inadequados, que pode ser melhorada, ao uso crônico incorreto de alguns medicamentos (antidepressivos tricíclicos, antiinflamatórios não hormonais) e a doenças como a neuropatia autonômica diabética, hipotireoidismo e Parkinson, que favorecem essa disfunção orgânica.

– **Saúde Mental:**

Em relação ao teste de rastreamento para queixas de sintomatologia depressiva, 29,6% foi considerado possível caso de depressão, e 39,2% de casos com perdas cognitivas compatíveis com o déficit cognitivo. Se considerarmos os idosos com 70 anos ou mais, esses percentuais se elevam significativamente para 42,9% e para 58,3%, para a depressão e para o déficit cognitivo, respectivamente. Estudos anteriores confirmam que a incidência de quadros depressivos e demenciais se eleva com o avançar da idade e mostram que, associada a esses quadros, existe um

aumento da incapacidade e da mortalidade (RAMOS, 2005). Portanto, essas avaliações adquirem importância estratégica para o planejamento das ações de saúde.

– **Capacidade funcional:**

A maioria dos idosos (56,1%) respondeu ser capaz de realizar totalmente as atividades da vida diária, todavia, aproximadamente 20% respondeu precisar de ajuda, parcial ou total, para realizar de 1-3 atividades diárias e 12,2%, de 3 a 4 atividades e a mesma proporção, 4 ou mais atividades. Sabe-se que a capacidade funcional diminui à medida que aumenta a idade e nesse sentido observamos que até os 69 anos somente um idoso respondeu ter dificuldades em realizar 4 ou mais atividades da vida diária, entretanto, entre os idosos com mais de 70 anos, o número salta para 19, significando que mais da metade dos idosos deste grupo etário (52,8%) apresentava dificuldades em 4 ou mais atividades da vida diária. Com fundamento na hipótese da perda progressiva das capacidades, das atividades mais complexas (fazer compras, preparar refeições, medicar-se, pagar contas, fazer trabalhos domésticos usar o telefone e viajar) para as mais básicas (alimentar-se, vestir-se, tomar banho e ir ao banheiro em tempo), pode-se imaginar que a independência e a autonomia das pessoas com 70 anos ou mais apresentam-se bastante comprometidas, pelo menos no que diz respeito à sua capacidade de se manter em seu domicílio, de forma independente e autônoma, e à participação social. Aqui se pode ter uma idéia do nível em que as doenças ou agravos estão impedindo o desempenho de várias atividades de vida diária dessas pessoas, principalmente daquelas com mais de 70 anos. Portanto, cabem aos serviços de saúde um planejamento específico levando em consideração as especificidades deste grupo etário.

Considerações finais

Apesar de termos uma das mais baixas expectativas de vida saudável após os sessenta anos, comparada a de países como México ou Argentina, em 2003, os sexagenários no Brasil esperavam viver mais 9,4 anos (homens) ou 13 anos (mulheres) (IPEA, 2008). “O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Dentro dessa perspectiva, o Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromissos pela Saúde constituído por três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Entre as seis prioridades pactuadas no segundo eixo, a saúde da pessoa idosa figura entre as pactuadas, o que pode vir a contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com qualidade de vida.

Ainda nesse âmbito, o Ministério da Saúde elaborou em 2006 um número destinado a essa população, "Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa", entre os "Cadernos de Atenção Básica", que oferece subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica.

Entretanto, a forma de organização dos serviços tem buscado, em geral, atender à "demanda espontânea", o que vem sofrendo críticas quanto à sua incapacidade de alterar significativamente os níveis de saúde da população (PAIM, 1999).

É nessa perspectiva que não podemos entender que o objetivo deste tipo de levantamento de dados aqui proposto se encerra na mera coleta e análise das informações. Queremos apontar uma alternativa de conhecer as necessidades de saúde da população idosa num dado território e tendo o método epidemiológico como ferramenta identificar fatores de risco das doenças que afetam mais frequentemente esta população e grupos mais vulneráveis a determinados agravos à saúde. Essa contribuição da epidemiologia pode tornar possível o desenvolvimento de programas mais eficientes, permite maior impacto das ações implementadas e voltadas à assistência integral à saúde (WALDMAN; ROSA, 1998). Por exemplo, como vimos anteriormente na amostra de Santo André, apoiados no método epidemiológico, pudemos identificar o grupo etário de 70 anos e mais como mais vulnerável à depressão, a perdas cognitivas e a um declínio da capacidade funcional. Uma atenção redobrada a esses agravos dentro dessa faixa etária deveria constar entre as atribuições específicas dos agentes comunitários de saúde, no atendimento à saúde da pessoa idosa em Santo André.

A campanha anual de vacinação antigripal pode ser um momento privilegiado, em todo o país, para se realizar levantamentos das condições de saúde dos idosos, visando organizar e planejar a demanda das múltiplas necessidades de cuidados para esta

população, à semelhança do Projeto "Amamentação e Municípios" (AMAMUNIC)⁶ que, há mais de dez anos, obtém, através de levantamentos epidemiológicos realizados em campanhas de vacinação, indicadores confiáveis da prática de alimentação infantil, com vistas ao desenho e avaliação de intervenções apropriadas.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr**; 57 (2-B), 1999. p.421-426.
- ALMEIDA, O.P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr** 56(3-B), 1998. p.605-612.
- ALVES, L.C.; RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Pan Am J Public Health** 17, 2005. p.333-341.
- BRITO, F.C. **Estudo populacional de idosos residentes em área urbana do município de São Paulo: determinantes da auto-avaliação da saúde.** Tese [Doutorado]. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina /Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2003.
- BRUCKI, S.M.D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P.H.F.; OKAMOTO, I.H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, 61(3-B), 2003. p.777-781.
- COELHO FILHO, J.M.; RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 1999. p. 445-453.
- FILLENBAUM, G.G. **The wellbeing of the elderly: approaches to multidimensional assessment.** Geneva: WHO; 1984. p. 9-22.
- FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatric Res**, 1975
- FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Índice de envelhecimento do Estado de São Paulo 1980-2006.** Acessado em 17.2.2009. Disponível em: www.seade.gov.br.
- GAZALLE, F.K.; LIMA, M.S.; TAVARES, B.F.; HALLAL, P.C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, 38, 2004. p.365-371.
- IBDE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico.** Rio de Janeiro: 2000. 11^o Recenseamento Geral do Brasil; 2001.
- _____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980-2050**, revisão 2008. Rio de Janeiro: 2008. (IBGE – Série Estudos e Pesquisa, 24.
- _____. **Síntese de Indicadores Sociais - 2007.** Rio de Janeiro; 2008.
- KATZ, S.; FORD, A.B.; MOSKOWITZ, R.W.; JACKSON, B.A.;

⁶ O Projeto Amamentação e Municípios surge em 1998 e foi concebido no Instituto de Saúde, sob coordenação da Dra Sonia Venancio, com o objetivo de fazer do inquérito um instrumento para o gestor refletir, planejar e avaliar as ações para apoio e incentivo da prática do aleitamento materno em seu município. Um dos requisitos para a concretização desse objetivo, é a adesão espontânea do município à proposta. Disponível em <http://www.isaude.sp.gov.br/amamu/historico.html>; (acesso em 09 mar 2009)

- JAFFE, M.W. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biologic and psychosocial function. **JAMA**, 185, 1963. p.914-919.
- LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, 9, 1969. p.179-186.
- LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 8, 2005. p.127-41.
- LIMA-COSTA, M.F.F. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe epidemiológico do SUS**, 9(1), 2000. p.23-41.
- LIMA-COSTA, M.F.; FIRMO, J.O.A.; UCHOA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. São Paulo: *Revista de Saúde Pública*, 38, 2004. p.827-834.
- MATIJASCIC, M.; DIAS, M.P.P. Terceira idade e esperança de vida: o Brasil no cenário internacional. Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas. Brasília, **Comunicado da presidência** n. 8, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; **Cadernos de Atenção Básica**, nº19, DF; 2006.
- _____. **Portaria nº 399** que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, nº 39. Diário Oficial da União, 23/02/2006.
- MOTA, E.; CARVALHO, D.M. Sistema de informação em saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda, 1999. p.505-521.
- PARADELA, E.M.P.; LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev Saúde Pública**, 39, 2005. p.918-923.
- PIJLS, L.T.J.; FESKENS, E.J.M.; KROMHOUT, D. Self-rated health, mortality and chronic disease in elderly men. The Zutphen Study, 1985-1990. **Am J Epidemiol**, 138, 1993. p.840-848.
- RAMOS, L.R.; ROSA, T.E.C.; OLIVEIRA, Z.M.; MEDINA, M.C.G.; SANTOS, F.R.G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**, 27, 1993. p.87-94.
- RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. São Paulo. **Cad Saúde Pública**, 19, 2003. p.793-798.
- ROOS, N.P.; HAVENS, B. Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. **Am J Public Health**; 81, 1991. p.6308.
- ROSA, T.E.C.; BENÍCIO, M.H.A.; LATORRE, M.R.D.; RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública**, 37, 2003. p.40-48.
- SAUVEL, C.; BARBERGER-GATEAU, P.; DEQUAE, L.; LETENNEUR, DARTIGUES, J.F. Facteurs associés à l'évolution à un an de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant à leur domicile. **Rev Epidémiol Santé Publique**; 42, 1994. p.13-23.
- VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos, a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- WAINBERGER, M.; DARNELL, J.C.; TIERNEY, W.M.; MARTZ, B.L.; HINER, S.L.; BARKER, J.; NEILL, P.J. Self-rated health and physical disability in elderly survivors of a major medical event. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, 51, 1996. p.96-104.
- WALDMAN, A.E.; ROSA, T.E.C. **Vigilância em Saúde Pública**. São Paulo: Editora Fundação Peirópolis Ltda, 1998, volume 7.
- YESAVAGE, J.A.; BRINK, T.L.; ROSE, T.L.; LUM, O.; HUANG, V.; ADEY, M. *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiat Res**, 17, 1985. p.37-49.

Atenção secundária em serviços de referência

Carlos André Uehara¹

Claudio Luiz Espin²

Giselle Helena de Paula Rodrigues³

Priscila Tesini Brasil Bueno⁴

Panorama atual

Nas últimas décadas, a maioria dos países ocidentais experimentou melhoras em atenção de saúde, que se traduziram em aumento de expectativa de vida. As alterações na estrutura demográfica decorrentes do envelhecimento populacional são acompanhadas de importantes mudanças epidemiológicas, com o acúmulo de doenças crônicas não transmissíveis e suas seqüelas. Até meados do século passado, as principais causas de morte eram as doenças infecciosas e parasitárias, nos dias de hoje, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morbi-mortalidade em indivíduos acima de 50 anos de idade e as doenças osteoarticulares, as que causam maior dependência e piora da qualidade de vida, devido à dor crônica (BERQUÓ, 1996).

Em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, o envelhecimento populacional apresenta-se como um grande desafio de saúde pública. Nos Estados Unidos, a proporção de indivíduos com mais de 65 anos era de 12,6% em 1990, e chegará a 17,7% em 2020. No Brasil, esse envelhecimento populacional é mais evidente, sendo que, no início do século, os idosos constituíam apenas 3,3% da população total, subindo para 5,1% em 1970 e 7,1% em 1991. Para 2025, projeta-se uma proporção de 15% de idosos no Brasil. Entre os anos de 2000 e 2020, espera-se um aumento de 100% na proporção de indivíduos com idade entre 60 e 79 anos, e um aumento de 300% de indivíduos com mais de 80 anos (IBGE, 2008).

De modo geral, existe carência de informações epidemiológicas abrangentes a respeito do desenvolvimento e prevenção de doenças em idosos e, provavelmente, o melhor entendimento do papel dos fatores de

risco e a evolução das doenças poderão permitir uma adequação da abordagem preventiva e terapêutica nesta faixa etária (GEBARA; RODRIGUES, 2004).

Peculiaridades do envelhecimento

A heterogeneidade é uma característica muito particular do envelhecimento. Assim como há idosos institucionalizados, com uma série de incapacidades e doenças, há ainda, num outro extremo, idosos, da mesma faixa etária, ativos e absolutamente independentes. Esta diferença deve-se principalmente à presença das co-morbidades, que têm papel fundamental na qualidade de vida do idoso (RODRIGUES; NUSSBACHER, 2005).

Dentre as co-morbidades mais prevalentes entre os idosos, podemos citar obesidade/baixo peso, disfunção tireoidiana, hipertensão arterial, depressão, déficit cognitivo, incontinência urinária e quedas.

Em 2003, Cabrera demonstrou, com seus estudos, que o baixo peso é fator de risco para mortalidade total. Além disso, diferente do que se esperava, mais importante que o índice de massa corpórea, a obesidade central (relação cintura-quadril) é que aumenta o risco de morte em mulheres idosas (CABRERA *et al.*, 2004). A doença tireoidiana é muito freqüente na população idosa, principalmente entre as mulheres. Verifica-se que 70% do total de acometidos por hipotireoidismo têm mais de 50 anos e que 57% dos pacientes com hipertireoidismo são idosos. A doença tireoidiana subclínica é menos conhecida. Estima-se que 17,5% das mulheres idosas apresentam hipotireoidismo subclínico e 1 a 5% dos idosos, o hipertireoidismo subclínico (RODRIGUES; RAYS, 2005).

A hipertensão arterial é uma das morbidades mais freqüentes nos maiores de sessenta anos, cerca de 2/3 dos idosos são hipertensos e sua prevalência aumenta com a idade. No Brasil, seu controle inadequado está relacionado aos altos índices de mortalidade por acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio (MIRANDA, 2005).

¹ Geriatra e Gerente Médico do Centro de Referência do Idoso da Zona Norte de São Paulo (CRINORTE – CSC/OSS). Contato: carlos.uehara@crinorte.org.br

² Administrador Hospitalar e Diretor Executivo do Centro de Referência do Idoso da Zona Norte de São Paulo (CRINORTE – ACSC/OSS).

³ Cardiologista, Médica da Unidade de CardioGeriatría do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas de São Paulo e Coordenadora da Equipe de Cardiologia do Centro de Referência do Idoso da Zona Norte de São Paulo (CRINORTE – ACSC/OSS).

⁴ Geriatra e Coordenadora da Equipe de Geriatria do Centro de Referência do Idoso da Zona Norte de São Paulo (CRINORTE – ACSC/OSS).

Estudos epidemiológicos recentes demonstram que a depressão não é tão comum, como havia de se esperar, entre os idosos. O que se verifica com o envelhecimento é o aumento da prevalência de sintomas depressivos que, per si, não definem depressão (TADDEI *et al.*, 1997). Resultados preliminares do banco de dados do Grupo de Cardiogeriatrics do Instituto do Coração de São Paulo mostram que 18% dos idosos analisados têm depressão maior e apenas 4%, depressão menor.

Os quadros demenciais também aumentam com o envelhecimento. Eles devem ser analisados atentamente, pois o nível de independência dos idosos tem estreita correlação com o seu grau de cognição. Nem toda alteração de memória deve ser tratada como um déficit cognitivo, muitas queixas são benignas, pois não alteram as funções cognitivas (FREITAS *et al.*, 2002).

A incontinência urinária mostra-se como um dos maiores problemas do envelhecimento. Afeta de 15 a

30% dos idosos ativos e independentes, um terço dos institucionalizados e metade daqueles que precisam de um cuidador. Além de ser um problema clínico, tem extrema importância social, pois predispõe não somente a infecções do trato urinário, escaras, quedas e fraturas, mas também ao isolamento, à depressão e, muitas vezes, à institucionalização (FANTL *et al.*, 1996).

O risco de cair aumenta com o envelhecimento, as quedas devem ser encaradas como um indicativo de um problema maior, como alteração de propriocepção ou de equilíbrio. Mais de 30% dos idosos caem pelo menos uma vez ao ano, se uma intervenção precoce não ocorrer, aumentam as chances de fratura de quadril, imobilização e institucionalização (FREITAS *et al.*, 2002).

Assim, frente a toda essa heterogeneidade, torna-se fundamental uma avaliação global do paciente idoso, envolvendo todos os domínios da avaliação geriátrica, conforme tabela abaixo.

Saúde Física:	
Doenças	Função Sensorial
Co-morbidades	Medicamentos
Capacidade Física:	
Atividades de vida diária	Mobilidade
Atividades instrumentais de vida diária	Continência
Audição	Visão
Saúde Mental:	
Cognição	
Emoção	
Comportamento	
Função Social:	
Qualidade de vida	
Finanças	
Apoio social	
Valores e preferências	
Ambiente:	
Lar	
Serviços de apoio	
Risco de quedas	

A importância dos Centros de Referência do Idoso

Frente às demandas criadas pelo envelhecimento dos brasileiros, foram criados os centros de referência especializados no cuidado de idosos.

Seguindo a hierarquia de atendimento, esses centros incluem-se no atendimento secundário, complementando os serviços prestados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que representam o atendimento primário à saúde. Na rede básica, não há todos os especialistas. Assim, quando necessário, o paciente é referenciado ao ambulatório de atenção secundária.

No caso da atenção à saúde do idoso, os centros de referência configuram-se como locais onde os profissionais especializados atuam sobre os principais problemas apresentados por esta população. Além disso, contribuem para a melhoria da qualidade de vida e da inclusão social dos idosos, por meio de grupos de atividades e de centros de convivência.

O Centro de Referência da Zona Norte de São Paulo (CRI Norte) é um dos exemplos de centros de referência criados em nosso país. O CRI Norte foi inaugurado em 17 de fevereiro de 2005 e é fruto da parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a Organização Social de Saúde Associação Congregação de Santa Catarina (OS/ACSC).

Atende, cerca de, 15 mil idosos por mês, residentes na região norte de São Paulo, de maneira gratuita, sendo a referência de atendimento complementar da rede básica de saúde local e conta, atualmente, com 18 especialidades médicas, 10 especialidades assistenciais, além de amplo centro diagnóstico complementar. Por se tratar de uma unidade de atenção secundária, os pacientes encaminhados das unidades básicas de saúde (UBSs) precisam preencher alguns critérios clínicos de encaminhamento para a Geriatria, que são: ter mais de 90 anos, apresentar distúrbio neuropsiquiátrico (depressão grave, Parkinson, acidente vascular encefálico recente ou síndrome demencial), instabilidade ou quedas, apresentar mais de três co-morbidades não controladas com complicações e/ou síndrome consumptiva.

Além do atendimento médico-assistencial, o CRI possui um Centro de Convivência, onde diversas atividades recreativas são desenvolvidas com o objetivo de sociabilização e integração, através de atividades lúdicas e coletivas. Inúmeras oficinas são oferecidas, entre elas: atividade física, Lian Gong, artesanato, pintura em tela, coral, informática, etc.

Outra característica do Centro de Referência do Idoso é sua multidisciplinaridade, inúmeros idosos necessitam de abordagens multidimensionais, que muitas vezes apenas um profissional especializado não consegue fazê-lo. Para facilitar a abordagem, as atividades terapêuticas são realizadas em grupos, que são divididos por pacientes com doenças e incapacidades semelhantes, propiciando um espaço para troca de experiências e uma nova forma de encarar suas dificuldades. Os diversos membros da equipe assistencial atuam em conjunto, em atividades planejadas e aulas informativas, para a correção de alguns vícios no cuidado à saúde e esclarecimento de dúvidas.

Perspectivas futuras

Infelizmente, porém, esses centros de referência não têm sido suficientes para atender à grande demanda da população idosa.

Devido à rápida expansão da população idosa, todos os profissionais que atuam na atenção básica (UBS e equipes de saúde da família), independente da especialidade que atuem, deverão estar aptos a reconhecer as particularidades de apresentação das doenças e as síndromes mais comuns na velhice. Além de identificar as diferenças entre as alterações provocadas pelo envelhecimento fisiológico e as causadas por doenças, e a maneira como esses dois processos interagem entre si. Outra necessidade é o treinamento dos profissionais de saúde na aplicação dos instrumentos diagnósticos utilizados pelos geriatras e gerontólogos que auxiliam no diagnóstico de doença e avaliação de risco, como o mini-exame do estado mental, escala de depressão geriátrica, atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária.

Desta maneira, a função desses centros vai um pouco além do atendimento por si só. Constituem locais de acolhimento dos pacientes idosos mais complexos, que demandam uma atenção especializada, possibilitando uma intervenção mais acertiva. Parte dos idosos atendidos nos centros de referência, após a compensação e identificação de seus maiores problemas de saúde, serão re-encaminhados às suas unidades de saúde para dar seguimento ao seu tratamento e acompanhamento.

Os centros de referência do idoso podem desempenhar outro papel fundamental na política de atenção à saúde do idoso, pois além de prestar serviço à população idosa, tem potencial para tornarem-se pólos de produção e disseminadores

de conhecimento. Nestes locais estão concentrados profissionais com ampla experiência na área, que podem, através de cursos e estágios, repassar seus conhecimentos em Geriatria e Gerontologia para outros profissionais de saúde.

Referências Bibliográficas

- BERQUÓ, E. Algumas Considerações Demográficas sobre o Envelhecimento da População no Brasil: Anais **do I Seminário Internacional "Envelhecimento Populacional: uma Agenda para o Final do Século"**. Brasília, Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996.
- CABRERA, M.; WAJNGARTEN, M; GEBARA, O.C.E.; DIAMENT, J. Relação do índice de massa corporal, da relação cintura-quadril e da circunferência abdominal com a mortalidade em mulheres idosas: seguimento de 5 anos. **Cadernos de Saúde Pública**, 2004.
- FANTL, J.A.; NEWMAN, D.K.; COLLING, J. Urinary Incontinence in Adults: acute management. **Clinical practice guideline**, n. 2, 1996 update. AHCPR Pub 96-0682. Rockville, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1996.
- FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D.; NERY, M.R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. (editores). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p.609-17.
- GEBARA, O.C.E.; RODRIGUES, G.H.P. Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares. In: **Cardiogeriatrics**. São Paulo: Roca, 1, 2004. p.3-11. 1ª ed.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Dados. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- MIRANDA, R.D. HIPERTENSÃO Arterial: O que muda na Fisiopatologia e no Tratamento? In: RAMOS, L.R. (coord.). **Guia de Geriatria e Gerontologia / coordenação**. Barueri: Manole, 2005.
- RODRIGUES, G.H.P.; NUSSBACHER A. Presente e Futuro das Doenças Subclínicas no Idoso. In: **Diagnóstico e Tratamento em Cardiologia Geriátrica**. 1ª.ed. São Paulo, Manole, 4, 2005. p.18-24.
- RODRIGUES, G.H.P.; RAYS, J. Tireóide e Coração. In: **Diagnóstico e Tratamento em Cardiologia Geriátrica**. São Paulo, Manole, 28, 2005. p.440-445. 1ª.ed.
- TADDEI, C.F.G.; RAMOS, L.R.; MORAES, J.C. *et al.* Estudo multicêntrico de idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras. **Arq. Bras. Cardiol.**, 69, 1997. p.327-333.

Acolhimento e respeito à autonomia da pessoa idosa nas instituições de saúde

Maria Regina Miranda Grubba¹
Ana Lúcia da Silva²

Introdução

A estrutura etária da população mundial e brasileira vem se alterando nos últimos 50 anos devido aos menores índices de fecundidade e mortalidade, contribuindo para estes fatores, melhores condições de vida, saneamento e maior oferta de recursos e inovações tecnológicas, formando um contingente populacional em crescimento, daqueles que têm mais de 60 anos. O crescimento da população idosa torna-se relevante para as instituições que prestam atendimento em saúde, já que aumenta a proporção de doenças degenerativas e de patologias que possam implicar em perda de funcionalidade e autonomia física ou mental, como outras necessidades específicas de saúde relacionadas às dimensões sociais, psicológicas e culturais do envelhecimento (KALACHE *apud* VERAS *et al*, 2000).

Em uma perspectiva social o envelhecimento pode trazer consigo a solidão decorrente da carência de vínculos afetivos e o isolamento pela ausência de contatos e de atividades sociais. Isto decorre de que em suas comunidades de origem, não tenham se estabelecido e/ou mantido relações de troca e continência às suas necessidades sociais e afetivas, repercutindo na sua autonomia e intimidade protegida que uma rede social primária forte poderia oferecer. Resta, muitas vezes, o suporte quase exclusivo das redes sociais secundárias, como as instituições de saúde hospitalares e ambulatoriais (VIEIRA, 2003; SANICOLA, 2008).

Segundo Vieira (2003) as instituições devem estar preparadas para receber esta população que vive o envelhecimento como uma experiência subjetiva e pessoal e como sujeitos que anseiam pertencer a um grupo e lugar que lhes ofereça acolhimento e conti-

nência às suas necessidades de saúde. A confiança que o usuário dos serviços de saúde deposita em quem vai ajudá-lo depende do vínculo estabelecido com essa instituição e os funcionários, passam a ser então, os depositários da confiança de seus usuários. O não estabelecimento de relações positivas pode gerar vínculos de desconfiança e controle sobre os pacientes, não permitindo a participação em seu tratamento e expressão de suas discordâncias.

Pitta (1996) avaliou que as instituições têm uma função relevante na organização e funcionamento da sociedade. Surgiram e se perpetuam, no sentido de atender às necessidades da sociedade, por meio de um conjunto de práticas rotineiras, de uma estrutura física e, de recursos humanos e materiais para responder a estas necessidades.

O Cuidar nas Instituições de Saúde

O enfrentamento de doenças, cirurgias e tratamentos agressivos ou prolongados fragilizam os indivíduos e interferem na qualidade de suas vidas. A frequência ao hospital e as relações estabelecidas com os funcionários da instituição se inserem no "processo de cuidar sensível que valoriza o ser cuidado", conforme destacou Silva (2003, p.38).

A condição de dependência do paciente e sua vulnerabilidade representam problemas relativos à autonomia. É comum observar os interesses da instituição e dos profissionais se sobreporem aos interesses dos pacientes, sejam por motivos burocráticos ou de um paternalismo pautado no saber técnico (ZOBOLI, 2002).

Cecílio (2001) destacou como as principais necessidades de saúde: as boas condições de vida em que se incluem os fatores ambientais, acesso às tecnologias, a criação de vínculos de confiança e o desenvolvimento de graus crescentes de autonomia. Referiu que a ênfase da gestão, das práticas e da capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de realizar uma escuta cuidadosa às necessidades de

¹ Assistente Social, Mestre em Ciências na Área de Saúde Coletiva e Interlocutora da Humanização da Assistência e do Grupo de Trabalho dos Assistentes Sociais da Coordenadoria de Serviços de Saúde e Assistente de Direção do Centro de Referência do Idoso - CRHeste. Contato: mgrubba@saude.sp.gov.br

² Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem, Pesquisadora do Instituto da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Orientadora da dissertação de mestrado a qual se baseou este artigo. Contato: anaa8h@yahoo.com.br

saúde. Assim a integralidade da atenção à saúde, nos espaços micro dos serviços de saúde, deve trazer o empenho da equipe em interpretar e atender as complexas necessidades dos usuários.

O cuidar, como uma ação integral que se concretiza por meio de práticas cotidianas, deve promover o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento. Desta maneira, o cuidar se expressa como uma ação integral que acaba por produzir interações positivas e construtivas entre usuários, profissionais e instituição (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004; SILVA; CIAPONI, 2003).

Merhy (1998) propõe como desafio para que os atos de saúde sejam capazes de provocar a satisfação das necessidades e direito do usuário, estarem centrados no usuário e não nos procedimentos, através do trabalho vivo em ato, onde se dão falas, escutas e interpretações, possibilitando vínculos de confiança e aceitação como também o aumento do grau de autonomia dos usuários no seu modo de estar no mundo e andar a vida. Assim, de alguma forma todos os trabalhadores são operadores do cuidado, onde são operadas as tecnologias leves – relacionais.

Historicamente, porém, se observa que os serviços de saúde estruturaram seu processo de trabalho a partir do saber das profissões e gestão, e não por objetivos comuns aos usuários, trabalhadores e gestores. Assim sendo, não possibilitou que se estabelecessem relações solidárias no sentido de proporcionar um tratamento digno, com qualidade, acolhimento e vínculo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Botazzo (2003) chamou a atenção para a não neutralidade da ciência e do cientista e da reprodução da ordem institucional. As instituições de saúde realizam assim, uma atuação sutil de controle social. Atentou para o fato que para termos profissionais sensíveis é preciso ter antes organizações também sensíveis.

Fortes (1998) descreveu que as infrações aos direitos dos cidadãos, as quais tomamos conhecimento através da mídia, ocorrem por quem foi delegado o cuidar: instituições e profissionais de saúde e estão relacionadas ao descumprimento do dever de solidariedade. Desta forma a luta pela humanização dos serviços de saúde, confunde-se historicamente com a luta por direitos dos pacientes, partindo-se do princípio kantiano de que o homem deve ser visto como um fim em si mesmo e não somente um meio.

Baseado também neste princípio, Boff (2006) destacou que fermentam diversas iniciativas em nossa civilização, de um *ethos* do cuidado, poden-

do emergir uma cultura nova para a superação do paradigma do confronto, que vai se firmando na história. Referiu entre as virtudes necessárias, pelas quais são cultivadas as mediações para o melhor convívio humano, a hospitalidade, a qual envolve uma abertura para acolher o outro e deriva da sensibilidade e solidariedade humana.

Assim, emerge em nossa sociedade, a reflexão ética relacionada à saúde e ao respeito aos direitos e dignidade das pessoas, evidenciada nas discussões ligadas à Saúde Pública, formuladas pela Bioética, Programas e Políticas de Qualidade e de Humanização no atendimento aos usuários dos serviços públicos.

Interface entre Humanização e Bioética

A Política Nacional de Humanização (PNH), na avaliação dos serviços de saúde, evidenciou o despreparo dos profissionais em lidar com as questões subjetivas presentes no atendimento da saúde, além de modelos de gestão centralizados e verticais. Para a reversão desta lógica desenvolvida no cotidiano das instituições de saúde, o HumanizaSUS lançou como desafio a construção de alianças éticas com a produção da vida, centrada nos sujeitos-profissionais e usuários. A instituição mostra-se sensível ao estimular a co-responsabilização destes, de um encarregar-se do outro, incentivando-se a “construção de redes de autonomia e compartilhamento (...) de saberes, possibilidades, angústias e invenções” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; 2006, p.6).

Nogueira-Martins (2002) atrelou as reflexões sobre a tarefa assistencial ao campo ético, já que em ambas é preciso perceber o outro, concluindo que assistência humanizada e ética caminham juntas.

A Bioética, ou seja, a ética aplicada à vida, propõe conciliar o desenvolvimento das ciências com valores éticos e humanitários. No Brasil, dentro de uma fase pública, tem se aproximado das questões relacionadas ao coletivo na assistência à saúde, orientada para uma dimensão social do ser humano, tendo uma perspectiva autônoma e humanista (PES-SINI; BARCHIFONTAINE, 2002; FORTES; ZOBOLI, 2003). Tem como uma de suas vertentes a ética do cuidado baseada na solidariedade, a qual reconhece o sujeito autônomo, ensejando responsabilidades de uns pelos outros. Os direitos se dão, não somente pelas regras, mas por meio da cooperação e inclusão (ZOBOLI, 2003; CAPONI, 2004).

Assim, o respeito pelas pessoas compreende que sejam tratadas com respeito a sua autonomia e que, as pessoas cuja autonomia esteja reduzida, devam

ser protegidas. Um respeito que seja ativo requer ação respeitosa que envolve capacitar o outro para agir autonomamente e não somente acatar suas decisões (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Zoboli (2002) apontou o acesso às informações como condição essencial para o respeito à sua autonomia, devendo a administração facilitar e prover os meios necessários para que se efetive, através de um ambiente e tempo adequados, propícios ao diálogo e promover a participação dos usuários nas decisões que os afetam. Outro direito destacado é a liberdade de expressão, ou seja, a possibilidade do usuário manifestar sua opinião sobre o serviço sem risco de represálias, competindo ao administrador criar canais de comunicação, que permitam a expressão dos direitos e insatisfações dos usuários, como também incluí-los nas deliberações.

Considerações Finais

Têm-se verificado uma mobilização das instituições no sentido da atenção ao segmento de pessoas idosas da população, com iniciativas relacionadas a uma gestão participativa e de respeito aos seus direitos, promovendo a equidade. Foram criadas leis de atendimento aos clientes preferenciais que conferem prioridade no atendimento aos idosos e garantido o direito a acompanhante durante as internações (SÃO PAULO, 1999 e 1999a).

Além destas garantias, cabe destacar que é preciso construir relações que preservem sua autonomia e lhes proporcione uma convivência que confira uma rede de suporte e pertencimento, para corresponder às demandas específicas da pessoa idosa e garantir a criação de um cenário humanizado de acolhimento. Faz-se necessária, para a transformação das instituições, uma mudança de paradigmas de seus funcionários e na formulação de programas de acolhimento visando promover uma clínica ampliada.

O acolhimento dentro de uma perspectiva da Política de Humanização e da integralidade no cuidar, ultrapassa a questão do acesso. Os programas de apoio e acolhimento aos usuários das unidades hospitalares e ambulatoriais de saúde, em especial às pessoas idosas, despontam como uma ação criativa e participativa para a inovação institucional e um rearranjo das relações entre os atores envolvidos, contribuindo para o rompimento com uma cultura centralizadora de poder. Buscam a compreensão do outro em todas as suas dimensões e necessidades viabilizando uma relação dialógica entre sujeitos, capaz de suscitar vínculos de confiança. Nas palavras de Abbês (2006) o acolhi-

mento é um modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os serviços, ouvir seus pedidos e dar respostas mais adequadas.

Os Serviços de Atendimento aos Usuários, Ouvidorias, Programas "Conte Comigo" e "Jovens Acolhedores", assim como outras expressões de acolhimento e convivência, ao nosso ver, através de seus trabalhadores – operadores do cuidado – incentivam um agir almejado pela humanização de um cuidar integral, oferecendo escuta e suporte aos usuários no uso dos serviços prestados pelas instituições, contribuindo para se restaurar a rede interacional instituição-usuário e abrindo a participação na gestão por intermédio de avaliações de satisfação.

Salientamos que, para a expansão desse acolhimento é necessário o envolvimento de todos os trabalhadores, incentivando-se a reflexão e sensibilização sobre questões bioéticas e a discussão sobre direitos que possibilite o desenvolvimento desse olhar inclusivo e solidário, como também a concretização dos direitos dos usuários nos hospitais. Faz-se também importante o suporte aos profissionais, possibilitando trabalhar angústias, sentimentos de impotência e estresse, por meio de oficinas de humanização, grupos focais, de vivências psicodramáticas e de educação permanente (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

Em síntese destacamos, para a efetivação da cidadania dos idosos, a redução das desigualdades sociais por meio do direito de acesso a serviços e recursos, do respeito, da tolerância e da convivência, onde possam interagir Estado, família e sociedade, conforme análise realizada por Faleiros (2007), em pesquisa realizada pelo SESC/FPA. Cabe às instituições de saúde, através de seus trabalhadores e gestores, o desafio de atrelar o prolongamento da vida à qualidade e aos projetos de felicidade dos indivíduos, para um envelhecimento participativo, ativo e saudável, constituindo-se em uma rede de apoio para um cuidar integral.

Desta forma, poderão se estabelecer estratégias transformadoras para transcender de um idealismo ético para um realismo prático, transformando em prática cotidiana os direitos dos usuários como pacientes, cidadãos e acima de tudo, como seres humanos dignos. Nas palavras de Morin:

"... desenvolvermos uma consciência ética e crítica, nos percebermos como membros de uma comunidade. Escolher valores e ideais. Eleger finalidades e integrá-las em nossos espíritos e almas, jamais renunciar a elas" (MORIN, 2002, p.68).

Referências Bibliográficas

ABBÊS, C. **Acolhimento nas Práticas de produção de Saúde**. Brasília, 2006.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios da Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BOFF, L. **Saber . Virtudes para um outro Mundo Possível: Hospitalidade**. v.I. Petrópolis: Vozes; 2006.

BOTAZZO, C. Sobre a humanização da saúde. Notas Críticas e contribuição ao debate. **Boletim do Instituto de Saúde - BIS**. 2003, n. 30, p.18-19.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 1ª reimpressão.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (org). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001: 113-127.

FORTES, P.A.C. **Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas, tomada de decisões, autonomia e direitos dos pacientes**. São Paulo: EPU; 1998.

_____. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. São Paulo: **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, 2004. p. 30-35.

FALEIROS, V.P. Cidadania: os idosos e a garantia de seus direitos. In: **Idosos no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, SESCSP, 2007.

GRUBBA, M.R.M. **A Humanização das Relações Instituição-Usuários em Hospitais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: contribuições do Programa Conte Comigo para o respeito à autonomia dos usuários**. Dissertação (Mestrado). Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2006.

FORTES, P.A.C.; ZOBOLI, E.L.C.P. Bioética e saúde pública: entre o individual e o Coletivo. In: FORTES, P.A.C; ZOBOLI, E.L.C.P.A (Orgs.). **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Loyola, 2003.

MÉRHY, E.E. **A Perda da Dimensão Cuidadora na produção da Saúde**. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - Reescrevendo o Público**; São Paulo: Xamã, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em [<http://www.saude.gov.br/humanizassus/>]. Acesso em dezembro 2004.

_____. **HumanizaSUS. Ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [<http://www.saude.gov.br/humanizassus/>]. Acesso em junho 2006.

MORIN, E. A ética do sujeito responsável. In: **Ética, Solidariedade e Complexidade**. MORIN, E. *et al.* 2ª ed. São Paulo: Palas Athena, 2002.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.F. *Revista Ser Médico*, São Paulo; 2002. v 5, n 18, p.27-29.

PESSINI, L.E.; BARCHIFONTAINE, C.P.P. **Problemas Atuais de Bioética**. São Paulo: Loyola, 2002.

PINHEIRO, R.E.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano. In: **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). Rio de Janeiro: Hucitec; 2004.

PITTA, A.M.F. A Equação humana no cuidado a doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. São Paulo:

Revista Saúde e Sociedade, n.5, 1996. p.35-60.

SANICOLA, L. **As Dinâmicas de Rede e o Trabalho Social**. São Paulo: Veras Editora, 2008.

SÃO PAULO, Estado. **Lei nº 10.241 de 1999**. Dispõe sobre os direitos dos usuários da Saúde do Estado. São Paulo: Imprensa Oficial.SÃO PAULO, Estado. **Lei nº10.294 de 1999a**. Dispões sobre a proteção do usuário do serviço público do Estado de São Paulo, cria as ouvidorias e dá outras providências. São Paulo: Imprensa da Assembléia Legislativa Oficial.

SILVA, A.L.; CIAPONI, M.H.T. Um olhar paradigmático sobre a assistência de Enfermagem: um caminho para o cuidado complexo. São Paulo: **Revista Escola de Enfermagem**, v.37, n4, 2003. p.13-23.

VERAS, R. *et al.* Novos Paradigmas do Modelo Assistencial no Setor Saúde. In VERAS, R. **Gestão Contemporânea em Saúde**. São Paulo: Relume Dumará, 2001.

VIEIRA, E.B. **Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso?**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

ZOBOLI, E.L.C.P. **Ética e administração hospitalar**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)

Helena Akemi Wada Watanabe¹
Vera Maria Di Giovanni²

Há algumas décadas, havia poucos idosos em nosso país e o cuidado a pessoas idosas e dependentes se dava, historicamente, no contexto familiar. Com o envelhecimento populacional, as mudanças no tamanho e na conformação das famílias, aliados à saída da mulher que, culturalmente, assumia a responsabilidade pelos cuidados com os mais velhos, para o mercado de trabalho, a institucionalização de idosos tem sido objeto de preocupação do poder público e dos profissionais de saúde, da assistência social que lidam com idosos fragilizados.

Habitualmente conhecidos como asilos, do grego *asylon*, que significa o local onde as pessoas sentem-se abrigadas e protegidas contra diversos danos de qualquer natureza, as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) historicamente têm o seu surgimento fundamentado na caridade e num atendimento básico às necessidades de vida, como ter onde se alimentar, se banhar e dormir; destinadas ao amparo aos "sem família, pobres e mentalmente enfermos. A identidade que se manifestou em seu período inicial estava relacionada à caridade, numa perspectiva assistencialista que determinava a homogeneização dos velhos, a percepção da velhice como degeneração e decadência e a infantilização do idoso" (CREUTZBERG; GONÇALVES; SOBBOTKA, 2004).

Segundo a legislação brasileira, é dever da família, da comunidade o cuidado com as pessoas idosas. Idosos sem rede familiar de apoio e em situação de vulnerabilidade podem ser atendidos em instituições do tipo asilar, como o Ministério do Desenvolvimento Social, "preconiza, oferecendo-lhes serviços nas áreas social psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional e outras atividades específicas para este segmento social. (MDS – PROGRAMA DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA).

ILPI é definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária na Resolução da Diretoria Colegiada

(RDC) nº283 (BRASIL, 2005) como - instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania.

É interessante notar que em termos de Vigilância Sanitária no Estado de São Paulo ILPI tem sido considerada como equipamento social, A Resolução SS123/2001 que define e classifica as instituições geriátricas no âmbito do Estado de São Paulo diferencia ILPI das Casas de Repouso, sendo estas últimas destinadas centralmente à prestação de serviços de assistência médica às pessoas idosas em regime de assistência asilar.

A Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), instrumento de padronização nacional dos códigos de atividade econômica e dos critérios de enquadramento utilizados pelos diversos órgãos da Administração Tributária do país, também faz essa distinção das instituições destinadas ao cuidado a pessoas idosas em:

- **Abrigo de idosos** que compreendem os asilos, Casas para velhice com alojamento, ILPI e residências protegidas destinados à assistência social a idosos, em regime de internato, quando o tratamento médico não constitui elemento central desse atendimento;
- **Clínicas e residências geriátricas** que compreendem casas de repouso para pacientes em regime de internato e com mais de 60 anos, sob responsabilidade médica, destinada à prestação de serviços médicos, de enfermagem e demais serviços de apoio terapêutico.

A Política Nacional do idoso; por sua vez, estabelece em seu artigo 4º, parágrafo único que "É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica e de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social" (BRASIL, 1994). Ao mesmo tempo, a portaria SEAS nº 2854/2000 (posteriormente alterada pela portaria SEAS nº 2874/2000) define as modalida-

¹ Enfermeira, Doutora em Saúde Pública e Professora do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Contato: hwatanab@usp.br

² Centro de Vigilância Sanitária (CVS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

des de ILPI, de acordo com a capacidade funcional dos idosos nelas residentes:

- Modalidade I - destinada a idosos independentes para as atividades da vida diária. Aí estão incluídos, também, aqueles que necessitam de utilizar algum equipamento de auto-ajuda;
- Modalidade II - dirigida a idosos dependentes e independentes que necessitem de ajuda e cuidados especializados, com acompanhamento e controle adequado de profissionais da área da saúde e;
- Modalidade III - voltada para idosos dependentes que necessitem de assistência total em, pelo menos, uma atividade da vida diária.

Temos observado que o número de idosos institucionalizados aumentou entre as idades mais avançadas e é maior entre as mulheres. Também, o número de idosos que apresentam algum tipo de deficiência física ou mental é muito mais alto entre os institucionalizados do que nos demais idosos (CAMARANO, 2005), assim o cuidado à saúde dos idosos residentes se faz necessário.

Estudos nacionais apontam como motivos para a institucionalização de idosos aqueles relacionados ao caráter socioeconômico (precariedade ou ausência de suporte familiar e social e precariedade de condições financeiras), às condições de saúde (seqüelas de doenças crônicas, limitações físicas e cognitivas importantes para o desenvolvimento das atividades de vida diária e necessidade de reabilitação após período de internação hospitalar), e à opção pessoal (PAVARINI, 1996; BOECHAT, 1996; CHAIMOWICZ; GRECO, 1999, CALDAS, 2003; CORTELLETTI, 2004)

Segundo Brito e Ramos (2002) as instituições de longa permanência para idosos são uma opção de cuidados para pessoas mais frágeis, muito dependentes ou que por razões médico-sociais não podem ficar em suas residências (p. 329).

Para Born e Boechat (2002), a ILPI é um serviço de assistência de natureza médico-social, sócio-sanitária e deve proporcionar cuidados e ser um lugar para se viver com dignidade. Seus cuidados devem abranger a vida social, emocional, as necessidades de vida diária e assistência à saúde, caracterizando-se assim como um serviço híbrido, de caráter social e de saúde

Assim sendo, não se pode considerar este tipo de instituição como apenas de assistência social como vem sendo definida pelo Estado, através da Política Nacional do Idoso, que estabelece em seu artigo 4º, parágrafo único: "É vedada a permanência de

portadores de doenças que necessitem de assistência médica e de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social" (BRASIL, 1994).

Não sendo considerado um equipamento de saúde, o funcionamento das ILPI é regulado por uma série de normas e leis especificamente estabelecidas. Em setembro de 2005, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 283 que adotou o Regulamento Técnico e define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Esta RDC classifica as ILPI segundo complexidade de cuidados, define as características físicas desse equipamento e estabelece os recursos humanos mínimos para o seu funcionamento. Ainda segundo esse Regulamento Técnico, toda ILPI deve elaborar um plano de trabalho, que contemple as atividades previstas naquele documento e um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde, a cada 2 dois anos. Este Plano de Atenção à Saúde deve, entre outras características, ser compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade; prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção; e conter informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes. A instituição deve avaliar anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização da atenção dispensada.

É importante pontuar que nas últimas décadas, algumas mudanças ocorreram na forma de se administrar e rotular as instituições de longa permanência para idoso em decorrência das mudanças nas representações sociais sobre velhice por influência européia, da expansão dos benefícios previdenciários a partir da década de 70 e da orientação de políticas pela OMS (CREUTZBERG; GONÇALVES; SOBBOTKA, 2004). Segundo Baltes *et al.* (1994) as instituições para idosos podem se estruturar para promover um envelhecimento positivo, e não necessitam apresentar características de instituições totais.

Muitos idosos vivem nas ILPI por longos períodos. Em pesquisa em andamento sobre o perfil de residentes em ILPI encontramos idosos que residiam há mais de 25 anos na instituição. Assim, ILPI deve ser considerada como lugar de viver. Bahuri (1996) informa que os idosos vislumbram, nestas instituições, um espaço para resgatar uma sociabilidade perdida, experimentando novas formas de interação; um espa-

ço para desenvolver novas habilidades, através das atividades oferecidas e, conseqüentemente, propiciar novas formas de expressar o seu eu. Martinez (2003) afirma que idosos institucionalizados relatam a opção de residir em instituições de longa permanência como a possibilidade de resgatar uma vida social ativa, de convívio com um grupo de pessoas de mesma idade, além de evitar um conflito familiar de gerações e o sentimento de ser um estorvo para os filhos e familiares.

Por outro lado, para os idosos dependentes, a ILPI se apresenta como uma possibilidade de cuidado qualificado para o qual a família não tem preparo ou disponibilidade para fazê-lo.

Atualmente se desconhece a quantidade de instituições existentes no país, nem o número de idosos nelas residentes. O IPEA está realizando um censo nacional das ILPI que até o momento foi concluído nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sul do país (CAMARANO, 2007, 2008a, 2008b). Nestas três regiões foram localizadas 991 ILPI, as taxas de institucionalização de idosos encontradas foram de respectivamente: 0,1%, 0,6% e 0,6%. No Estado de São Paulo o censo encontra-se em andamento. Foram cadastradas 1421 ILPI, das quais não se conseguiu localizar mais de 300 devido à falta de registro desses serviços nos órgãos competentes e à mudança de endereço e telefone dos mesmos.

Referências Bibliográficas

- BAHURY, A.M.N. **Idosos em asilos: o processo de transição da vida privada à vida institucional** [Dissertação de Mestrado em Sociologia]. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996. 162 f.
- BORN, T.; BOECHAT, N.S. A qualidade dos cuidados aos idosos institucionalizados. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 768-77.
- BRITO, F.C.; RAMOS, L.R. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: PAPAEO NETTO, M (org) **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.394-402
- CAMARANO, A.A. *et al.* Presidência da República. Subsecretaria de direitos Humanos. **Idosos brasileiros: indocadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas**. Brasília, 2005
- CAMARANO, A.A. (coord) **Características das instituições de longa permanência para idosos – região Norte**. Brasil: IPEA, Presidência da República, 2007
- _____. **Características das instituições de longa permanência para idosos – região Centro-Oeste**. Brasil: IPEA, Presidência da República, 2008a
- _____. **Características das instituições de longa permanência para idosos – região Sul**. Brasil: IPEA, Presidência da República, 2008b

CNAE <http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNAEFiscal/txtcnae.htm>

CORTELLETTI, I.A. *et al.* **Idosos asilados. Um estudo gerontológico**. Caxias do Sul: EDUSC/EDIPUCRS, 2004.

CREUTBERG, M.; GONÇALVES, L.H.T.; SOBBOTKA, E.A. Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. **Texto Contexto Enferm**, n.17(2), abr-jun. 2008. p.273-9.

MARTINEZ, S.H.L. **O significado do cuidado para quem cuida do idoso em uma instituição asilar**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003. 146p.

OMS. **Hacia un consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores**. OMS y Milkbank Memorial Fund, 2000.

PAVARINI, S.C.I. Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1996. 230p.

Envelhecimento e demência: epidemiologia e tratamento

Maria Beatriz M. M. Montaña¹

Queixa de alteração da memória e da capacidade intelectual estão entre os problemas mais comuns trazidos pelo idoso ao consultório médico. Com o avançar da idade, há menor prontidão da memória e alterações no pensamento e raciocínio, além de alterações na linguagem, tais como: troca de palavras e alterações nas habilidades viso-espaciais, decorrentes de alterações na visão e audição próprias do envelhecimento normal. Essas alterações, muitas vezes, apesar de não comprometerem as atividades de vida diária, são confundidas com perdas compatíveis com demência. Por outro lado, há aumento exponencial da incidência e prevalência de processos demenciais com o envelhecimento (AGÜERO-TORRES *et al.*, 1998; FRATIGLIONI; DE RONCHI; TORRES, 1999; JORM; KORTEN; HENDERSON, 1987).

Atualmente, tem-se definido um estágio entre a normalidade e a demência, conhecido por comprometimento cognitivo leve (CCL). Caracteriza-se por maior déficit de memória em relação ao esperado para a idade, porém com preservação da função cognitiva global e manutenção das atividades de vida diária. O grupo de indivíduos com CCL, quando observado longitudinalmente, converte-se mais em Doença de Alzheimer (DA) do que o grupo de normais, o que leva a crer que o CCL é um importante fator de risco para esta doença (BERG, 1985; DI CARLO *et al.*, 2000; LEVY, 1994; NELSON; DANNEFER, 1992; PETERSEN, 2001).

Estima-se que há quatro milhões de americanos com DA e a prevalência de CCL é duas vezes a de DA, aproximadamente 17% dos idosos (FORLENZA; CARAMELLI, 2000; FRATIGLIONI; DE RONCHI; TORRES, 1999; JORM; KORTEN; HENDERSON, 1987; WINBLAD, B *et al.*, 2004).

Demência

A Demência não é uma única doença, é um conjunto de doenças com características comuns, portanto, é

uma síndrome, cujo diagnóstico é clínico. De acordo com os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1993), *Diagnostic and Statistical Manual - IV edition* (DSM-IV) (APA, 1994) *National Institute of Neurologic, Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer Disease and Related Disorders Association* (NINCDS-ADRDA) (MCKHANN *et al.*, 1984), define-se demência como:

- deterioração global da cognição, sendo que apenas o déficit de memória é insuficiente para o diagnóstico;
- tal deterioração ou anormalidades cognitivas que atrapalham as atividades de vida diária e representam uma alteração no desempenho anterior;
- o rebaixamento do nível de consciência ou *delirium* é critério de exclusão.

Nos critérios da CID e do DSM IV, a demência também se caracteriza por deterioração do comportamento ou personalidade. Apenas a CID especifica que é um distúrbio crônico e progressivo, presente por pelo menos seis meses. O NINCDS-ADRDA refere que o diagnóstico de demência deve ser clínico, comprovado por testes neuropsicológicos, sendo que exames laboratoriais e de imagem são úteis para o diagnóstico etiológico da demência (APA, 1994; OMS, 1993).

Acredita-se, hoje, que a demência é um emergente problema de saúde pública, pois é uma das doenças mais comuns no idoso e a maior causa de incapacidade e mortalidade. Com o envelhecimento populacional, assume proporções epidêmicas, estando presente em 5% dos indivíduos acima de 65 anos e em 20% ou mais dos indivíduos acima de 80 anos. Abaixo dos 60 anos, a prevalência é muito baixa (0,5%) e aumenta muito com o avançar da idade, podendo chegar a mais de 50% na idade muito avançada. Esses dados não deixam dúvidas de que a idade é o fator de risco mais importante para demência (BRAYNE; CALLOWAY, 1989; FORLENZA; CARAMELLI, 2000; FRATIGLIONI; DE RONCHI; TORRES, 1999; JORM; KORTEN; HENDERSON, 1987).

Diversos processos patológicos, como já mencionado, podem produzir a síndrome demencial e as

¹ Médica Geriatra pela Sociedade Brasileira de Geriatria Gerontologia, Mestre em Epidemiologia pela UNIFESP, Doutoranda em Ciências da Saúde pela UNIFESP e Professora da Faculdade de Medicina de Sorocaba e da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Contato: robeyca@terra.com.br

peculiaridades de sua apresentação clínica dependerão de sua etiologia. Essas doenças podem ser classificadas em dois grandes grupos: “demências irreversíveis” (como doença de Alzheimer, demência vascular, demências frontotemporais, demência com corpúsculo de Lewy e demências subcorticais) e “demências potencialmente reversíveis” (secundárias a um comprometimento estrutural do sistema nervoso central, como hematoma subdural, hidrocefalia de pressão normal, tumores, neuro-sífilis, ou condições metabólicas que afetam esse sistema e se cronificam, como hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12, uremia, uso de drogas anticolinérgicas, além de distúrbios psiquiátricos, como depressão) (MCLOUGHLIN; LEVY, 1996; MALETTA, 1990; PRICE, 1996).

A maioria dos estudos de prevalência de demência segundo sua etiologia demonstra que a DA é a causa mais freqüente, cerca de 50 a 70% do total das demências, acompanhada pela DV, cuja freqüência está entre 20 e 30% (AEVARSSON; SVANBORG; SKOOG, 1998; FRATIGLIONI; DE RONCHI; TORRES, 1999; NELSON; DANNEFER, 1992; REICHMAN; CUMMINGS, 1997).

Doença de Alzheimer:

De acordo com o NINCDS-ADRDA (MCKHANN, *et al.*, 1984), a doença de Alzheimer (DA) pode ser provável, possível e definitiva, considerando os seguintes critérios:

- **Provável:** Demência estabelecida por exame clínico e documentada por Mini-Mental State Examination (MMSE) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975) ou escala de demência de Blessed ou outro exame similar, confirmado por testes neuropsicológicos; déficit em 2 ou mais áreas da cognição; progressiva piora da memória e de outras funções, sem distúrbio de consciência; início entre 40 e 90 anos de idade, mais freqüentemente acima de 65 anos; e ausência de outros distúrbios sistêmicos ou cerebrais, que poderiam ser causas dos déficits de memória e de cognição progressivos. É, portanto, um diagnóstico de exclusão.
- **Possível:** Presença de síndrome demencial, na ausência de outras anormalidades neurológicas, psiquiátricas ou sistêmicas suficientes para causar demência, porém presença de variações no início, na apresentação e no curso clínico; ou presença de doença secundária sistêmica ou cerebral que poderia ser a causa do quadro, mas não é considerada como causa.

- **Diagnóstico definitivo:** Critério clínico de DA com evidência histopatológica, obtida por biópsia ou autópsia.

Os sintomas iniciais da DA passam quase que invariavelmente despercebidos. Apenas em uma fase menos precoce, quando começam a atrapalhar as atividades da vida diária, é que familiares e amigos passam a se dar conta do declínio cognitivo. Nesta fase, os familiares podem atribuir o declínio a luto ou perdas físicas, porém esses fatos apenas evidenciam o quadro demencial. Também é comum que os parentes minimizem os problemas dos pacientes, tomando para si responsabilidades que eram antes atribuídas a estes. Um bom interrogatório com familiares próximos pode esclarecer melhor a história.

A percepção dos próprios déficits está preservada nos estágios iniciais, desaparecendo com a evolução da DA. A mudança da personalidade pode ser um sintoma precoce, assim como a alteração no julgamento, o que modifica as relações familiares. Os sintomas não-cognitivos mais comuns, que mais freqüentemente aparecem no estágio moderado da doença, são distúrbios do humor (depressão), delírios ou alucinações, agressividade, perambulação, desinibição sexual e distúrbios de alimentação. Em estágios mais avançados, há problemas em relação à incontinência urinária e fecal. As anormalidades neurológicas, como rigidez, ataxia e disartria, poderão aparecer nos estágios finais (BRAYNE; CALLOWAY, 1989; BURNS, 1991; CUMMINGS *et al.*, 1998; CUMMINGS, 2004).

Demência vascular:

Demência vascular (DV) é o termo utilizado para descrever o declínio cognitivo decorrente da doença cerebrovascular. Desde então, como a DV resulta de lesões cerebrais de etiologia vascular, sinais e sintomas neurológicos focais dominam o quadro clínico, embora os eventos vasculares possam passar despercebidos. São comuns hemi-hipoestesia, hemiparesia, marcha em pequenos passos, hiper-reflexia, sinais pseudobulbares (disfagia, disartria e risos imotivados) e uma evolução ou curso em degraus, na dependência de cada novo evento vascular. No entanto, o diagnóstico diferencial com outras etiologias de demência, principalmente DA, pode ser difícil, sendo que ambas doenças podem aparecer simultaneamente, na chamada demência mista (AEVARSSON; SVANBORG; SKOOG, 1998).

Diagnóstico

Para o diagnóstico diferencial das demências, há a necessidade de cuidadosa avaliação clínica e neuropsicológica, auxílio de exames laboratoriais gerais e de imagem do cérebro, como tomografia de crânio sem contraste, para se afastar a possibilidade de déficit cognitivo reversível, como anteriormente mencionado. Também o diagnóstico etiológico da demência se torna importante para orientação terapêutica, quer medicamentosa, quer orientação familiar e reabilitação cognitiva (CUMMINGS, 1998; MCLOUGHLIN; LEVY, 1996; MCKHANN, 1984; MORRIS, 1994).

Tratamento

Para o tratamento da DA, inicialmente, o grupo de drogas que mostrou eficácia comprovada foi o grupo de inibidores da acetilcolinesterase, enzima que degrada a acetilcolina liberada na sinapse. O objetivo é aumentar a disponibilidade do neurotransmissor, otimizando a produção dos neurônios funcionantes. A primeira droga com essa propriedade foi a Tacrina, não mais utilizada devido a sua toxicidade hepática. A segunda geração de inibidores da acetilcolinesterase (Donezepil) mostrou ter menor toxicidade e maior facilidade posológica, utilizada à noite (inicia-se com 5 mg, após o 1o mês, 10 mg/dia). Depois apareceu a Rivastigmina, que deve ser administrada em 2 tomadas/dia, iniciando-se com 1,5 mg 2 vezes/dia (3 mg/dia) até 6 mg (12 mg/dia). Donezepil e Rivastigmina não revertem o quadro de deterioração cognitiva, mas podem diminuir a velocidade das perdas (CUMMINGS, 1998; REICHMAN; CUMMINGS, 1997; RIOT; DEROFF, 2003).

Nos casos em que o paciente apresenta quadro de agitação, agressividade e surtos psicóticos, os inibidores da acetilcolinesterase podem provocar melhoras, diminuindo ou evitando o uso de antipsicóticos. Vale lembrar que todas essas drogas têm função eminentemente paliativa, já que não tratam o processo que leva à degeneração neuronal, e, conseqüentemente, à diminuição da produção de acetilcolina. A tendência é que progressivamente a droga faça menos efeito. No entanto, o que se almeja, em última análise, é a preservação dos neurônios e a manutenção da transmissão colinérgica, já que a recuperação de neurônios mortos está fora de alcance (CUMMINGS, 1997; RIOT; DEROFF, 2003).

Mais recentemente, apareceu uma nova droga: a Memantina, um antagonista de receptor glutamatérgico. Há evidências de sua utilidade para o tratamento

da DA, pois nessa doença há excessiva estimulação desse receptor, o que levaria à toxicidade celular, causando degeneração e morte de neurônios corticais e subcorticais. A Memantina se mostrou segura, bem tolerada e eficaz, sozinha e em combinação com anticolinesterásicos em ensaios clínicos, sendo os efeitos colaterais similares ao placebo. Foi aprovada para o tratamento da DA moderada e grave inicialmente. A dose de manutenção preconizada é 10 mg 2 vezes/dia, iniciando-se com 5 mg 1 vez/dia, aumentando 5 mg a cada semana e em 2 tomadas, até atingir a dose de manutenção (CUMMINGS, 1997; RIOT; DEROFF, 2003).

Para o tratamento dos distúrbios de comportamento, acima mencionados, bastante freqüentes na fase moderada do quadro demencial, devem ser utilizados neurolépticos atípicos em baixas doses, com menores efeitos anticolinérgicos, como Risperidona, Olanzapina e Quetiapina. Estes neurolépticos podem ser utilizados em associação com os anticolinesterásicos. Outras drogas como a Trazodona e Carbamazepina podem ser utilizadas. Os Benzodiazepínicos devem ser evitados, devido ao potencial efeito anticolinérgico (CUMMINGS, 1997; RIOT; DEROFF, 2003).

Referências Bibliográficas

- AEVARSSON, O.; SVANBORG, A.; SKOOG, I. Seven-year survival rate after age 85 years: relation to Alzheimer disease and vascular dementia. **Arch. Neurol.** 55, 1998. p.1226-32.
- AGÜERO-TORRES, H. *et al.* Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. **Am. J. Public. Health.** 88(10), 1998. p.1452-6.
- APA - American Psychiatric Association. Committee on Nomenclature and Statistics Diagnostic and Statistic Manual of Mental **Disorders - Fourth Edition (DSM-IV)**. Washington, DC, 1994. p.142-3.
- BERG, L. Does Alzheimer's disease represent an exaggeration of normal aging?. **Arch. Neurol.** 42, 1985.p.737-9.
- BRAYNE, C.; Calloway, P. "An epidemiological study of dementia in a rural population of elderly women". **Br. J. Psychiatry.** 155, 1989. p.214-9.
- BURNS, A. *et al.* Factors affecting survival in Alzheimer's disease. **Psychol. Med.** 21, 1991.p.363-70.
- CUMMINGS, J.L. *et al.* Alzheimers's disease: etiologies, pathophysiology, cognitive reserve, and treatment opportunities. **Neurology.** 51(Suppl.), 1998. p.2-17.
- CUMMINGS, J. "Alzheimer's disease". **NEJM.** 351, 2004. p.56-67.
- DI CARLO, A. *et al.* Cognitive impairment without dementia in older people; prevalence, vascular risk factors, impact on disability. The Italian longitudinal study on aging. **J. Am. Geriatr. Soc.** 48, 2000.p.775-82.
- FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients

- for the clinicians. **J. Psychiatr. Res.** 12, 1975. p.189-98.
- FORLENZA, O.V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria geriátrica**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- FRATIGLIONI, L.; DE RONCHI, D.; TORRES, H. Worldwide prevalence and incidence of dementia. **Drugs & aging.** 15(5), 1999. p.65-75.
- JORM, A.F.; KORTEN, A.E.; HENDERSON, A.S. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. **Acta Psychiatr. Scand.** 76, 1987. p.65-79.
- LEVY, R. Aging-associated cognitive decline. **Int. Psychogeriatrics.** 4(1), 1994. p.63-8.
- MCCLOUGHLIN, D.M.; LEVY, R. The differential diagnosis of dementia. **Acta Neurol. Scand.** (Suppl.165), 1996. p.92-100.
- MCKHANN, G. *et al.* Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. **Neurology.** 34, 1984. p.939-44.
- MALETTA, G. The concept of reversible dementia: how non-reliable terminology may impair effective treatment. **J. Am. Geriatric Soc.** 38, 1990. p.136-40
- MONTAÑO, M.B.M.M.; RAMOS, L. R. Validity of de Portuguese version of Clinical Dementia Rating. **Rev. Saúde Pública** 39(6), 2005. p.912-7.
- MORRIS, J.C. Differential diagnosis of Alzheimer's disease. In: FRIEDLAND, R.P. Clinics in geriatric medicine, Alzheimer's disease update. 10(2), 1994. p.257-76.
- NELSON, E.A.; DANNEFER, D. Aged heterogeneity: fact or fiction? The fate of diversity in gerontological research. **Gerontologist.** 32:17-23, 1992.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. **Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. p.45.
- PETERSEN, R.C. *et al.* Current concepts in mild cognitive impairment. **Arch. Neurol.** 58:1985-92, 2001.
- PRICE, B.H. Differential diagnosis of dementia. In: Samuels, M.A.; Feske, S. **Office practice of neurology** (Harvard). Section 1, 1996. p.705-10.
- RAMOS, L.R.; SIMÕES, J.S.; ALBERT, M.S. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a 2-year follow-up. **Journal of American Geriatrics Society.** 49,2001. p.1168-75.
- REICHMAN, W.E.; CUMMINGS, J.F. Demência. In: CALKINS, E.; FORD, A.B.; KATZ, P.R. **Geriatría prática**. 2.ed. Cap.32, 1997. p.312-28.
- TARIOT, P.N.; FEDEROFF, H. Current treatment for Alzheimer disease and future prospects. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.** 17, S:(4), 2003.
- WINBLAD, B. *et al.* Mild cognitive impairment- beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. **Journal of Internal Medicine** 256, 2004. p.240-246.

Envelhecimento, atividade física e saúde

Sandra Marcela Mahecha Matsudo¹

Os efeitos do envelhecimento na aptidão física e capacidade funcional (PARAHYBA *et al.*, 2005; MCGUIRE *et al.*, 2007) têm sido bem descritos na literatura científica. Um dos efeitos do processo do envelhecimento no ser humano é a diminuição do nível de atividade física (INGRAM, 2000; AL-HAZZAA, 2007). Dados do Estado de São Paulo (MATSUDO *et al.*, 2002) evidenciaram que o nível de sedentarismo se manteve constante (5,4% a 9,6%) nos grupos de 15-29, 30-49, 50-69 e mais de 70 anos de idade. Os dados do **Projeto “Longitudinal de Envelhecimento e Aptidão Física”** (coordenado pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul - CELAFISCS desde 1997) sugerem que mulheres envolvidas regularmente em atividade física mantêm o perfil antropométrico estável durante o processo de envelhecimento independente da idade cronológica (MATSUDO *et al.*, 2002). Ao verificar a evolução de nível de atividade física das pessoas com mais de 50 anos (MATSUDO *et al.*, 2006) foi observado que a prevalência de pessoas ativas aumentou 61% aproximadamente, enquanto a de irregularmente ativas diminuiu 60,0%. Os dados sugeriram que a intervenção de um programa de atividade física como o Agita São Paulo pode contribuir para aumentar o nível de atividade física da população acima de 50 anos.

Atividade Física, Capacidade Funcional e Longevidade

Os efeitos benéficos da prática regular da atividade física no mesmo processo têm sido amplamente estudados (MATSUDO *et al.*, 2000; NELSON *et al.*, 2007) e incluem:

Efeitos antropométricos:

- controle ou diminuição da gordura corporal;
- manutenção ou incremento da massa muscular, força muscular e da densidade óssea;
- fortalecimento do tecido conectivo;
- melhora da flexibilidade.

Efeitos metabólicos:

- aumento do volume de sangue circulante, da resistência física em 10-30% e da ventilação pulmonar;
- diminuição da frequência cardíaca em repouso e no trabalho submáxima e da pressão arterial;
- melhora nos níveis de HDL (lipoproteínas de alta densidade) e diminuição dos níveis de triglicérides, colesterol total e LDL (lipoproteínas de baixa densidade), dos níveis de glicose - diminuição de marcadores anti-inflamatórios associados às doenças crônicas não transmissíveis;
- diminuição do risco de doença cardiovascular, acidente vascular cerebral tromboembólico, hipertensão, diabetes tipo 2, osteoporose, obesidade, câncer de cólon e câncer de útero.

Efeitos cognitivos e psicossociais:

- melhora do auto-conceito, auto-estima, imagem corporal, estado de humor, tensão muscular e insônia;
- prevenção ou retardo do declínio das funções cognitivas;
- diminuição do risco de depressão;
- diminuição do estresse, ansiedade e depressão, consumo de medicamentos e incremento na socialização.

Efeitos nas quedas:

- redução de risco de quedas e lesão pela queda;
- aumento da força muscular dos membros inferiores e coluna vertebral;
- melhora do tempo de reação, sinergia motora das reações posturais, velocidade de andar, mobilidade, e flexibilidade.

Efeito terapêutico:

- efetivo no tratamento de doença coronariana, hipertensão, enfermidade vascular periférica, diabetes tipo 2, obesidade, colesterol elevado, Osteoartrite, claudicação e doença pulmonar obstrutiva crônica;
- efetivo no manejo de distúrbios de ansiedade e depressão, demência, dor, insuficiência cardíaca congestiva, síncope, acidente vascular cerebral, profilaxia de tromboembolismo venoso, dor lombar e constipação.

¹ Médica Especialista em Medicina Esportiva, Doutora em Ciências, Diretora Geral do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul - CELAFISCS e Coordenadora do Projeto Longitudinal de Envelhecimento e Aptidão Física de São Caetano do Sul. Contato: sandra@celafiscs.org.br

Um dos aspectos mais fascinantes é a relação entre o exercício, atividade física e a longevidade (SUNDQUIST *et al.*, 2004; MANINI *et al.*, 2006; INOUE *et al.*, 2006) sendo que os estudos mostram de forma geral que os indivíduos que eram fisicamente ativos apresentam um menor risco de mortalidade por todas as causas do que os fisicamente inativos. Da mesma forma, foi encontrado que o nível de condicionamento físico em idosos é um fator preditor de mortalidade independente da adiposidade abdominal ou total (SUI *et al.*, 2007).

Alguns estudos têm procurado verificar a relação entre o nível de atividade física e a capacidade funcional e outros parâmetros de saúde (CAWTHON *et al.*, 2007; SHUMWAY-COOK *et al.*, 2007; MALMBERG *et al.*, 2006; BOYLE *et al.*, 2007; PATEL *et al.*, 2006). As conclusões mostram que a AF no tempo livre realizada em pouca quantidade, em intensidade leve duas vezes ou mais na semana e de atividades de condicionamento realizadas menos de três vezes por semana foram associados com maior risco futuro de dificuldades na mobilidade de adultos e idosos.

O risco de doença de Parkinson também tem sido associado à atividade física. Estudo com mais de 125.000 sujeitos (CHEN *et al.*, 2005) mostrou que a atividade física na idade adulta jovem foi inversamente relacionada com o risco de Parkinson (60% menos risco nos homens que realizavam atividade física vigorosa mais de 10 meses por ano).

Um dos dados mais intrigantes da relação da atividade física e longevidade veio da evidência que o estilo de vida sedentário tem um efeito no cumprimento dos telômeros dos leucócitos e, portanto, pode acelerar o processo de envelhecimento (CHERKAS *et al.*, 2008).

Com base em todos os dados expostos anteriormente podemos inferir que as evidências epidemiológicas disponíveis sugerem fortemente uma associação inversa entre atividade física e mortalidade. Dessa forma, os dados apóiam a necessidade do estímulo da atividade física regular especialmente após os 50 anos de idade, visto que é a manutenção da atividade física regular ou a mudança a um estilo de vida ativo que tem um impacto real na saúde e na longevidade.

Atividade Física e Saúde Mental

As evidências destacam o impacto positivo da atividade física regular em aspectos cognitivos, na saúde mental e bem estar geral do indivíduo durante o processo de envelhecimento. Alguns destacam o efeito da atividade física, mais especificamente da

caminhada, na diminuição do risco de demência vascular (RAVAGLIA *et al.*, 2007) entre outros, assim com a existência de menor declínio cognitivo naqueles com hábitos saudáveis (BARNES *et al.*, 2007). O exercício pode elevar o BDNF (brain-derived neurotrophic factor) e outros fatores de crescimento, estimular a neurogênese, mobilizar a expressão de genes que beneficiam o processo de plasticidade cerebral, aumentar a resistência do cérebro ao dano, melhorar a aprendizagem e o desempenho mental (COTMAN 2002). Alguns estudos experimentais demonstraram o efeito do exercício na regeneração axonal de neurônios (MOLTENI *et al.*, 2004) e na indução de neurogênese (PEREIRA *et al.*, 2007)

O efeito de treinamento de força muscular na cognição de idosos também tem sido analisado por alguns autores (LACHMAN *et al.*, 2006; ROGERS, 2008; FERRIS *et al.*, 2007; LEVINGER *et al.*, 2008; ROLLAND *et al.*, 2007). Os achados destacam a relação entre a perda de força muscular e o risco de demência e Doença de Alzheimer, mas, por outro lado, apontam o impacto positivo do aumento de força muscular na memória e nas funções cognitivas.

Orientação da Atividade Física

A recomendação de atividade física para a saúde durante o processo de envelhecimento ou para o idoso segue as mesmas linhas de recomendação para a população geral (NELSON *et al.*, 2007; PATE *et al.*, 1995). A recomendação de atividade física e Saúde Pública no idoso enfatiza quatro aspectos chave para a promoção de um envelhecimento saudável:

1. Atividades aeróbicas: para a promoção e manutenção da saúde o idoso deve realizar atividades aeróbicas de intensidade moderada pelo menos 30 minutos diários em cinco dias da semana que tem sido a recomendação usada desde 1996 pelo Programa "Agita São Paulo".

2. Fortalecimento muscular: exercícios com peso realizados em uma série de 10-15 repetições, de 8 a 10 exercícios que trabalhem os grandes grupos musculares, de dois a três dias não consecutivos.

3. Flexibilidade: atividades de pelo menos 10 minutos com o maior número de grupos de músculos e tendões, por 10 a 30 segundos; em 3 a 4 repetições de cada movimento estático, todos os dias de atividades aeróbicas e de fortalecimento.

4. Equilíbrio: exercícios de equilíbrio três vezes por semana.

Conclusão

A atividade física regular tem um papel fundamental na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida durante o envelhecimento. É importante enfatizar, que tão importante quanto estimular a prática regular da atividade física aeróbica, de fortalecimento muscular, do equilíbrio, as mudanças para a adoção de um estilo de vida ativo são parte fundamental de um envelhecer com saúde e qualidade.

Referências Bibliográficas

- AL-HAZZAA, H.M. Health-enhancing physical activity among Saudi adults using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). **Public Health Nutr.** 10(1), 2007. p.59-64.
- BARNES, D.E.; CAULEY, J.A.; LUI, L.Y. et al. Women who maintain optimal cognitive function into old age. **J Am Geriatr Soc.** 55(2), 2007. p.259-64.
- BOYLE, P.A.; BUCHMAN, A.S.; WILSON, R.S.; BIENIAS, J.L.; BENNETT, D.A. Physical activity is associated with incident disability in community-based older persons. **J Am Geriatr Soc.** 55(2), 2007. p.195-201.
- CASPERSEN, C.J.; PEREIRA, M.A.; CURRAN, K.M. Changes in physical activity patterns in the United States, by sex and cross-sectional age. **Med.Sci.Sports Exerc.** 32(9), 2000. p.1601-9.
- CASSILHAS, R.C.; VIANA, V.A.; GRASSMANN, V. et al. The impact of resistance exercise on the cognitive function of the elderly. **Med.Sci.Sports Exerc.** 39(8), 2007. p.1401-7.
- CAWTHON, P.M.; FINK, H.A.; BARRRETT-CONNOR, E. et al. Alcohol use, physical performance, and functional limitations in older men. **J Am Geriatr Soc.** 55(2), 2007. p.212-20.
- CHEN, H.; ZHANG, S.M.; SCHWARZSCHILD, M.A.; HERNÁN, M.A.; ASCHERIO, A. Physical activity and the risk of Parkinson disease. **Neurology.** 64(4), 2005. p.664-9.
- CHERKAS, L.F.; HUNKIN, J.L.; KATO, B.S. et al. The association between physical activity in leisure time and leukocyte telomere length. **Arch Intern Med.** 168(2), 2008. p.154-8.
- COTMAN, C.W.; BERCHTOLD, N.C. Exercise: a behavioral intervention to enhance brain health and plasticity. **Trends Neurosci.** 25(6), 2002. p.295-301.
- FERRIS, L.T.; WILLIAMS, J.S.; SHEN, C.L. The effect to acute exercise on serum brain-derived neurotrophic factor levels and cognitive function. **Med.Sci.Sports Exerc.** 39 (4), 2007. p.728-34.
- GALPER, D.I.; TRIVEDI, M.H.; BARLOW, C.E.; DUNN, A.L.; KAMPERT, J.B. Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. **Med Sci Sports Exerc** 38(1), 2006. p.173-8.
- HAIGHT, T.; TGAER, I.; STERNFELD, B.; SATARIANO, W. VAN DER LAAN, M. Effects of body composition and leisure-time physical activity on transitions in physical functioning in the elderly. **Am J Epidemiol.** 162(7), 2005. p.607-17.
- INGRAM, D.K.; Age-related decline in physical activity: generalization to nonhumans. **Med.Sci.Sports Exerc,** 32(9), 2000. p.1623-9.
- INOUE, K.; SHONO, T.; MATSUMOTO, M. Absence of outdoor activity and mortality risk in older adults living at home. **JAPA.** 14(2), 2006. p.203-11. Referência não localizada em base de dados consultadas. Disponível em: <http://www.humankinetics.com/JAPA/viewarticle.cfm?jid=FzhTfss8JprDyb46CsbKxB6MrfKw3QfHgrjt&aid=5601&site=FzhTfss8JprDyb46CsbKxB6MrfKw3QfHgrjt>. Acessado em 2008 (11 abr)
- LACHMAN, M.E.; NEUPERT, S.D.; BERTRAND, R.; JETTE, A.M. The effects of strength training on memory in older adults. **J Aging and Phy Act** 14(1), 2006. p.59-73.
- LEMMER, J.T.; IVEY, F.M.; RYAN, A.S. et al. Effect of strength training on resting metabolic rate and physical activity: age and gender comparisons. **Med.Sci.Sports Exerc.** 33(4), 2001. p.532-41.
- LEVINGER, I.; GOODMAN, C.; MATTHEWS, V. et al. BDNF, Metabolic risk factors, and resistance training in middle-aged individuals. **Med.Sci.Sports Exerc.** 40(3), 2008. p.535-41.
- MAIMBERG, J.J.; MIILUNPALO, S.I.; PASANEN, M.E.; VUORI I.M.; OJA, P. Associations of leisure-time physical activity with mobility difficulties among middle-aged and older adults. **Journal of Aging and Physical Activity.** 14(2), 2006. p.133-53.
- MANINI, T.M.; EVERHART, J.E.; PATEL, K.V. et al. Daily activity energy expenditure and mortality among older adults. **JAMA.** 296(2), 2006. p.171-9.
- MATSUDO, S.M.; BARROS NETO, T.L.; MATSUDO, V.K.R. Perfil antropométrico de mulheres maiores de 50 anos fisicamente ativas de acordo com a idade cronológica – Evolução de 1 ano [Evolution of the anthropometric profile of physically active women, above 50 years, in one-year period as related to chronological age]. *Rev. Bras. Cienc. e Mov.* 10(2), 2002. p.15-26. Disponível em: <http://www.ucb.br/mestradoef/RBCM/10/10%20-%202/r2v10n2.pdf>. Acessado em 2008 (10 abr).
- MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; ANDRADE, E.L.; ANDRADE, D.R.; OLIVEIRA, L. Evolution of physical activity level of people over 50-years old involved in a community physical activity promotion program. **Med Sci Sports Exerc.** 38(5 Suppl), 2006. p.S305. Disponível em: <http://www.acsm-msse.org/pt/re/msse/search.htm;jsessionid=H1cc1hC6DzbbqDkbj2YXyJlIsz2TSCXKRghR7gj9GyQRnmbbnOGPS1271346019!181195628!80911!1?&index=1&results=1&searchid=3>. Acessado em 2008 (11 abr).
- MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; BARROS NETO, T.L. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Rev Bras Ativ Fis Saude.* 5(2), 2000. p.60-76.
- MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.R.; ARAUJO, T. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Rev. Bras. Cienc. e Mov.** 10(4), 2002. p.41-50.
- MCGUIRE, L.C.; STRINE, T.W.; OKORO, C.A.; AHLUWALIA, I.B.; FORD, E.S. Healthy lifestyle behaviors among older U.S. adults with and without disabilities, behavioral risk factor surveillance system, 2003. **Prev Chronic Dis** 2007 Jan. Disponível em: http://www.cdc.gov/PCD/issues/2007/jan/06_0029.htm. Acessado em 2008 (10 abr). [serial online]
- MOLTENI, R.; ZHENG, J.Q.; GÓMEZ-PINILLA, F.; TWISS, J.L. Voluntary exercise increases axonal regeneration from sensory neurons. **Proc Natl Acad Sci U S A.** 101(22), 2004. p.8473-8.
- NELSON, M.E.; REJESKI, W.J.; BLAIR, S.N. et al. **Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association.** *Circulation.* 116(9), 2007. p.1094-105.

- PARAHYBA, M.I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. São Paulo: **Revista de Saúde Pública/Journal Public Health**, 39(3), 2005. p.383-91.
- PATE, R.R. ; PRATT, M. ; BLAIR, S.N. *et al.* Physical activity and public health. A recommendation from the Center for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**. 273(5), 1995. p.402-7.
- PATEL, K.V.; COPPIN, A.K.; MANINI, T.M. *et al.* Midlife physical activity and mobility in older age: The InCHIANTI **Study**. **Am J Prev Med**. 31(3), 2006. p.217-24.
- PEREIRA, A.C.; HUDDLESTON, D.E.; BRICKMAN, A.M. *et al.* An in vivo correlate of exercise-induced neurogenesis in the adult dentate gyrus. **Proc Natl Acad Sci U S A**. 104(13), 2007. p.5638-43.
- RAVAGLIA, G.; FORTI, P.; LUCICESARE, A. *et al.* Physical activity and dementia risk in the elderly. Findings from a prospective Italian study. **Neurology**. 2007, doi: 10.1212/01.wnl.0000296276.50595.86. Disponível em: <http://www.neurology.org/cgi/content/abstract/01.wnl.0000296276.50595.86v1>. Acessado em 2008 (10 abr).
- REJESKI, W.J.; BRAWLEY, L.R. Functional health: innovations in research on physical activity with older adults. **Med Sci Sports Exerc**. 38(1), 2006. p.93-9.
- ROGERS, S.D.; JARROTT, S.E. Cognitive impairment and effects on upper body strength of adults with dementia. **JAPA**. 16(1), 2008. p.61-8. Disponível em <http://www.humankinetics.com/JAPA/viewarticle.cfm?jid=6kAvhC6d6rHhvARg6ffhmH6E6bGxcaEt6xXr&aid=15291&site=6kAvhC6d6rHhvARg6ffhmH6E6bGxcaEt6xXr>. Acessado em 2008 (11 abr).
- ROLLAND, Y.; PILLARD, F.; KLAPOUSZCZAK, A. *et al.* Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. **J Am Geriatric Soc**. 55(2), 2007. p.158-65.
- SALLIS, J.F.; Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. **Med.Sci.Sports Exerc**. 32(9), 2000. p.1598-600.
- SHUMWAY-COOK, A.; GURALNIK, J.M.; PHILLIPS, C.L. *et al.* Age-associated declines in complex walking task performance: the Walking In. CHIANTI toolkit. **J Am Geriatr Soc**. 55(1), 2007. p.58-65.
- SUI, X.; LAMONTE, M.J.; LADIKA, J.N. *et al.* Cardiorespiratory fitness and adiposity as mortality predictors in older adults. **JAMA**. 298(21), 2007. p.2507-16.
- SUNDQUIST, K.; QVIST, J.; SUNDQUIST, J.; JOHANSSON, S.E. Frequent and occasional physical activity in the elderly: a 12-year follow-up study of mortality. **Am J Prev Med**. 27(1), 2004. p. 22-7.

As redes sociais e de apoio: o conviver e a sua influência sobre a saúde

Tereza Etsuko da Costa Rosa¹
Maria Helena D'Aquino Benício²

"De todos os bens que a sabedoria nos ensina e que são necessários para a nossa sobrevivência, a amizade é de longe o maior".

(Epicuro, 341-270 a.C.)

Em meados da década de 1970, alguns pesquisadores passam a dar atenção especial ao contexto social, a partir da suposição de que havia certos aspectos do ambiente social capazes de produzir efeitos sobre um hospedeiro suscetível a agentes de doenças. Os estudos passam a sugerir a existência de uma relação entre redes formadas por laços sociais, relações com parentes e amigos e a promoção de saúde, a proteção contra doenças, e mesmo com o aumento da sobrevivência em indivíduos. As investigações neste âmbito confirmam que a presença ou ausência de redes formadas por laços sociais e de relações com parentes e amigos afetam diferencialmente a saúde dos indivíduos (CASSEL, 1976).

O presente artigo buscou compreender, com base em pesquisa bibliográfica, o significado das redes sociais de apoio para a melhoria da saúde e as estruturas e dos processos sociais amplos, bem como dos processos psicológicos e biológicos, que determinam a quantidade e qualidade das redes sociais e de apoio entre os idosos.

O conceito de redes sociais de apoio

As relações sociais de apoio estão associadas à organização do vínculo entre pessoas e é composta pela rede de relações formais e informais. As relações formais seriam os contatos com profissionais como médico, dentista, professor, advogado, etc., e outras pessoas conhecidas. Por outro lado, as relações tidas como de maior importância pessoal e afetiva são as relações sociais informais, compostas por vínculos com todos os demais indivíduos (família, amigos,

vizinhos, colegas de trabalho, comunidade, etc) e têm como características marcantes a familiaridade e a proximidade, com envolvimento afetivo.

O que se denomina **apoio social**, no âmbito das redes sociais, relaciona-se com os aspectos qualitativos e comportamentais das relações sociais e compreende quatro tipos: 1) apoio emocional, que envolve expressões de amor e afeição; 2) apoio instrumental ou material que se refere aos auxílios concretos como provimento de necessidades materiais em geral, ajuda para trabalhos práticos (limpeza de casa, preparação de refeição, provimento de transporte) e ajuda financeira; 3) apoio de informação que compreende informações (aconselhamentos, sugestões, orientações) que podem ser usadas para lidar com problemas e resolvê-los; e 4) interação social positiva que diz respeito à disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar (DUE, 1999).

Importância das redes sociais de apoio em idosos

Do mesmo modo como as redes sociais de apoio mostraram influência sobre as condições de saúde e mortalidade da população em geral, a presença delas tem sido fortemente associada com desfechos positivos, também para os idosos.

- Efeitos sobre algumas medidas de saúde

Redes sociais diversificadas, ou seja, formadas por pessoas de diferentes relacionamentos ou graus de parentesco e amigos foram consistentemente associadas com algumas medidas da saúde, tais como capacidade funcional, melhor controle dos esfíncteres, auto-avaliação positiva de saúde e melhor acuidade visual, em idosos (LITWIN, 2001).

- Efeitos sobre a mortalidade

Estudos epidemiológicos longitudinais realizados com idosos em diversos locais do mundo, Estados Unidos, Europa, Ásia e na África, têm mostrado a relação entre redução no risco de mortalidade e presença de relações sociais (DAVIS *et al.*, 1997; LUND *et al.*, 2000; CERIA *et al.*, 2001; RAHMAN, 1999).

¹ Mestre e Doutora em Saúde Pública e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: tererosa@isaude.sp.gov.br

² Médica, Doutora em Medicina e Professora do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

- Efeitos sobre a Saúde Mental

A literatura mostra estudos, específicos com idosos, sobre o efeito protetor das redes sociais sobre sintomas depressivos (PALINKAS *et al.*, 1990) e outros, que indicam que o suporte social pode amenizar o efeito da incapacidade funcional dos idosos em quadros depressivos (WALLSTEN. *et al.*, 1999).

Outros estudos relacionam altos escores de satisfação com a vida e melhor estado de saúde na auto-avaliação de idosos – importantes preditores de mortalidade – com a frequência de contatos com irmãos (McCAMISH-SVENSSON *et al.*, 1999) e com outros familiares e amigos (PINQUART; SÖRENSEN, 2000).

Na população de idosos têm-se observado, também, a associação positiva entre redes sociais formadas por grande número de amigos e escores de estado de ânimo (LITWIN, 2001) e de auto-estima (LEE; SHEHAN, 1989).

- Efeitos sobre comportamentos alimentares

Outro grupo interessado em verificar os efeitos da integração social em comportamentos alimentares, observou que os idosos que estavam satisfeitos com a frequência de visitas recebidas por parentes e amigos registraram menos problemas com suas dietas (LEARNER; KIVETT, 1981); foi observado também que aqueles que eram mais ativos física e socialmente tinham dietas alimentares mais diversificadas e adequadas (KRONDL *et al.*, 1982); constatou-se, ainda, que amplas redes de amigos têm conseqüências positivas no apetite e na ingestão adequada de nutrientes e além disso, que a magnitude dos efeitos negativos do estresse financeiro sobre o apetite foi reduzida pelo relacionamento com amigos, pelo estado conjugal e pela presença de companhia (McINTOSH *et al.*, 1989).

- Efeitos da reciprocidade nas relações sociais sobre a saúde

Como outra importante faceta do processo envolvido nas redes sociais de apoio, as trocas sociais são vistas, por diversos autores, como fator crítico para o bem estar, ou seja, os efeitos do receber apoio, do oferecer apoio e os da reciprocidade sobre o bem estar são de crucial e decisiva importância. Além das trocas sociais, outro conceito subjacente às redes sociais de apoio é a norma da solidariedade nas relações próximas, tais como as encontradas entre membros de uma família. A norma da reciprocidade e da solidariedade está refletida no compromisso das pessoas com entes queridos e amados, apesar do custo ou do que vai retornar a elas. (LIANG *et al.*, 2001; HUGHES;

WAITE, 2002). Esses autores mostram a importância de se manter o idoso no elenco de pessoas cujo papel não é somente receber, mas também prover ajuda para os outros e que a percepção que os indivíduos têm sobre o equilíbrio dos recursos e das demandas é o fator que tem mais conseqüências sobre a saúde deles. Isso significa que o apoio informal, dentro das redes sociais dos idosos, é governado também pelo critério da reciprocidade.

- Efeito das diferentes fontes de apoio social

Alguns estudos têm focado seus esforços para especificar se algumas fontes de apoio (cônjuge, amigos, colega de trabalho e de profissão) são mais eficazes em proteger dos impactos de certas situações estressantes. Em decorrência disso, algumas pesquisas gerontológicas têm se debruçado a investigar a preferência dos idosos por diferentes fontes de apoio. Pinquart e Sörensen (2002) observaram, numa população americana e canadense, que os idosos preferem apoio informal e misto (formal/informal) para necessidades de cuidados em curto prazo e preferem assistência mais formal para necessidades de cuidados de longo prazo. Um estudo realizado na China, contexto cultural e econômico totalmente diverso do estudo anterior, evidencia resultados guardando certa semelhança: enquanto os idosos chineses esperam que os programas de pensão do Estado resolvam uma boa parte das suas necessidades financeiras, a família permanece preferencialmente como fonte de apoio social e emocional, tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais (PEI; PILLAI, 1999). Esses estudos nos indicam que o contexto cultural do idoso e o tempo de duração das necessidades são determinantes nas escolhas do provedor de assistências.

Família: arranjo domiciliar e apoio

No âmbito das pesquisas sobre o impacto da estrutura familiar ou do arranjo domiciliar sobre a saúde, grande parte delas tem mostrado maior longevidade das pessoas casadas quando comparada com a das não casadas (MURRAY, 2000). Pessoas com melhores desfechos de saúde também são encontradas entre as pessoas que vivem com o cônjuge (BENZEVAL, 1998).

Por outro lado, considerando-se as dimensões do apoio social informal (apoio emocional, apoio instrumental, apoio de informação e interações sociais positivas), observa-se que o predomínio da família na atenção às pessoas idosas é muito forte. A tendência atual de os idosos morarem sós não tem sido interpretada,

necessariamente, como uma mudança qualitativa nas relações entre as gerações na família. Esta situação, denominada “intimidade à distância” por Rosenmayr e Koeckels, em 1963 (referida por DEBERT, 1999) seria propiciada pelos meios de comunicação à distância e pelas facilidades nos meios de locomoção.

Relação entre redes sociais de apoio e nível socioeconômico, gênero e idade

Entre os poucos estudos que investigam a influência de variáveis como nível socioeconômico, gênero e idade das pessoas na formação de diferentes redes de apoio, Turner e Marino (1994) observaram que pessoas que trabalhavam em ocupações prestigiadas socialmente recebiam maiores níveis de apoio social; e Krause e Borawski-Clark (1995) que idosos com renda e nível educacional mais altos têm mais contatos com amigos, maior frequência de apoio fornecido a outros e maior satisfação com apoio recebido dos membros da rede de apoio.

Algumas pesquisas têm fornecido fortes evidências para uma importante diferença quanto ao gênero nos níveis de apoio social: as redes sociais das mulheres são maiores e mais amplas do que a dos homens (TURNER; MARINO, 1994), que tendem a se relacionar exclusivamente com seus cônjuges (DUE *et al.*, 1999). Turner e Marino (1994) observaram que os casados, para ambos os sexos, são favorecidos significativamente pelo apoio proveniente da família.

Diversas investigações têm indicado que existem pessoas-chave nas redes sociais, e que estas diferem muito de acordo com a faixa etária. Esses resultados levam à hipótese de que a importância relativa que pessoas como pais, filhos, parentes e amigos têm dentro das redes sociais sofre modificações ao longo da vida, conforme os ciclos de vida. (OLSEN *et al.*, 1991; DUE *et al.*, 1999).

No que diz respeito à idade, em termos gerais, pessoas mais jovens tendem a ter mais contatos e mais apoio instrumental do que os mais idosos. Nos grupos etários mais avançados, o nível dos contatos piora, provavelmente pela diminuição do número de irmãos e amigos vivos, que constituíam sua rede social potencial (OLSEN *et al.*, 1991).

As redes sociais de apoio da população idosa do Município de São Paulo

A partir do Inquérito sobre Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - Projeto “Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento” (SABE) (LEBRÃO; LAURENTI, 2005), foram

analisados os aspectos do ambiente social, relacionados às redes sociais de apoio, da população idosa do Município de São Paulo (ROSA *et al.*, 2007).

Dois aspectos desse estudo merecem destaque: 1) as pessoas maiores de 80 anos tinham mais chances de residirem sós, condição considerada desfavorável nas redes sociais, uma vez que viver sozinho significa ausência de uma relação próxima, imediata, que pode constituir-se em apoio social. Entretanto, analisando-se mais detalhadamente essa situação, foi possível concluir que, mesmo em idade avançada, quando as condições de independência física e econômica permitem, o idoso decide ter distância física dos filhos, o que lhes pode proporcionar uma inserção familiar e social mais ampla. Essa situação foi confirmada mais fortemente para as mulheres onde aquelas que residem sós foram as que responderam mais frequentemente não receber ajudas como dinheiro, comida, roupas, transporte e ajuda nas tarefas de casa; 2) o número de idosos que responderam relacionar-se com pessoas não-parentes foi muito baixo, levando os autores a acreditarem que as relações desses idosos devem limitar-se essencialmente à família nuclear e que os filhos são pessoas-chave no apoio a eles. Nessa perspectiva, chamou a atenção que os idosos que tinham rendas nos patamares mais baixos conformavam arranjos familiares intergeracionais que seriam, até certo ponto, protetores. Ou seja, os motivos que têm levado os idosos a residirem com seus filhos parecem estar relacionados com a necessidade de reunir renda e facilitar, pela proximidade física, as transferências de apoio. O que se conclui desse estudo é que os homens após 70 anos, aqueles em condição de viuvez e os de rendas mais baixas residindo em arranjos intergeracionais foram os que apresentaram as condições mais desfavoráveis nas redes sociais de apoio. Considerando-se que essas condições desfavoráveis apresentam-se como riscos à saúde, poderiam ser orientadas na atenção primária ações específicas com vistas à prevenção e promoção de saúde desses idosos, contando também com intervenções específicas a seus familiares, uma vez que esse idoso parece depender exclusivamente do apoio informal prestado pela família.

Considerações finais

Os mecanismos por meio dos quais o apoio social influencia a saúde ainda não estão suficientemente esclarecidos e, o modo como o contexto social mais amplo, fatores socioeconômicos, culturais, políticos

e mudanças sociais, determinam diferentemente a distribuição e a disponibilidade do apoio social ainda não foi satisfatoriamente investigado.

○ “Envelhecimento Ativo”, como um projeto de política de saúde, reconhecendo a importância do ambiente social (membros da família, vizinhos, colegas de trabalho e amigos que rodeiam o idoso) em que o envelhecimento ocorre o qual pode determinar um envelhecimento com mais ou menos qualidade de vida, indica o apoio social como um dos fatores determinantes do envelhecimento ativo.

Considerando-se esses dois aspectos, espera-se que, por um lado, novos estudos que incluam dimensões qualitativas das redes sociais, como avaliações subjetivas do apoio, e aspectos negativos, como conflitos e tensões, sejam realizados e, por outro, que o fato de existirem políticas e programas que proporcionam condições propícias e estimuladoras de contatos e de relações sociais positivas, os seus efeitos benéficos possam se traduzir na melhoria da qualidade de vida da população idosa.

Referências Bibliográficas

- BENZEVAL, M. The self-reported health status of alone parents. **Soc Sci Med**, 46, 1998. p.1337-53.
- CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. **Am J Epidemiol**. 1976. p.107-23.
- CERIA, C.D.; MASAKI, K.H.; RODRIGUEZ, B.L.; CHEN, R.; YANO, K.; CURB, J.D. The relationship of psychosocial factors to total mortality among older Japanese-American men: the Honolulu heart program. **Am J Geriatr Soc**; 49, 2001. p.725-31.
- DAVIS, M.A.; MORITZ, D.J.; NEUHAUS, J.M.; BARCLAY, J.D.; GEE, L. Living arrangements, changes in living arrangements, and survival among community dwelling older adults. **Am J Public Health**, 87, 1997. p.371-7.
- DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp/Fapesp, 1999
- DUE, P.; HOLSTEIN, B.; LUND, R.; MODVIG, J.; AVLUND, K. Social relations: network, support and relational strain. **Soc Sci Med**. 48, 1999. p.661-73.
- HUGHES, M.E.; WAITE, L.J. Health in household context: living arrangements and health in late middle age. **J Health Soc Behavior**; 43, 2002. p.1-21.
- KRAUSE, N.; BORAWSKI-CLARK, E. Social class differences in social support among older adults. **Gerontologist**, 35, 1995. p.498-508.
- KRONDL, M.; LAU, D.; YURKIW, M.A.; COLEMAN, P.H. Food use and perceived food meanings of the elderly. **J Am Diet Assoc**. 80, 1982. p.523-9.
- LEARNER, R.M.; KIVETT, V.R. Discriminators of perceived dietary adequacy among the rural elderly. **J Am Diet Assoc**. 78, 1981. p.330-7.
- LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo: **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 8, 2005. p.127-41.
- LEE, G.R.; SHEHAN, C.L. Social relations and the self-esteem of older persons. **Research Aging**. 11, 1989. p.427-42.
- LITWIN, H. Social network type and morale in old age. **Gerontol**41, 2001. p.516-24.
- LIANG, J.; KRAUSE, N.M.; BENNETT, J.M. Social exchange and well-being: is giving better than receiving? **Psychology Aging**. 3, 2001. p.511-23.
- LUND, R.; MODVIG, J.; DUE, P.; HOLSTEIN, B.E. Stability and change in structural social relations as predictor of mortality among elderly women and men. **Euro J Epidemiol**.16, 2000. p.1087-97.
- McINTOSH, W.A.; SHIFFLETT, P.A.; PICOU, J. Social support, stressful events, strain, dietary intake, and the elderly. **Med Care**. 27, 1989. p.140-53.
- McCAMISH-SVENSSON, C.; SAMUELSSON, G.; HAGBERG, B.; SVENSSON, T.; DEHLIN, O. Social relationships and health as predictors of life satisfaction in advanced old age: results from a Swedish longitudinal study. **Int J Aging and Human Development**. 1999. p.301-24.
- MURRAY, E.J. Marital protection and marital selection: evidence from a historical-prospective sample of American men. **Demography**. 37, 2000. p.511-21.
- OLSEN, O.; IVERSEN, L.; SABROE, S. Age and the operationalization of social support. **Soc Sci Med**. 32, 1991. p.767-71.
- PALINKAS, A.L.; WINGARD, D. L.; BARRETT-CONNOR, E. The biocultural context of social networks and depression among the elderly. **Soc Sci Med**. 30, 1990. p. 442-447.
- PEI, X.; PILLAI, V. Old Age support in China: The role of state and the family. **Int J Aging and Human Development**. 49, 1999. p.197-212.
- PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. **Psychology and Aging**. 15, 2000. p.187-224.
- PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Older adults' preferences for informal, formal, and mixed support for future care needs: a comparison of Germany and the United States. **Int J Aging Human Development**. 54, 2002. p.291-314.
- RAHMAN, M.O. Age and gender variation in the impact of household structure on elderly mortality. **Int J Epidemiol**. 28, p.485-91.
- TURNER, R.J.; MARINO, F. Social support and social structure: a descriptive epidemiology. **J Health Soc Behavior**, 35, 1994. p.193-212.
- WALLSTEN, S.M.; TWEED, D.L.; GEORGE, L.K. Disability and depressive symptoms in the elderly: the effects of instrumental support and its subjective appraisal. **Int J Aging Human Development**. 48, 1999. p.145-59.

Ludicidade, humor, diversão e participação social: motivos de bem-estar em todas as idades

Maria de Lima Salum e Morais¹

Pode-se afirmar que o brincar é, em nossa cultura, a principal atividade da criança até cerca de seis anos de idade. É a forma de ela se divertir, exercitar-se, conhecer a si mesma e o mundo, relacionar-se com os outros e dominar os símbolos. Os símbolos – representações da realidade, em geral estabelecidos por convenção, como palavras, gestos, imagens que designam objetos, idéias, conceitos, qualidades, quantidades – são essenciais para a comunicação. Jogos e brincadeiras infantis preenchem uma função importante na preparação das crianças para a inserção gradual na sociedade adulta. Além disso, as atividades lúdicas são caracterizadas pelo prazer que propiciam, por sua função revigorante e organizadora do comportamento (MORAIS, 2004).

No entanto, em nossa sociedade, por volta dos seis ou sete anos, com o ingresso da criança na escola, seu tempo para brincar vai sendo reduzido devido a imposições e pressões exercidas pela vida social. Não que o brincar seja uma atividade meramente infantil que perca sua função no decorrer da vida. As atividades lúdicas adquirem novas formas à medida que o indivíduo se desenvolve. O que, então, dá lugar ao brincar em outras fases do desenvolvimento humano? É preciso lembrar que a brincadeira é uma atividade que tem finalidade em si mesma, motivada por um prazer intrínseco. Diz-se que uma atividade é motivada por um prazer intrínseco quando é recompensada por sua mera realização, não tendo objetivos outros. Um exemplo de atividade de motivação extrínseca é comer, que dá prazer, mas, ao mesmo tempo, sacia a fome, preenchendo uma necessidade básica do indivíduo, que é manter os sistemas vitais em funcionamento através da energia fornecida pelos alimentos. Quais serão, portanto, os comportamentos que têm a motivação intrínseca do brincar e que exercem a mesma função na idade adulta?

Os jogos e atividades esportivas, quando não usados para fins exclusivamente de prestígio e re-

muneração, preenchem a mesma função da brincadeira. Outros “herdeiros” do brincar são: o humor, as atividades criativas - como as artes plásticas, a dança, a música, o teatro, a literatura - e a própria ciência. Enfim, todas as atividades que propiciam diversão - ou seja, que são executadas principalmente pelo prazer e satisfação que acarretam – preenchem função semelhante e proporcionam os mesmos benefícios dos jogos e brincadeiras infantis.

Diversos estudos têm mostrado a importância das atividades físicas e criativas para o alívio do estresse. Contudo a importância do humor e do senso de humor tem sido menos explorada. Nezu, Nezu e Blissett (1988) estão entre os principais autores que afirmam que o senso de humor é importante moderador dos efeitos deletérios de eventos negativos causadores de estresse. Abel (2002) verificou que pessoas com alto senso de humor tendiam a relatar menores graus de estresse e de ansiedade e maior positividade no enfrentamento e avaliação de problemas do que aquelas com pouco senso de humor. Benett e Langachem (2006) estão entre os pesquisadores que ressaltam a relação positiva entre senso de humor e saúde física.

Além de lúdicos, somos seres naturalmente sociais. Aprendemos nas relações interpessoais. Com elas nos gratificamos. Percebemo-nos e formamos nosso autoconceito também através do olhar dos outros. As necessidades de pertencimento a um grupo e de reconhecimento por parte dos outros são inerentes ao ser humano. O humor também se dá na interação social. Sem um sentido de participação social sentimos-nos solitários, quando não, inúteis e vazios. As pessoas privadas da companhia dos outros tendem a sentir-se deprimidas e angustiadas. Assiste-se ao mesmo fenômeno na brincadeira infantil. As crianças mais queridas por seus pares, mais ativas e mais seguras são aquelas que brincam mais, têm maior iniciativa na proposição de brincadeiras e maior participação no grupo de companheiros (Morais, 2004).

As características das diversas fases de desenvolvimento dos seres humanos são naturalmente

¹ Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. Contato: salum@isaude.sp.gov.br

influenciadas pela sociedade em que vivem. Uma sociedade competitiva e individualista como a nossa - que sobrestima a juventude, a beleza física e os bem sucedidos financeiramente - efetivamente não valoriza os mais velhos. O final da fase "produtiva" pode trazer consigo sentimentos de inutilidade, baixa auto-estima, insegurança, perda de contato e de participação em atividades sociais. Tais fatores comumente acarretam episódios depressivos, sentimentos de ansiedade e de angústia.

Em um trabalho de avaliação de um processo de terapia comunitária (TC), Vieira, Morais e Bastos (2008) concluíram que idosos que freqüentavam sessões de TC apresentavam inicialmente queixas de depressão, sentimentos de solidão, angústia, inutilidade e desânimo. Com a participação nas sessões grupais de TC relataram alívio de seu sofrimento psíquico e passaram a enfrentar mais positivamente seus problemas. Irigaray e Schneider (2008) verificaram que o tempo de participação superior a um ano em uma Universidade da Terceira Idade relacionava-se positivamente com menor intensidade de depressão e com melhor percepção de qualidade de vida por parte dos idosos que a freqüentavam. Os autores comentam a importância de participar de atividades grupais para minimizar os efeitos da depressão, proteger a auto-estima e encontrar momentos prazerosos.

Oliveira e Araújo (2002) constataram que, entre as principais estratégias de enfrentamento de problemas de saúde em idosos, estavam o apoio da família, a realização de atividades ocupacionais, o lazer e a participação grupal. Gáspari e Schwartz (2005) verificaram que idosos que viviam situações de lazer relatavam que a vivência do lazer acarretava emoções positivas promovidas pelo relacionamento interpessoal, pela contemplação, pela relação com a natureza, pela brincadeira e pela diversão.

Irigaray e Schneider (2008) assinalam a importância da rede social, formada por companheiros de atividades grupais, que ajudam a amortecer os impactos emocionais negativos de problemas - como doenças, luto, preocupações com os familiares - que comumente vitimam os mais velhos. Mediante a participação em atividades conjuntas, o idoso percebe que não está sozinho, que tem com quem contar e partilhar seus sentimentos - possibilidades que geram maior segurança, senso de pertencimento e de integração.

Numa sociedade pouco solidária como a nossa, outra questão que ameaça as pessoas doentes e os mais velhos é a perda de autonomia. O sentido de

competência dado pela possibilidade de autonomia é fonte de segurança. Quando uma pessoa vê seu senso de independência ameaçado, as conseqüências imediatas são sentimentos de insegurança e de autodesvalorização. A prática de atividades lúdicas e de lazer favorece o desenvolvimento e a preservação da autonomia, pois, além de propiciar estados emocionais positivos, alimenta a criação de vínculos e promove o exercício de atividades físicas, intelectuais e sociais. Assim, ficam reduzidas as possibilidades de o idoso sofrer restrições de sua livre movimentação e deslocamento, aumentando as chances de continuar exercendo o controle sobre a própria vida e sobre as atividades cotidianas correspondentes.

Evidentemente, os idosos, com ou sem limitações, têm as mesmas motivações que as pessoas de outras idades: desejos a serem satisfeitos, busca de prazer e de reconhecimento. É, portanto, nossa tese que a ludicidade, o senso de humor e a possibilidade de diversão estão presentes em todas as fases da vida, mas o tempo dedicado a elas fica, em tese, mais disponível, após a aposentadoria.

Souza (1998) relata motivos pelos quais os idosos nem sempre aproveitam o tempo livre para o lazer. Dentre eles, cita: a diminuição de renda, os preconceitos e estereótipos que a sociedade cria e mantém a respeito da velhice e problemas de saúde que se agravam com a idade. A autora, citando Dumazedier, afirma que o lazer é o conjunto de atividades mais extenso e significativo para os idosos. A prática das atividades diversivas e a adoção de valores correspondentes são importantes fontes de realização das pessoas na velhice. O mesmo autor salienta que, além da assistência sanitária e econômica aos idosos, é imperioso que se atente para as necessidades de distração, conversação, leitura, passeios, espetáculos, viagens, entre outras. O exercício de atividades não obrigatórias que incluam diversão, criatividade e prazer permite o envolvimento da totalidade da pessoa, de seu corpo, seus pensamentos, afetos e emoções, propiciando, além de distração, satisfação pessoal.

Embora vivamos numa sociedade norteadada pela produtividade, é preciso aprender a aproveitar o lazer e a resignificá-lo. Após uma longa vida de trabalho, é necessário reaprender a descansar e a divertir-se, sem os correspondentes sentimentos de culpa gerados pela "obrigatoriedade" de ser produtivo e bem-sucedido. O melhor momento para resgatar o prazer de brincar é quando há tempo livre

e sabedoria para isso. E, lembremos, brincar é tudo o que nos dá prazer e alegria. É criar, dançar, cantar, trocar idéias e afetos e procurar levar a vida com senso de humor, espantando, assim, “os fantasmas” da solidão, do desânimo, do cansaço e da doença.

Referências Bibliográficas

- ABEL, M.H. Humor, stress, and coping strategies. **International Journal of Humor Research**. v 15, p. 365–381. 2002.
- BENNETT, M. P.; LENGACHER, C. Humor and Laughter May Influence Health: II. Complementary Therapies and Humor in a Clinical Population. **Evid Based Complement Alternat Med.**, v. 3, p. 187–190, 2006.
- GÁSPARI, J. C.; SCHWARTZ, G.M. O idoso e a ressignificação emocional do lazer. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, p. 69-76. 2005.
- IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosos participantes de uma universidade da terceira idade. **Estudos de Psicologia**. Campinas, 25, p. 517-525. 2008
- MORAIS, M.L.S. **Conflitos e(m) brincadeiras infantis**. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da USP. São Paulo, 2004.
- NEZU A. M.; NEZU C. M.; BLISSETT S. E. Sense of humor as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress: a prospective analysis. **Journal of Personality and Social Psychology**, vol. 54, p. 520-525. 1988.
- OLIVEIRA T. C.; ARAUJO T. L. Mecanismos desenvolvidos por idosos para enfrentar a hipertensão arterial. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36, p. 276-281, 2002.
- SOUZA, S.B. Lazer, terceira idade e sua mútua relação. **Conexões**, v.1, p. 38 a 47, 1998.
- VIEIRA, A. G.; MORAIS, M. L. S. ; BASTOS, S. H. Terapia comunitária: inovação na Atenção Básica em Saúde. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 45, p. 17-20, 2008.

A Saúde Mental do idoso brasileiro e a sua autonomia

Sandra Maria Greger Tavares¹

Quando se fala de saúde do idoso, a primeira questão que tende a ser levantada é a tendência ao crescimento da população idosa no mundo e a preocupação com os custos econômicos e sociais daí decorrentes. É certo que esse é um tema relevante e pertinente, mas, é importante destacar também, os aspectos qualitativos implicados no processo de envelhecimento da população.

No Brasil, temos que considerar seriamente as questões psicossociais associadas às condições de vida do idoso, pois além da maior prevalência de doenças associadas à faixa etária, há dificuldades de acesso a bens e serviços e uma tendência ao empobrecimento, embora não exclusivas dessa população. Há que se considerar, inclusive, as situações recorrentes de discriminação ou mesmo humilhação sociais enfrentadas pelos idosos, em função do preconceito com relação à velhice, ainda arraigado no cenário sócio-cultural brasileiro.

As condições sociais experimentadas no cotidiano do idoso, no Brasil, aliadas aos limites psicofísicos decorrentes do processo de envelhecimento, tendem a configurar uma situação de saúde em que a dinâmica psicológica muitas vezes vai se mostrar comprometida. Considerando as alterações neurológicas discretas, tais como os variados graus de demência senil que tendem a se manifestar devido a causas fisiológicas com o passar do tempo, até as síndromes mais graves, como o Mal de Alzheimer e o Mal de Parkinson, passando por distúrbios de fundo psicodinâmico e caráter psicossocial, como alguns casos de depressão e situações de abuso por algum tipo de violência ou negligência, é fácil deduzir que a população idosa brasileira apresenta alta prevalência de transtornos mentais, comportamentais e psicodinâmicos.

Considerando a Portaria nº 2528 de outubro de 2006, que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) e de acordo com

o texto base da I Conferência Nacional dos Direitos do Idoso realizada em maio de 2006, a questão da saúde mental do idoso tem de ser levada em conta, pois além da alta prevalência dos transtornos mentais em idosos, constata-se a escassez dos serviços especializados oferecidos e acessíveis para a população idosa.

No texto base da Conferência Nacional dos Direitos do Idoso afirma-se o seguinte:

“Para se ter idéia da magnitude da questão (saúde mental), observe-se o exemplo do maior município do Brasil. São Paulo contava, de acordo com o Censo Demográfico de 2000, com cerca de 10.500.000 habitantes. Em 1996, esse número era de 9.500.000 e mais de 880.000 pessoas tinham 60 anos ou mais. Se forem consideradas as prevalências (...) de que aproximadamente 30% da população idosa apresentam algum transtorno mental, esse município contaria atualmente com cerca de 240.000 idosos nessas condições. O número de serviços disponíveis para a saúde mental nesse município estava em torno de 100 serviços ambulatoriais. **Não se sabe se esses pacientes estão sendo atendidos por equipes multiprofissionais especializadas em psicogeriatría, com treinamento adequado para detecção e manejo desses transtornos**². Se levar em conta que são poucos os serviços que têm equipes especializadas (localizadas preferencialmente nos hospitais-escola da cidade) e que estas também não dispõem de dispositivos para atender idosos com transtornos mentais graves, em todas as instâncias de suas necessidades: emergência, internação, hospital-dia, reabilitação psicossocial, está-se frente a um grave problema” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE DIREITOS DO IDOSO, 2006, p. 13).

É claro que, em termos de políticas de saúde do idoso no Brasil e da população em geral, são priorizadas as intervenções que visam à promoção da saúde e à prevenção de doenças, com relação às

¹ Psicóloga e Doutora em Psicologia do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. Contato: greger@usp.br

² Grifos da autora.

ações de recuperação da saúde, pois essas últimas, em particular na população idosa, podem implicar em condições irreversíveis ou que exijam um tipo de assistência com alto nível de especialização e longa duração (com altos custos).

Neste ponto, devemos interrogar a qualidade da atenção básica no que se refere particularmente, ao atendimento da população idosa. E mais: O que tem sido realizado em termos de cuidados em saúde mental para o idoso na atenção básica?

De acordo com o primeiro Caderno de Atenção Básica voltado para a atenção à pessoa idosa, editado pelo Departamento de Atenção Básica do MS:

“...a equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras” (COSTA NETO; SILVESTRE, 1999, p. 11).

Segundo Motta (2008), a Estratégia de Saúde da Família, no que diz respeito à população idosa, por meio das Equipes de Saúde da Família, seria responsável por acompanhar as transformações físicas consideradas normais e identificar precocemente alterações patológicas nos idosos, alertar a comunidade sobre fatores de risco aos quais as pessoas idosas estão expostas, bem como identificar formas de intervenção para sua eliminação ou minimização, sempre em parceria com os idosos e seus familiares. Os profissionais que atuam na atenção básica precisam compreender a importância da manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental.

Sendo assim, considerando a linha de cuidado e as políticas atuais em saúde mental, deveríamos contar com uma ampla rede de assistência extra-hospitalar que, entre outras peculiaridades, necessitaria estar preparada para atender, numa abordagem interdisciplinar, as demandas específicas da população idosa, principalmente em nível de atenção básica. Sabemos dos limites da prevenção, no que tange à saúde do idoso, pois, muitas vezes, nos resta priorizar estratégias de prevenção secundária, visando à redução de danos decorrentes do controle inadequado de certas patologias e da exposição a situações de risco, mas consideramos fundamental que se potencializem as estratégias de saúde promocionais e preventivas e que se respeitem os diferentes graus de vulnerabilidade e autonomia entre os idosos.

Infelizmente, essa não é a prática dominante no cotidiano dos serviços de saúde mental: há escassez de equipamentos e profissionais especializados no atendimento à população idosa, daí o grifo na citação anterior. Podemos realmente afirmar que existam equipes multidisciplinares de saúde, especializadas em psicogeriatría no Brasil? Certamente existem, mas são raras. Isso sem falar da precária rede social de apoio para a melhor inserção psicossocial dos portadores de sofrimento psíquico e de seus familiares e/ou cuidadores, idosos ou não.

Talvez a questão mais relevante a ser considerada, seja a dificuldade de concretização do princípio da integralidade na atenção básica, particularmente no que se refere à saúde mental. Se há dificuldade de articulação e integração entre estratégias e profissionais de um mesmo serviço, o que dizer quanto à articulação entre diferentes níveis de atenção e gestão em saúde mental?

De que modo, as equipes de saúde da família têm enfrentado as situações em que encontram idosos portadores de transtornos mentais, ou vítimas de abusos, tão comuns em nosso contexto social? E os casos de negligência ou mesmo abandono? Uma vez excluído pela família ou mesmo abandonado, o idoso pode se tornar um morador de rua, ou acabar sendo internado compulsoriamente e “esquecido” num Hospital Psiquiátrico ou numa Instituição de Longa Permanência, sem o menor suporte ou participação da família. O que fazer, considerando que se trata de uma equipe que não conta diretamente com um profissional de saúde mental? Como é feita a leitura de situações desse tipo? Como funciona o processo de matriciamento na rede de saúde mental, isto é, quem poderá dar suporte para a equipe de saúde da família nesses casos? Para onde e para quem encaminhar? São questões que afetam a todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família e da Atenção Básica em geral, ao se depararem com pessoas em situação de sofrimento psíquico. Essa configuração tende a se agravar quando esses sujeitos, além de portadores de transtornos psíquicos são idosos. Sabemos que os estigmas costumam sobrepor-se e se camuflar...

Esse estado de coisas pode ser muito bem ilustrado pelos dados apresentados no relatório sobre a inspeção conjunta realizada pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em instituições de longa

permanência para idosos. Segundo esse relatório, o Estado brasileiro não dispõe de dados básicos sobre quantos são os idosos abrigados ou internados em instituições de longa permanência, quem são essas pessoas e, sobretudo, como vivem concretamente.

Nessa inspeção foram visitadas 24 instituições em 11 estados da federação e o Distrito Federal entre setembro e outubro de 2007, com o objetivo de se avaliar, a partir de uma amostra representativa da realidade nacional, as condições concretas a que estão submetidos nossos idosos, a efetividade de seus direitos humanos e a adequação das instituições de longa permanência às novas exigências do Estatuto do Idoso.

De acordo com o relatório elaborado, após a inspeção conjunta (CF-OAB 2007/2010; CFP, 2008), diante da ausência de fiscalização e da própria pressão de familiares interessados apenas em se “livrar” do idoso, temos uma dinâmica objetiva que vai autorizando a formação de toda a sorte de “negócios” na área. Assim, não surpreende que grande parte das instituições visitadas funcione com número absolutamente insuficiente de profissionais e técnicos habilitados para que suas instalações sejam não apenas inadequadas, mas, frequentemente, ameaçadoras à saúde e à vida dos idosos, que existam estágios irregulares, entre muitas outras situações que transitam perigosamente entre a negligência e as práticas criminosas.

Podemos aprimorar a qualidade do atendimento ao idoso na Atenção Básica, se ao mesmo tempo enfrentarmos essas iniquidades sociais. Como falar em preservar a autonomia do idoso, se não considerarmos que existem pessoas idosas privadas de seus direitos humanos, vivendo em situação de abandono e aprisionamento? Como idealizar a formação de equipes interdisciplinares especializadas em psicogeriatría na rede de saúde mental, se em serviços com alto nível de complexidade, como uma Instituição de Longa Permanência, sequer podemos falar da existência de equipes? Caso pretendamos caminhar rumo à concretização de princípios norteadores do SUS, tais como universalidade, integralidade e equidade, no que se refere ao atendimento do idoso, não podemos abrir mão da defesa dos direitos da pessoa idosa e, entre eles, do direito à saúde integral. Temos que acreditar e investir em outras perspectivas e possibilidades de cuidado, não apenas em saúde mental. Precisamos contribuir para a desconstrução crítica da ideologia, ainda dominante no Brasil, em que se associa velhice à doença e improdutividade.

Referências

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528aprovaapoliticanacionadesaudeada pessoaidosa.pdf>, acesso em 10/02/2009.

I CONFERÊNCIA NACIONAL DE DIREITOS DO IDOSO: Construindo a rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa – RENADI. Parte II. Eixos temáticos. Tema 3. A saúde da pessoa idosa. Maria Aparecida Ferreira de Mello (org.). Brasília. Maio de 2006. Disponível em: http://www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/i_conferencia_idoso.htm, acesso em 10/02/2009.

CF-OAB - CONSELHO FEDERAL DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL GESTÃO 2007/2010; CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA XIII PLENÁRIO (GESTÃO 2005-2007). **Relatório de Inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)**. Brasília, CFP, 2008. 112p. Disponível em http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/relatorio_ilpis_a5.pdf, acesso em 10/02/2009.

COSTA NETO, M.M.; SILVESTRE, J.A.. **Atenção à Saúde do Idoso – Instabilidade Postural e Queda**. Caderno de Atenção Básica voltado para a atenção à pessoa idosa. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.

MOTTA, L.B. **Atenção integral ao idoso no contexto da estratégia de saúde da família: um olhar sobre a formação e práticas médicas**.

Tese [Doutoramento]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2008.

Envelhecimento(s) e velhice(s) no Bairro do Bom Retiro-SP: narrativas

Belkis Trench¹
Tânia Machado Lisboa²
Diego Caldas Oliveira³

“O mundo nos nutre quando sentimos a sua velhice”.

(James Hilmann)

Quando pensamos no bairro do Bom Retiro em São Paulo, dificilmente o associamos a velho(s), velhice(s) ou a envelhecimento(s), especialmente porque uma das primeiras imagens recorrentes que nos vem à mente talvez seja a da Rua José Paulino. Esta rua pode ser considerada a grande vitrine do bairro e, no local, circulam ao menos 70.000 pessoas por dia, quer fazendo compras ou simplesmente olhando a grande oferta de mercadorias (TRENCH; COPPÊDE; MACHADO; 2007, p.26).

O bairro, que é considerado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN), como o melhor representante do multiculturalismo em situação urbana, hoje abriga em seus espaços uma população fixa de 21.707 pessoas, sendo que 15% desta população é formada por pessoas com mais de 60 anos, 5,44% são homens e 9,65% mulheres. (SEADE, 2008).

A partir de 2006 começamos a trabalhar no Centro de Memória da Saúde Pública⁴ e, desde então, o bairro também se transformou em nosso objeto de investigação. Mantivemos durante este período uma relação bastante estreita com o espaço, desenvolvendo e realizando alguns estudos exploratórios. (TRENCH; MACHADO; COPPEDE, no prelo). Pretendíamos com estes estudos obtermos subsídios para elaborarmos um projeto de pesquisa sobre

envelhecimento e multiculturalismo, investigando e coletando as histórias de vida dos diferentes idosos que vivem no Bom Retiro. Para atingirmos esse objetivo e concretizar o estudo que chamamos de: Projeto Escutatória – delineamos e realizamos os seguintes movimentos. No primeiro – *passos* - realizamos um estudo de contextualização do espaço. Buscamos nesta fase da pesquisa nos familiarizar com o bairro, identificar seus moradores e os principais códigos e marcos da localidade; criamos a partir destas referências a nossa cartografia do bairro (*op.cit.*, no prelo). No segundo movimento – *contato* – identificamos e estabelecemos relações com alguns dos serviços direcionados aos idosos do bairro, bem como buscamos identificar alguns dos locais freqüentados por eles, tais como ruas, igrejas, praças etc. Atuamos nestes espaços como observadores participantes. O presente artigo narra e relata a experiência deste segundo movimento.

O(s) envelhecimento(s) e a(s) velhice(s) nas ruas e praças públicas do bairro

Se quisermos nos relacionar com os idosos que vivem no Bom Retiro, ou identificarmos alguns dos serviços que lhes são direcionados, devemos, em primeiro lugar, nos afastarmos da José Paulino e adentrarmos em suas travessas, sejam elas paralelas ou perpendiculares, tais como a Rua da Graça, Prates, Mamoré, Guarani etc.

Nestas ruas nos deparamos com uma grande diversidade de homens e mulheres idosos, alguns são judeus, outros coreanos, brasileiros, portugueses, italianos etc., apenas não vemos idosos bolivianos. Chama também a nossa atenção, o número de idosos que ainda trabalham, vemos idosos taxistas, donos de banca de revistas, gerenciando lojas e outros assumindo o papel de destaque em negócios, como é o caso do Sr. Thrassyvolos, grego, 90 anos e dono do famoso Restaurante Acrópolis, ou de Dona Lina, 82 anos, proprietária da Casa Búlgara.

¹ Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia e Pesquisadora Científica do Centro de Memória da Saúde Pública do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: belkis@usp.br

² Psicóloga e Estagiária da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAF) no Centro de Memória da Saúde Pública do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2007. Contato: telisboa3@yahoo.com.br

³ Estudante de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Estagiário da FUNDAF no Centro de Memória da Saúde Pública do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2008. Contato: diegocaldasoliveira@yahoo.com.br

⁴ O Centro de Memória da Saúde está localizado na Rua Tenente Pena, 100 e pode ser considerado um dos prédios mais antigos do bairro, criado em 1893 no terreno onde antes ficava a “Chácara Bom Retiro”, de propriedade de Manfredo Meyer e adquirida pelo Estado em 1882.

Idosos são vistos também fazendo compras de alimentos nos supermercados da redondeza, conversando entre eles nas ruas, ou apenas andando pelas calçadas. Alguns realizam estas atividades sozinhos, outros as fazem acompanhados, e há ainda aqueles que andam pelas ruas e praças do bairro, contando com o auxílio de cadeira de rodas ou bengalas. Em geral, são homens e mulheres que residem no bairro e que muitas vezes imigraram para o Brasil quando ainda eram jovens, como é o caso da maioria da população judaica que ainda vive no Bom Retiro, dos coreanos e de outros tais como portugueses, árabes, armênios e italianos. No caso dos bolivianos, talvez porque a imigração seja mais recente, não notamos a presença no bairro de pessoas mais velhas.

A Praça Coronel Fernando Prestes⁵ é um outro espaço do bairro muito freqüentado pelos idosos que vivem no Bom Retiro; e desde que foi restaurada em 2006 é considerada uma das praças mais bonitas da cidade de São Paulo. Em uma de suas laterais estão localizados dois prédios projetados por Ramos de Azevedo, um deles é a sede do Arquivo Municipal e o outro pertence à FATEC (Faculdade de Tecnologia de São Paulo). Em outra de suas laterais localiza-se o prédio do Quartel do Comando Geral da Polícia Militar de São Paulo com um lindo jardim oriental na entrada onde, todas às sextas feiras, acontece a Retreta (toque de banda de música em praça pública) organizada pelos militares. Em dezembro também é comemorado na praça a Festa das Luzes ou Chanucá⁶.

O espaço é freqüentado por pessoas de diferentes faixas etárias, vemos mães com crianças, jovens estudantes da escola, sem-teto que fazem da praça a sua moradia e dependendo da hora, numerosos homens e mulheres mais velhos. Os idosos freqüentam a praça especialmente na parte da manhã e no final da tarde e eles a utilizam tanto como um local de conversas e encontros como de silêncio e descanso. Coreanos, judeus e brasileiros disputam os bancos com sombras – nos dias de muito calor – ou os bancos com sol – nos dias de muito frio. Alguns nos contam suas histórias de sobrevivência durante a II Grande Guerra, outros pregam suas crenças em religiões mesmo não

sabendo falar o português, há ainda aqueles que conversam entre si sobre a vida dos outros senhores e senhoras que passam pela praça. Observamos que alguns idosos estão acompanhados de empregados ou familiares, outros, em turmas com amigos, e, raramente se vê um idoso desacompanhado ou sozinho. Há idosos de ambos os sexos, mas raramente se misturam, a não ser que formem um casal, ou que estejam acompanhados de netos. Lá todos parecem se reconhecer mesmo que não haja entre eles qualquer tipo de saudação ou cumprimento.

Conversarmos em diferentes dias com algumas pessoas idosas que freqüentam a praça, sentávamos lado a lado com eles nos bancos e quase sempre se estabelecia uma intimidade, conversávamos sobre a praça, sobre o bairro, sobre suas vidas. Dona Lídia, por exemplo, uma das senhoras com quem conversamos, contou espontaneamente sobre as inúmeras dificuldades que enfrentou no casamento devido ao alcoolismo do marido. Relatou seus problemas com a filha e a relação com a neta, ambas vivendo ainda com ela, deixando transparecer que para ela é a rua, e não a sua casa, que desempenha um espaço de saúde, sossego e de respiro em sua vida. Também contou que diariamente anda pelo bairro, e mesmo quando chove sai de casa. Gostando de andar pelas ruas e de passar seu tempo nas igrejas e na praça - onde alimenta os pombos com o pão que traz de casa.

Alguns idosos também freqüentam o Parque da Luz, o Sr.Jonas, por exemplo, prefere o parque porque segundo ele: "lá tem mais movimento". Sua acompanhante ri e diz brincando: "sei que tipo de movimento que o Senhor gosta", referindo-se às prostitutas que freqüentam o parque, algumas inclusive com mais de 60 anos. No Parque da Luz também é oferecido aos idosos o Radio Taissô, uma espécie de ginástica rítmica originária no Japão, acontecendo todos os dias úteis pela manhã, das 7 às 7:50 horas (segundas, quartas e sextas-feiras) e das 7:20 as 7:40 (nas terças e quintas), sem que seja necessário nenhum tipo de inscrição. Basta chegar e praticar.

Além dessas possibilidades de perambular pela suas praças e ruas o bairro do Bom Retiro oferece aos seus idosos outras regalias. É um dos bairros mais seguros da cidade, sua taxa de homicídio há 4 anos é zero e são registrados apenas quatro furtos de carro por mês⁷. Outra vantagem para quem é idoso e vive no bairro é a facilidade para se deslocar pela cidade por causa do fácil acesso a ônibus, metrô e trem. Já para aqueles que prefe-

⁶Chanucá é a vitória dos macabeus contra os gregos. Os gregos não queriam acabar fisicamente com o Povo de Israel, mas sim, assimilá-lo espiritualmente. Nunca os gregos fizeram uma solução final para exterminar o Povo judeu. Eles queriam introduzir a cultura helenista pois eram politeístas; queriam colocar seus deuses dentro do Templo de Jerusalém. Deus fez um milagre, no qual foi achado um pequeno frasco de óleo puro para acender a Menorá, que durou oito dias. Os Macabeus, que eram poucos, venceram um exército organizado. Em Chanucá foi salvo o espírito do judeu e por isso festejamos através das luzes, acendendo o chanukiá todas as noites. A cada noite é acrescentada uma nova vela, um pouco mais de judaísmo. Festejamos a ocasião de maneira espiritual" - http://4.bp.blogspot.com/_7783Niez4M/SUFVE7INlki/AAAAAAAAADq4/Map2ASSddVc/s1600h/chanuk%C3%A1+chabad+explica%C3%A7%C3%A3o.JPG

rem não sair do bairro e apreciam as atividades culturais, nas proximidades do bairro encontram-se instituições como a Pinacoteca do Estado de São Paulo, o Museu da Língua Portuguesa, a Sala São Paulo e o Museu de Arte Sacra. Mas caso queiram participar de oficinas ou palestras, encontram à disposição a programação da Oficina Oswald de Andrade e do Teatro TAIB.

Velhice(s) e envelhecimento(s) em espaços institucionais

Para quem tem mais de 60 anos e vive no bairro do Bom Retiro, além destas atividades acima citadas, também existe a possibilidade destas pessoas participarem de serviços ou de grupos de atividades especialmente direcionadas à sua faixa etária. A Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Octavio Augusto Rodvalho, por exemplo, promove duas vezes por semana um grupo de caminhada para idosos com o acompanhamento de dois agentes do Programa de Saúde da Família (PSF). Participam deste grupo dez senhoras com mais de 70 anos e de diferentes nacionalidades: uma grega, três portuguesas, três descendentes de italianos e uma de alemães, e duas brasileiras. O grupo existe há aproximadamente 5 anos e surgiu, segundo a diretora da UBS, para atender a necessidade de desenvolver um trabalho específico com a população idosa do bairro. A caminhada acontece todas às segundas e quartas-feiras às 8 horas, mas antes deste horário, um agente mede a pressão de cada uma das senhoras que anotam em uma caderneta ou caderno o resultado da sua medição.

Tivemos oportunidade de acompanhar o grupo tanto em 2007 como em 2008 e pudemos observar que a caminhada adquire para essas pessoas significados bem mais amplos do que simplesmente realizar uma atividade física. Quando perguntamos às senhoras do que mais gostavam desse caminhar, elas foram unânimes em responder: “o encontro com as colegas”, “ter amizade”, “ver as amigas...”. Celina, uma das participantes do grupo, além de concordar com todas ainda completa: “A gente bate um papinho, dá risada, conta uma piadinha, então... é muito mais saudável do que a própria caminhada”.

Um dos agentes do PSF que entrevistamos também explicitou com muita sensibilidade e clareza o sentido que esse caminhar adquire para essas senhoras:

“Eu acho assim... aquilo que elas perderam no lar, elas encontraram na caminhada. Não tem mais um acompanhamento do esposo, dos filhos, dos netos, cada um está com as suas tarefas (...). Aqui elas encontram amigas com quem conversar”.

Já aquelas senhoras que além de conversar gostam de costurar e bordar, todas às quintas-feiras das 14h às 17h podem se reunir na Igreja Católica Santo Eduardo. O grupo é coordenado por voluntárias e duas vezes ao ano organizam um bazar para arrecadação de fundos para a Igreja e melhorias na sala cedida para seus encontros semanais. E durante um ponto e outro de costura ou bordado, as voluntárias e senhoras vão costurando suas relações de amizade e companheirismo.

Outras instituições que conhecemos, tais como a Igreja Católica Coreana do Brasil – cujo padroeiro é o Santo Coreano André Kim Taegon – e a União Brasileira-Israelita do Bem-Estar Social (UNIBES), promovem trabalhos direcionados aos idosos de sua comunidade, judaica ou coreana. Na Igreja Católica Coreana do Brasil o trabalho para esse público é mais recente, tendo início em 2007 com a criação de um grupo experimental. Seu objetivo é o de orientar e atender os coreanos com mais de 70 anos, especialmente com relação à legislação brasileira, já que a maioria dos coreanos mais velhos não fala o português. Com aproximadamente 80 senhores e senhoras com mais de 70 anos, o grupo se encontra toda quinta-feira para atividades de orientação e de confraternização. Ao chegarem à Igreja, os idosos tomam seu café da manhã e assistem duas palestras faladas em coreano e ministradas por médicos, advogados, freiras, padres etc. Depois almoçam juntos e escolhem a atividade de sua preferência: dança, alongamento ou outro tipo de ginástica. Além disso, regularmente na segunda semana de cada mês organizam uma confraternização para homenagearem todos os aniversariantes daquele período.

Já a comunidade judaica, mesmo não sendo o grupo imigratório majoritário no bairro, mantém grande influência pelo Bom Retiro, especialmente com relação aos idosos através do trabalho da UNIBES. Nesta instituição, são atendidas 1.199 pessoas com mais de 60 anos e os serviços ofertados são os mais diversos: assistência odontológica, psicológica e médica com hospitais e profissionais conveniados, visitas domiciliares, além de uma extensa programação em seu centro de convivência (com ginástica, dança, teatro, palestra, arte, coral, etc).

⁷ Os dados foram fornecidos pelo Diretor do Conselho de Segurança do Bom Retiro (CONSEG), mas também poderão ser obtidos no site.

Envelhecimento, velhices, e multiculturalismo

O multiculturalismo em situação urbana, tal como acontece no Bom Retiro, pode ser assim compreendido:

“o multiculturalismo como marca do bairro, é produto da convivência histórica entre diferentes grupos sociais, convivência por meio da qual foram e são lembrados os seus sentimentos de pertencimento a um lugar, foram e são reinventados os seus hábitos e costumes ao mesmo tempo que cada grupo controla suas relações e reconhece o seu pertencimento também acompanha as manifestações de outros grupos com os quais convive. E é assim, na miscelânea de experiências culturais diversas, que são criadas e recriadas as relações multiculturais do Bom Retiro.” (<http://area.luz.incubadora.fapesp.br/portal/projeto mapa cultural-bom retiro e seus vizinhos>).

Envelhecer ou ser um velho ou velha, nesta primeira década do século XXI, e viver em um bairro multicultural, tal como é hoje o Bom Retiro, significa também conviver com uma miscelânea de velhices e de envelhecimentos. Conviver no mesmo espaço com uma diversidade de traços, religiões e culturas possibilita a quem é velho ou vive o processo de envelhecimento, perceber em si e no outro, tanto a singularidade de cada pessoa que envelhece, como a multiplicidade de envelhecimentos. Ser igual e ser diferente, também propicia que o nosso olhar se dirija tanto ao outro – o diferente, como facilita o retorno do caminho para si mesmo. A esse respeito, assim diz Todorov: “Não podemos fazer um julgamento sobre nós mesmos sem sair de nós e sem nos olhar pelos olhos dos outros. Se pudéssemos criar um ser humano no isolamento, ele não poderia nada julgar, nem a si próprio, pois não teria um espelho para se olhar” (TODOROV, 1996, p.31).

Nesse sentido, o nosso olhar em direção aos diferentes grupos sociais de velhos que vivem no bairro, e que estão presentes quer em suas ruas e praças ou nos serviços a eles direcionados, sobretudo nos fizeram ver e perceber o quanto o sentimento de pertencimento a um determinado grupo, cultura ou comunidade, influência a experiência do envelhecimento, conspirando favoravelmente para o bem-estar das pessoas mais velhas. Ao pertencimento, poderíamos também associar o reconhecimento, “condição preliminar de toda coexistência” (TODOROV, 1996, p.71). É a sua ausência, ou seja, a falta de reconhecimento de

quem somos, ou a quem pertencemos, que pode levar, especialmente os mais velhos, à mais profunda solidão. No bairro, pelo que pudemos observar, ainda que os diferentes grupos sociais de idosos pouco se relacionem entre eles, é visível o quanto existe o reconhecimento da presença do outro que lhe é diferente, nem que seja pelo um simples olhar.

Referências Bibliográficas

TODOROV, T. **A vida em Comum, Ensaio de Antropologia Geral**. São Paulo: Papyrus, 1996.
TRENCH, B; MACHADO, T.L.; COPPÊDE, D.; O Bom Retiro: Além, muito além das fronteiras da José Paulino. In: **Revista Imaginário**, n.17, no prelo.
TRENCH, B; COPPÊDE, D; MACHADO, T.L. O Bom Retiro: fronteiras visíveis e invisíveis. São Paulo: **BIS – Boletim do Instituto de Saúde**, N.º 41 – Saúde, Cultura e Subjetividade; p. 26-29; abril/2007.

Webgrafia

CHANUCÁ. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/videocasts/ult10038u482343.shtml>. Acessado em Janeiro de 2009.
http://4.bp.blogspot.com/_7783Niez4M/SUFVE7fNlkl/AAAAAAAAADq4/Mop2ASSddVc/s1600-h/chanuk%C3%A1+chabad+explica%C3%A7%C3%A3o.JPG
PRAÇA CORONEL FERNANDO PRESTES. Disponível em: <http://www.direcoesderuas.com.br/logradouro>. Acessado em: setembro/2007.
RÁDIO TAISSÔ. http://www.cinderela.com.br/taisso/o_que_eh2.ht. Acessado em: dezembro/2008. Disponível em:
MULTICULTURALISMO. Disponível em [<http://area.luz.incubadora.fapesp.br/portal/projeto mapa cultural-bom retiro e seus vizinhos>]. Acessado em janeiro/2009.
CONSEG. Acessado em janeiro/09. Disponível em: <http://www.conseg.sp.gov.br/conseg/default.aspx>

A esperança é a primeira que morre: institucionalização e suicídios em idosos encarcerados

Tania Margarete Mezzomo Keinert¹

O belo filme “Um Sonho de Liberdade” (*The Shawshank Redemption*) nos mostra a dura realidade da população carcerária em uma prisão americana. Sabe-se que o modelo prisional americano é bastante rígido, incluindo a prisão perpétua e torturas para obter confissões. São altos os índices de encarceramento (650 por 100 mil habitantes, enquanto que no Canadá, país limítrofe, a taxa é de 120 presos a cada 100 mil habitantes) (GEOGRAFIA DO ENCARCERAMENTO, 2009).

Afinando um pouco o olhar, desviando-o do personagem principal Andy (Tim Robbins), o filme nos mostra vários personagens idosos os quais cumpriram 30, 40, 50 anos de prisão. Ou seja, toda uma vida. São homens “institucionalizados” como se autodenominam “primeiro você odeia esse lugar, depois se acostuma, fica dependente: **“sua vida se torna institucionalizada”**, como diz Red (Morgan Freeman), narrador da obra.

Ao referir-se ao companheiro de prisão Brooks (James Whitmore) que recebe a liberdade condicional após 50 anos recluso, realocado, numa prisão albergue e empregado como empacotador num supermercado (apesar da artrite nas duas mãos) reafirma: ele se tornou **institucionalizado**. “A prisão era o lugar onde ele tinha paz neste mundo e, de repente, isto lhe foi tirado. Quando ele teve de lidar com o mundo exterior, foi muito devastador”. De fato, o personagem Brooks, após fazer uma inscrição na parede do albergue com seu nome, para ser lembrado, comete **suicídio**.

Segundo dados do Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE, a taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente (incluindo suicídios) atinge 4% na população idosa em geral, dobrando na faixa etária de 80 anos em diante (IBGE, 2005).



Fonte: <http://catedral.webg.com.pt/arquivo/gr>

Se considerarmos a população carcerária total do Estado de São Paulo, os óbitos por suicídio aumentaram mais de 50% nos últimos quatro anos (IBGE, 2005). A população carcerária idosa, por sua vez, como aponta estudo da Fundação Getúlio Vargas, já atinge mais de 1% do contingente de presidiários do Estado de São Paulo (FGV, 2006). A tendência, como se sabe, é de um rápido aumento desse percentual, dado o envelhecimento da população em geral.

Questões de Pesquisa

Pergunta-se: se a sociedade, as cidades e as famílias não estão preparadas para proporcionar uma vida digna aos idosos, qual a situação no sistema carcerário? como vivem (ou morrem) estas pessoas que envelheceram na prisão, em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico ou em manicômios judiciais? como a legislação protege o idoso infrator?

¹ Administradora, Mestre e Doutora em Administração Pública, Pós-Doutora em Políticas Públicas e Qualidade de Vida e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: taniak@isaude.sp.gov.br

há políticas de saúde abrangentes orientadas para o sistema penitenciário em geral, e para os idosos encarcerados em particular? quais os avanços em termos de desinstitucionalização e humanização da atenção à saúde dessa população? o Sistema Único de Saúde (SUS) “entra” nas prisões? há prioridades na atenção à saúde dos idosos presos?

Metodologia utilizada e resultados obtidos

Realizou-se ampla pesquisa na *internet* em busca de dados sobre o sistema prisional brasileiro, composição por faixa etária e condições de saúde dessa população, particularmente da faixa etária de 60 anos em diante. Esses dados são praticamente inexistentes. Partimos então para a análise de políticas públicas, documentos, bibliografia e da legislação em vigor. O resultado dessa análise é apresentado brevemente a seguir.

A primeira proposta de levar o SUS aos presídios data de 2002, 14 anos após a promulgação da Constituição Federal (1988) e do estabelecimento das diretrizes constitucionais do SUS. Esta iniciativa, intersectorial, do Ministério da Justiça e Ministério da Saúde, denominada Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), ainda não permite acesso a dados sistematizados sobre seus resultados. É interessante observar que os objetivos desse Plano em muito se assemelham à Política de Saúde da População Idosa (Portaria n. 1395, de 10 de dezembro de 1999) a qual propõe, por exemplo, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas que aliviem o estresse, redução de danos decorrentes do uso de álcool ou tabaco, diminuição da automedicação; além do combate à todo e qualquer tipo de agressões físicas ou psíquicas. A prevalência de algumas doenças se repete em ambos os casos: hipertensão arterial, diabetes, DST/Aids, pneumonia, tuberculose e hanseníase. Isso sem esquecer da saúde bucal, precária em ambos os casos e, a grande incidência de doenças mentais que leva idosos e presos, bem como idosos-presos, não raro, ao **suicídio**. Daí a necessidade de ações intersectoriais e abrangentes que implementem o tão propalado conceito ampliado de saúde: o completo bem-estar físico, mental e social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, art. 3º.)

Nossa Carta Magna, a Constituição Federal (BRASIL, 1988) assegura os Direitos e Garantias Fundamentais dos Cidadãos, ao afirmar que “**todos são iguais perante a lei**” (art.5º). Ainda, em seu artigo 1º, inciso III, a Constituição Federal garante a **dignidade da pessoa humana** como princí-

pio fundamental da República Federativa do Brasil, tornando-se a espinha dorsal do ordenamento jurídico brasileiro. Não obstante, idosos presos são objeto de dupla discriminação: por serem idosos e por estarem cumprindo pena de privação da liberdade.

Na legislação penal, observa-se, também, uma tentativa de entender a condição do envelhecimento na aplicação das penas, tanto que a Lei de Execução Penal (Lei Nº 7.210) (BRASIL, 1984) estabelece que para o condenado com mais de 60 anos, no **trabalho** que lhe for atribuído na prisão, deve ser **compatível** com a idade (Lei nº 7.210- art. 32 § 2º).

Um esforço no sentido da **desinstitucionalização** pode ser observado na execução da pena, na qual o sentenciado maior de 70 anos pode ser beneficiado com a prisão **domiciliar** (Lei nº 7.210/84 - art. 117 - inciso I).

Na dosimetria da pena o Código Penal (Lei Nº 7.209) (BRASIL, 1984) coloca como atenuantes no estabelecimento da pena: ser o agente menor de 21 anos, na data do fato, ou maior de 70 anos, na data da sentença (art.65, inciso I do Código Penal). Ainda, a pena “... não superior a 4 (quatro) anos, poderá ser suspensa, por 4 (quatro) a 6 (seis) anos, desde que o condenado seja maior de 70 (setenta) anos de idade” (art.77 inciso III - § 2º do Código Penal). Percebe-se aqui, também, iniciativas no sentido da **humanização** e flexibilização das condenações de idosos.

Finalizando, não podemos deixar de mencionar o Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741/03) (BRASIL, 2003) onde ficam instituídos os direitos assegurados à pessoa idosa (de idade igual ou superior a 60 anos). O Estatuto do Idoso, em seu art. 4º estabelece que “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”. Logo, aqui se contempla também o preso idoso.

Conclusões

Fica claro, nesta breve reflexão, que muito foi feito nos últimos 20 anos em prol dos Direitos Humanos em geral, e do Direito à Saúde em particular. Destaque-se a criação de legislação especial de **proteção ao idoso e de garantia dos direitos do idoso apenado**. Também a enorme contribuição do SUS ao formular políticas específicas de **promoção à saúde da população idosa e carcerária**.

No entanto, a complexidade da questão exige planos **intersectoriais, interdisciplinares e or-**

ganizadas em rede. Faz-se necessário garantir ações de promoção, ao mesmo tempo em que se criem condições de referenciar presos idosos aos demais níveis de atenção. Muitas vezes os serviços de saúde estão disponíveis, só que fora da penitenciária, e não há transporte adequado para a sua utilização. O SUS precisa estar nos presídios.

Cabe uma reflexão adicional sobre a **institucionalização da vida**, a qual atinge o idoso tanto quando fica longos anos em uma prisão, tanto quando ele é retirado da casa que viveu a vida toda para morar num asilo, ou é internado num manicômio. Desinstitucionalizar significa desconstruir o modelo de organização do sistema penitenciário, descentralizando-o e abrindo-o ao controle externo. Bons exemplos neste sentido são a Pastoral Carcerária, ligada à Igreja Católica e as Promotoras Populares, treinadas pelo Ministério Público.

É preciso realmente, trabalhar com um conceito ampliado de saúde, o qual, mesmo nas condições extremas de confinamento que vive o idoso preso, mantenha-o com a mente ocupada, com um ideal, uma esperança. Sabe-se que o **suicídio** entre idosos (e entre presos) é uma causa importante de mortalidade, muitas vezes subnotificada e mascarada de morte natural ou acidental, nos diversos sistemas de informações.

Da mesma forma que foram desinstitucionalizados os modelos de saúde mental, procurando manter os pacientes em seu local de moradia e desmistificados preconceitos relativos às doenças mentais, é preciso trabalhar no sentido de conseguir condições adequadas de readaptação e reinserção na sociedade do egresso prisional idoso. Sendo assim, uma sociedade educada para acolher seus idosos pode fazer toda a diferença. Não basta dar condições para que o idoso cumpra sua pena em regime domiciliar, é preciso criar uma rede de atenção que envolva setores como saúde, assistência social, educação, cultura, justiça, com ações planejadas e intersetoriais. Isso sem falar das redes de apoio informal, constituídas por amigos, familiares, pela comunidade.

Caso contrário, a desinstitucionalização pode ser desastrosa. Como diz o personagem Red, em uma das passagens do filme mencionado no início desse artigo, referindo-se aos idosos que recebem a liberdade condicional depois de muitos anos confinados, "morrer lá dentro [da prisão] não é o medo maior. O terror é o de sair [vivo] e ser esmagado, atropelado, pisoteado, triturado - como um bicho na estrada".

Referências Bibliográficas

- BRASIL. **Constituição Federal.** Brasília, 1988.
BRASIL. **Lei nº. 10.741 - Estatuto do Idoso.** Brasília, 2003.
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Interministerial nº 1777.** Brasília, 9 de setembro de 2003.
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Lei N° 7.210 - Lei de Execução Penal.** Brasília, 1984.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1395.** Brasília: 10 de dezembro de 1999.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei Orgânica da Saúde.** Brasília, 1990.

Webgrafia

- FGV. <http://www.fgv.br/cps/simulador/retratosdocarcere/20060520NeriValord1.pdf>
http://www.fgv.br/cps/simulador/retratosdocarcere/Dados/Presidarios_UF_SP_2000_Plan.XLS
Retrato do Presidiário Paulista
GEOGRAFIA DO ENCARCERAMENTO, 2009. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/238/23801305.pdf>
IBGE. **Síntese de indicadores sociais 2005.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=580&id_pagina=1. Acessado em fevereiro de 2009.

Desafios da pesquisa em envelhecimento

Maria Lúcia Lebrão¹

Os resultados dos últimos censos demográficos no Brasil mostram claramente que, em razão do continuado processo de transição para baixos níveis de mortalidade e de fecundidade, a população caminha a passos largos rumo a um padrão demográfico com predominância de população adulta e idosa.

Porém, não são apenas as mudanças demográficas que determinam o futuro da sociedade. Esse futuro é formado pelas escolhas e oportunidades individuais ou coletivas que ocorrem no transcorrer do tempo. Essas são influenciadas pelos recursos disponíveis e, em particular, pelo conhecimento. As mudanças populacionais devem ser consideradas no contexto de outras mudanças que afetam a sociedade como um todo.

O mercado e as políticas públicas são, de um lado, instrumentos efetivos para encorajar os comportamentos individuais e, de outro, as necessidades coletivas. Planejar o futuro com base, apenas, nas projeções demográficas pode ser um jogo perigoso. Outros fatores, particularmente aqueles relacionados à economia e políticas públicas, podem ter um grande impacto sobre essas populações. No futuro, as pessoas idosas provavelmente serão diversas em termos de sua saúde, situação financeira e origens étnicas, pois nem todos os grupos populacionais terão sido beneficiados pelo crescimento econômico passado na mesma extensão e alguns grupos serão extremamente vulneráveis. Acredita-se que as características das coortes de idosos que virão serão bem diferentes daquelas de hoje (FRIEDLAND e SUMMER, 2005).

Por outro lado, esse processo de envelhecimento terá um impacto significativo em várias dimensões que afetam o desenvolvimento e o funcionamento da sociedade e o bem-estar não só das pessoas idosas mas, também, das populações jovens. As mais importantes são os sistemas de pensão e aposentadoria, os arranjos familiares e domiciliares,

transferências entre gerações dentro das famílias, as condições de saúde das pessoas idosas e sua consequente demanda aos serviços sociais e de saúde.

Por essas razões, é importante lançar um olhar no leque dessas diferenças e que as pesquisas acompanhem as coortes ao longo do tempo, a fim de captar as variações das respostas aos padrões associados a essas mudanças.

Dentre os vários modelos de estudos epidemiológicos existentes (ecológicos, caso-controle, transversais e de seguimento ou longitudinais), os longitudinais ou de coorte podem ser os mais interessantes para o estudo das questões do envelhecimento, pois neste tipo de estudo a variação das populações ao longo do tempo é passível de ser analisada. Mais do que isso, os **estudos em painel**, ou seja, os longitudinais que continuam a acrescentar novas coortes na base da faixa de idade e, assim, continuam a ser representativos da população de estudo, são os que melhor podem responder a essas questões. Eles não só capturam a dinâmica das mudanças ao longo do tempo sobre o indivíduo, como, também, continuam a descrever a população toda e não só uma simples coorte (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2001, p.4).

Além do exposto acima, é preciso pontuar que somente estudos longitudinais permitem o cálculo de incidências e o estabelecimento de relações causais com mais força.

Essas foram as idéias que nortearam o Estudo "Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento" (SABE) ao dar continuidade a um projeto pensado, originalmente, para ser longitudinal em sete cidades da América Latina e Caribe, mas que teve continuidade apenas em São Paulo (LEBRÃO; DUARTE, 2003)².

No entanto, um estudo desse porte traz uma série de dificuldades e alto custo. Talvez por essa razão haja no país poucos estudos com idosos, sendo a maioria transversal. Podem ser citados como longitudinais o de Bambuí (LIMA-COSTA *et al.*, 2000), o Épidoço (RAMOS, 1998), o de Botucatu (RUIZ, 2003). Além desses, há o do Butantã onde o foco é a demência. Porém, todos com coorte simples.

¹ Professora Titular do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Contato: mllebr@usp.br

² Essa publicação e outros detalhes sobre este estudo podem ser encontrados no site www.fsp.usp.br/sabe

Em 2000 ao realizar a primeira coleta do Estudo SABE foram entrevistadas 2.143 pessoas de 60 anos e mais no Município de São Paulo, visitando quase 6.000 domicílios. Sendo um estudo com idosos - onde a probabilidade de perda de sujeitos é grande - e havendo a intenção de torná-lo de seguimento, foi preciso fazer uma sobre-amostra de pessoas de 75 anos e mais a fim de se ter sobreviventes em número suficiente para as análises estatísticas.

Após seis anos, ao retornar às residências, foram encontrados apenas 1.115 idosos, agora com 66 anos e mais. Dos restantes, 649 foram a óbito, 52 mudaram para outros municípios, 139 não foram localizados, 11 foram institucionalizados e 177 se recusaram a continuar.

Concomitantemente, foi sorteada nova coorte de 60 a 64 anos nos mesmos moldes daquela amostra realizada em 2000, sendo realizadas 299 entrevistas. E, assim, sucessivamente, a cada cinco anos serão re-entrevistados os idosos das coortes que começaram em 2000 e 2006 e será introduzida uma nova coorte de 60 a 64 anos.

A grande dificuldade ao se tentar comparar estudos realizados no Brasil ou em qualquer parte do mundo é a diversidade de metodologias, seja em relação aos questionários, seja em relação à amostra. O Estudo SABE teve o mérito de possuir a mesma metodologia amostral e o mesmo questionário na sua primeira coleta, em todas as cidades participantes, uma vez que foi coordenado pela Organização Pan Americana de Saúde (ALBALA *et al*, 2005).

Para o desenvolvimento de um estudo abrangente como o SABE, sobre as condições de vida e saúde dos idosos, uma equipe de especialistas em geriatria, gerontologia e epidemiologia se reuniu sob coordenação da OPAS para construção do questionário de coleta de dados tendo por base diferentes instrumentos internacionalmente utilizados em pesquisas do tipo e que respondiam aos objetivos propostos para as questões relativas a 15 áreas. O grande desafio era poder aplicar esses instrumentos em diferentes contextos sociais e culturais, onde nem sempre eles eram validados.

Outra dificuldade enorme são as questões operacionais. Somente quem vive o dia a dia de um projeto desse tipo pode avaliar o complicado de se administrar essas questões. São os obstáculos para se entrar nas residências hoje em dia; é o desaparecimento completo das pessoas, por viuvez ou dificuldades econômicas, sem que se possa localizá-

las, apesar de todos os esforços "detetivescos"; são as dificuldades físicas das pessoas; é o enorme impacto emocional de se entrar em contato com uma realidade, às vezes, muito dura, de pobreza, doenças, incapacidades ou abandono. "Melhor idade" é somente na televisão ou nos clubes de terceira idade, não em algumas condições que encontram as entrevistadoras nas diversas áreas da cidade de São Paulo. A angústia e a sensação de impotência dessas entrevistadoras, às vezes, são tamanhas que é preciso proporcionar-lhes suporte psicológico.

Quando se trabalha em um projeto que tem como base populacional uma cidade imensa como São Paulo, as distâncias são outro problema. No SABE há casos em que se viaja mais de 50 km para se chegar à casa do entrevistado. Quando se tem que locomover com um arsenal de instrumentos de medida como balança, *hand grip*, paquímetro, estadiômetro, adipômetro, esfigmomanômetro, medidor de glicemia, etc, a dificuldade se torna ainda maior.

Por fim, superadas todas essas dificuldades resta a satisfação de poder dar a conhecer a realidade e as demandas dessa população visando à construção de políticas públicas que olhem para a realidade dessa população que se torna cada vez mais numerosa no nosso país.

Referências Bibliográficas

- ALBALA, C. *et al*. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 17(5/6), 2005.
- FRIEDLAND, R.B., SUMMER, L. Demography is not destiny. **Revisited. Commonwealth Fund pub**. 2005. Disponível em <http://www.cmwf.org>. (nº 789).
- LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (org). **O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: OPAS/MS; 2003
- LIMA-COSTA, M.F.F. *et al*. The Bambuí health and ageing study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. São Paulo: **Rev. Saúde Pública**, vol.34, n.2, Apr, 2000.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Preparing for an Aging World: The Case for Cross-National Research. **Panel on a Research Agenda and New Data for an Aging World**, 2001. Washington DC. Disponível em <http://www.nap.edu/catalog/10120.html>
- RAMOS, L.R. *et al*. Estudo de seguimento por dois anos de idosos residentes em São Paulo, Brasil: metodologia e resultados preliminares. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 5, 1998. p.397-407.
- RUIZ, T.; CHALITA, L.V.A.S.; BARROS, M.B.A. Estudo de Sobrevivência de uma Coorte de Pessoas de 60 Anos e Mais no Município de Botucatu (SP) . **Brasil Rev. Bras. Epidemiol**. Vol. 6, Nº 3, 2003.

Resenha do Livro: “Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade”

Organização Anita Liberalesso Néri.
São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC-SP, 2007. 288p.

Silvia Bastos¹

Anita Liberalesso Néri, psicóloga e pesquisadora da Universidade Estadual de Campinas – São Paulo. Autora de 20 livros sobre a velhice, coordena a coletânea de dezesseis textos em “Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade”, que trazem análises e reflexões sobre o envelhecimento. Os capítulos foram elaborados por autores com diferentes formações e tratam das questões do idoso sob o ponto de vista das áreas social, de saúde, qualidade de vida e saúde mental.

A obra ancora-se na pesquisa sobre o idoso no Brasil, realizada por meio de parceria entre o SESC – Nacional e São Paulo, que desenvolve estudos sobre a terceira idade e a Fundação Perseu Abramo. O eixo da publicação tem o propósito de contribuir para a promoção de novas referências culturais para a velhice, a partir do olhar de pessoas idosas e não idosas.

Os textos apontam para indagações sobre o envelhecimento e a velhice, que historicamente foi enfocada como um fenômeno relativo ao processo físico e restrito à esfera familiar ou privada. Os autores discutem aspectos como: preconceitos em relação ao idoso; aspectos de gênero; etnia e escolaridade; auto-imagem e envelhecimento; exclusão social; cidadania e renda; saúde e independência; políticas públicas para a velhice no país.

Para pesquisadores e estudiosos do envelhecimento, é interessante observar a maneira como Gustavo Néri e Vilma Bokanty apresentam a metodologia e os objetivos da pesquisa, como descrevem os recursos didáticos utilizados para formação dos pesquisadores e supervisores (filmes e documentários: Trancado por dentro, Iminente Luna, Umas velhices) e como introduzem síntese dos resultados mais gerais da pesquisa.

Anita Liberalesso Néri é autora dos capítulos “Atitudes e preconceitos em relação à velhice” e

“Feminização da velhice”, onde trata das questões de atitudes, estereótipos e preconceitos em relação aos idosos e à velhice, e de sexo e transição de gênero no plano mundial e no Brasil. Em “Escolaridade e raça/etnia, elementos de exclusão social de idosos”, Anita e Geraldine Alves dos Santos destacam o envelhecer nas condições de negro e de pardo. Doraci Lopes e Suelma Inês Alves de Deus, em “Negritude e envelhecimento”, e Marcelo Cortes Néri, em “Renda, consumo e aposentadoria: evidências, atitudes e percepções”, tratam das relações sociais de gênero, raça, escolaridade e renda na velhice.

Johannes Doll analisa o lazer na velhice - acesso e barreiras - e alerta para os riscos de exclusão social produzidos pela limitada escolaridade dos idosos.

Andréa Moraes Alves em “Os idosos, as redes de relações sociais e as relações familiares”, analisa as relações sociais na velhice sob o ângulo das relações familiares e de amizade em casa e na rua.

Em “Imagem e auto-imagem na velhice”, Ruth Gelehrter da Costa Lopes, examina aspectos da subjetividade no envelhecimento e do momento em que alguém se torna velho.

No capítulo “Cidadania idosos e a garantia de seus direitos”, Vicente de Paula Faleiros trata da dimensão sociológica da cidadania e da relação com o Estado, a perspectiva dos direitos sociais dos idosos e das violações sofridas por eles.

Em “Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos”, Ana Amélia Camarano chama a atenção para as condições de assistência para a grande maioria das famílias e as dificuldades para exercer a função de cuidadores do idoso.

Em “As aspirações dos idosos em saúde e independência – aspirações centrais para os idosos”, Maria Lúcia Lebrão e Yeda Aparecida de Oliveira Duarte traçam a comparação entre as condições de

¹Enfermeira, Mestre e Doutora em Ciências - Infectologia e Saúde Pública, Mestre em Saúde Pública, Pesquisadora do Instituto de Saúde – SES/SP. Contato: silviabastos@isaude.sp.gov.br

saúde e capacidade funcional dos idosos com as condições de que dispõem para atendimento dos seus problemas crônicos e degenerativos.

Em "Velhice e políticas públicas", Maria Eliane Catunda de Siqueira defende uma série de medidas práticas para fazer cumprir o Estatuto do Idoso e para descentralizar as funções de estados e municípios no cumprimento desta política.

O livro no conjunto dos seus capítulos oferece contribuição para tornar este tema uma questão central nos debates sobre o planejamento das políticas públicas. Suas discussões desafiam os gestores e formuladores de políticas públicas para a oferta de ações que atendam as necessidades geradas pelo envelhecimento, uma vez que as pessoas idosas são "consumidores potenciais" dos serviços públicos de saúde e de serviços para manutenção de autonomia e qualidade de vida.

Por fim, os textos citados apresentam a síntese da pesquisa, com rico material utilizável para novas análises sob novos pontos de vista. Assim, recomenda-se a utilização destes textos, com entusiasmo, para todos os interessados nas questões do envelhecimento.

Resenha do Livro “Envelhecimento Ativo: desafio do século”

de Sandra Márcia Lins de Albuquerque.
São Paulo: Andreoli, 2008. 200p.

Renato Barboza¹

Compreender o fenômeno do envelhecimento, no contexto da pós-modernidade, considerando a sua integralidade e multideterminação é um grande desafio para pesquisadores, profissionais de várias áreas e gestores, responsáveis pela implementação de políticas públicas.

Segundo a Organização das Nações Unidas, atualmente, o número de pessoas com mais de 60 anos, corresponde a mais de 12% da população mundial e até 2050, atingirá 20% da população do planeta. Estima-se no cenário nacional, segundo estudos sócio-demográficos desenvolvidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, que até 2020 os idosos representarão 31,8 milhões de pessoas. Projeta-se que o país ocupará o sexto lugar no ranque mundial nesse segmento populacional.

A autora, assistente social e gerontóloga, concluiu seu doutorado em Ciências, em 2005, no Programa de Fisiopatologia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP), apresentando a tese “Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos”. O presente livro, é um recorte de alguns aspectos abordados em sua tese ao teorizar sobre a interdependência dos conceitos: qualidade de vida, envelhecimento ativo e promoção da saúde.

Nessa perspectiva, realizou um estudo, cuja metodologia foi desenvolvida por meio das abordagens quantitativa e qualitativa, no intuito de investigar e avaliar a qualidade de vida de idosos vinculados a dois programas, reconhecidos como referências técnicas na atenção à saúde do idoso e na formação de equipes multiprofissionais, na cidade de São Paulo: o Grupo de Atendimento Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial (GAMIA), do Serviço de Geriatria do

Hospital das Clínicas; e o Grupo de Atendimento ao Idoso do Centro de Saúde Geraldo Paula Souza (CSGPS), da Faculdade de Saúde Pública da USP.

O livro apresenta uma boa revisão da literatura acerca dos conceitos referidos anteriormente, iluminando a complexidade que envolve o objeto estudado pela autora, apresentando-o em suas diversas dimensões. Também traça um panorama das causas e conseqüências, associadas à vulnerabilidade da população idosa, no que se refere à busca e auto-percepção da qualidade de vida, problematizando os desafios intersetoriais a serem enfrentados para implementação e operacionalização da Política Nacional de Saúde do Idoso, instituída pelo Ministério da Saúde ao publicar a Portaria 1395 de dezembro de 1999.

Dentre as discussões apresentadas pela autora, vale destacar a relevância - para os profissionais da saúde e pesquisadores da área - da compreensão do processo de substituição do paradigma do “envelhecimento saudável” para o “envelhecimento ativo”, cuja concepção sustentadora, reconhece esse fenômeno como uma experiência positiva. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas (2002), o envelhecimento ativo está “baseado no reconhecimento dos direitos humanos dos idosos e dos princípios de independência, participação, dignidade, cuidados e autodesempenho” (p.27).

Essa visão ampliada desdobra-se, segundo a OMS, em seis fatores determinantes do “envelhecimento ativo”. Tais fatores são essenciais para orientar o desenho e a implementação de políticas públicas, programas e projetos voltados à integralidade da atenção e à redução de vulnerabilidades nos planos, social e programático e consequentemente individual dos idosos em nosso país. São eles: serviços de saúde e sociais focados na promoção da saúde e acesso na atenção primária e longo termo; determinantes

¹ Cientista Social, Mestre em Saúde Coletiva, Pesquisador Científico do Núcleo de Investigação em Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: renato@isaude.sp.gov.br

pessoais e biológicos; determinantes comportamentais orientados para adoção de estilos de vida saudável e participação ativa no autocuidado; ambiente físico adequado para prevenção de acidentes; determinantes sociais com ênfase em ações preventivas ao abuso de idosos; e determinantes econômicos, valorizando a participação dos idosos no setor informal, em casa e na comunidade (p.27).

Considerando-se o número reduzido de estudos dirigidos à população idosa nessa temática, o livro também apresenta elementos importantes e inovadores para a compreensão da qualidade de vida nesse grupo, especialmente quando a autora apresenta os resultados dos grupos focais e entrevistas realizadas. Utilizando-se de categorias como 'envelhecimento', 'saúde' e 'qualidade de vida', ao dar voz aos sujeitos da pesquisa, apresenta categorias relevantes para apreensão do objeto de estudo. Nos grupos focais destacam-se: a pertença ao grupo, a empregabilidade e as funções dos gamistas e pós-gamistas; e nos depoimentos: a reivindicação de benefícios, a satisfação com os benefícios, a generosidade, a espiritualidade e os problemas familiares.

Em relação à categoria 'saúde', as narrativas dos sujeitos enfatizam a importância das atividades físicas, como a natação e a caminhada; o não uso de medicamentos; a alimentação saudável; a associação entre condições econômicas e boa saúde física e mental; a mudança de atitude e a preocupação de viver bem.

Em suas considerações finais, a autora enfatiza que a revelação mais importante do estudo foi apreender que "envelhecer com boa qualidade de vida é possível" (p.190). Nesse sentido, os idosos representam uma parcela significativa da população brasileira, sendo atores-chave na definição de parâmetros para formulação e operacionalização de políticas, programas e projetos. Cabe ao poder público e aos profissionais que atuam em diferentes setores dar voz a esses protagonistas!

O livro "Envelhecimento Ativo: desafio do século" de Sandra Albuquerque trilhou esse caminho e certamente poderá afetar outros profissionais, pesquisadores e gestores que queiram enveredar nesse percurso.

Resenha do Livro “O que vale a pena... – A sabedoria de quem viveu 100 anos¹”

de Neenah Ellis (tradução de Danielle Cordeiro Soares Marins).
Rio de Janeiro: Campus, 2003. 237p.

Tereza Setsuko Toma²

Esta é uma resenha possível. Certamente, há outras possibilidades de leitura e reflexão sobre o livro. Eu o ganhei de uma amiga há dois, três anos atrás e, na época, não fui além das primeiras páginas. A leitura de hoje, sob encomenda, me levou a esta abordagem enviesada para métodos de pesquisa, uma vez que trata de histórias de vida.

A autora é uma repórter norte-americana que tinha 45 anos quando realizava este trabalho jornalístico. Ela comenta que sempre achou que iria viver 100 anos, mas que só recentemente começou a pensar em como seria sua vida nesta idade. Em 1997 teve permissão para fazer uma série de rádio contando histórias do século vinte e então veio a idéia de entrevistar pessoas centenárias e perguntar sobre seu passado. No entanto, depois de algum tempo, começou a ficar curiosa sobre a vida atual delas. Sentia que a maior parte dos entrevistados “era modelo de perseverança e pensamento positivo, com mentes e corações abertos, curiosos, generosos e divertidos”.

Tratava-se de um grupo de pessoas que ela nem imaginava existir, pessoas que apesar dos 100 anos continuavam ligadas ao mundo. Nas primeiras conversas com elas, relata que estava concentrada demais nos problemas físicos, sempre com pressa, buscando fatos, com vergonha de perguntar sobre sexo, com medo de perguntar sobre a morte e que se sentia desconfortável quando ocorriam longos períodos de silêncio. Ela sente que foi melhorando e percebendo que as respostas vinham mais facilmente ao esperar e não ao fazer mais perguntas. Percebia os centenários “misteriosos como crianças, cheios de promessas e surpresas, mesmo que às vezes confusos”.

No livro são apresentados relatos das entrevistas realizadas com 15 pessoas centenárias, sendo 9 mulheres e 6 homens. Há também um entrevistado que não é centenário, um pesquisador que a ajudou a esclarecer as sensações que ela tinha junto a alguns dos centenários. Percebe-se a diversidade de situações que podem ser encontradas com relação ao local de moradia dessas pessoas, grau de deficiência física e mental, grau de dependência e de cuidados. A maioria das pessoas entrevistadas morava em instituições, que as privavam ou não de liberdade, mas há também uma mulher que morava sozinha. Uma parte importante do livro são os comentários que a autora faz sobre os sentimentos e reflexões que as entrevistas e o contato com essas pessoas provocaram nela mesma. Por isso, tais relatos são também didáticos, uma aula sobre a importância de pensar a prática e a responsabilidade do entrevistador.

Para apresentar o projeto, ela fez duas entrevistas. Isso foi o suficiente para que o mesmo fosse aprovado, porém sentiu que seria necessário usar uma estratégia melhor para obter histórias e não apenas frases soltas. Embora fosse uma profissional autoconfiante, com experiência de vinte anos como repórter, ela se viu frente a um novo fator - a senilidade dos entrevistados. A primeira entrevistada morava em um lar para idosos e foi trazida em cadeira de rodas. Nesse momento a autora comenta “Não é o tipo de lugar que eu escolheria para morar. As ajudantes pareciam cuidadosas, mas bastante impotentes. Fui levada para um salão onde os residentes ficavam sentados em silêncio, alguns assistindo televisão, outros em estupor. Não me surpreendi ao me ver lá para a primeira entrevista”. Aquela situação encaixava-se nos estereótipos e ela esperava encontrar mais lugares e pessoas centenárias semelhantes. A segunda entrevistada morava em um apartamento mais agradável que uma residência para idosos.

¹ Visite o site www.ifilivetobe100.com para ver fotos e ouvir os arquivos de áudio dos centenários.

² Médica Pediatra e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: ttoma@isaude.sp.gov.br

Embora parecesse mais independente, também se mostrou confusa durante a conversa.

Ela comenta que seria necessário “reaprender o que sabia a respeito de técnicas de entrevista para poder editá-las de um modo que desse coerência às palavras dos centenários sem, no entanto, eliminar os sinais do estado mental deles”. Por isso, no livro, as falas e pensamentos da autora entremeados nas entrevistas são fundamentais para uma aproximação dos leitores à realidade de vida desses idosos.

A seguir um breve resumo de algumas das entrevistas:

Ella Miller: Ela recebia cuidados em casa porque vivia com a sobrinha, que gerenciava uma empresa de prestação de serviços de enfermagem em domicílio. Ela disse que sua mente não era muito clara em questões do passado. Não escutava bem; os aparelhos auditivos que usava e que diziam ser bons não atendiam ao que ela pensava ter.

Anna Wilmot: Ela ainda remava todos os dias quando o tempo estava quente. Foi a primeira entrevistada que não tinha dificuldade de falar ao telefone. Ela morava sozinha e ainda dirigia seu próprio carro.

Abraham Goldstein: Sobre este professor, a autora pensou “Que tipo de homem ainda vai ao trabalho aos 101 anos? Ele está ensinando há setenta anos!” Ele estava aposentado da sala de aulas, mas tinha duas responsabilidades - uma era ser orientador e a outra, preparar resumos para os colegas a respeito de regras recentes relativas ao direito comercial.

Margaret Rawson: Ela vivia em uma casa de fazenda e organizou sua vida de maneira a contar com três acompanhantes, em turnos de 8 horas cada.

Sadie e Gilbert Hill: Encontrar uma pessoa de 100 anos ainda casada foi uma surpresa. Segundo a autora, uma pesquisa diz que as chances de duas pessoas casadas chegarem juntas aos 100 anos são de uma para seis milhões. Este casal estava junto há 80 anos!

Ruth Ellis: Ela era um modelo para a comunidade de lésbicas, uma ativista também por uma melhor qualidade de vida dos idosos e muito requisitada para falar em público.

Thomas Lewis: Em certo momento, a autora lê o livro “Uma teoria geral do amor”, que parece responder às inexplicáveis sensações e comportamentos que ela tinha quando conversava com alguns dos centenários. O Dr. Lewis, com quem ela teve um encontro, explicou:

“Emoções ou estados sentimentais são contagiosos, porque as pessoas têm a tendência natural para detectar o estado emocional de outra pessoa e se alinhar a ele ou de se aproximar dele”. E ainda, “A única coisa que faz as pessoas felizes é passar o tempo com aqueles que lhes são emocionalmente próximos. Outras coisas não os fazem felizes. Na verdade, a maioria das coisas que nossa cultura diz que trazem felicidade não a traz... Aquilo que vai fazer você feliz, ninguém vai dizer. Vai ter que descobrir sozinha, se tiver sorte”.

Agradeço as pesquisadoras que me convidaram para escrever esta resenha. Sem isto, talvez eu nunca tivesse resgatado este livro da crescente pilha dos que aguardam uma brecha nas minhas muitas atividades diárias. Este tipo de série – O que vale a pena – sugere algo breve, pouco aprofundado. E de fato assim é, o que, no entanto, não diminui seu valor. Sobre “idosos” sou leiga e este livro me fez pensar nos estereótipos, preconceitos e idéias errôneas que podem ser construídos quando desconhecemos um determinado assunto. É importante aclarar que embora eu tenha dado um viés de pesquisa a esta resenha, o livro é resultado de um trabalho jornalístico.

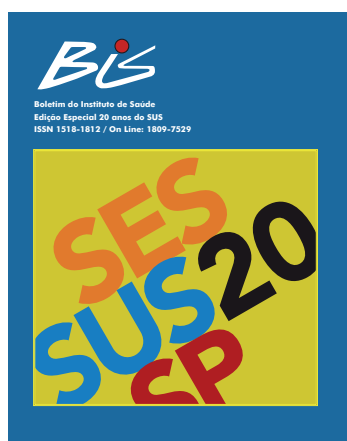
Para encerrar esta resenha, escolhi esta fala de Ruth Ellis, uma das centenárias entrevistadas, que nos faz refletir sobre a importância da solidariedade:

“Eu gostaria que as pessoas mais jovens se interessassem mais pelas mais velhas. É um pouco sobre isso que falo. Eu sei que todos são ocupados, que o mundo anda rápido demais, acho, e vocês não têm muito tempo para diversão, mas há muitas pessoas mais velhas que perderam as famílias, que não têm ninguém. Há muitas pessoas solitárias. E eu acho que se os mais jovens simplesmente escolhessem uma pessoa mais velha para visitar, para levar a um show ou para almoçar, alguma coisa assim... Algumas delas estão confinadas, não vão a lugar algum e, isso não é nada bom.”

BIS - números já editados



Nº 46 - 12/2008
Saúde Sexual e Reprodutiva



Edição Especial - 09/2008
20 Anos de SUS



Nº 45 - 08/2008
Saúde Mental



Nº 44 - 04/2008
Juventude e Raça



Nº 43 - 12/2007
Saúde Bucal



Nº 42 - 08/2007
Tecnologia e Autonomia
em Saúde



Nº 41 - 04/2007
Saúde, Cultura e
Subjetividade



Nº 40 - 12/2006
Juventude e Vulnerabilidades



Nº 39 - 08/2006
Humanização em saúde III

Edições disponíveis no site www.isaude.sp.gov.br



SECRETARIA
DA SAÚDE

