

## **Saúde do Idoso: uma visão geral**

Profa.Dra. Nereida Kilza da Costa Lima

Nosso país, assim como o mundo todo, está envelhecendo. A redução das taxas de mortalidade, devido à melhoria das condições sanitárias, à urbanização e à evolução da medicina, elevou a expectativa de vida. Nas últimas décadas a expectativa de vida aumentou mais do que nos cinco milênios anteriores. A queda da natalidade, que ocorreu a seguir, contribuiu sobremaneira para a maior porcentagem de idosos na população mundial. Segundo a ONU, em 2050, o número de sexagenários irá ultrapassar o de jovens com menos de 15 anos no mundo. Esta mudança no padrão demográfico vem ocorrendo desde o final da década de 60 no Brasil. Outro processo em andamento é o aumento progressivo da porcentagem de mulheres idosas, uma vez que apresentam maior sobrevivência.

Em paralelo com a transição demográfica verificou-se a transição epidemiológica, ou seja, a mudança do perfil dos agravos da Saúde, com a redução da prevalência das doenças infecto-contagiosas e aumento das crônico-degenerativas, uma vez que os indivíduos vão viver maior tempo de sua vida como portadores de doenças sem cura, mas passíveis de controle: hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, osteoporose, etc. Observa-se ainda, considerando os idosos, grande importância das doenças infecciosas que ocorrem em indivíduos com diversas doenças crônicas, o que propicia maiores

consequências deletérias para estes indivíduos. Como as mudanças da composição etária da população e das doenças mais prevalentes ocorreram de forma muito rápida nos países em desenvolvimento, não houve adequação dos sistemas de saúde para as novas necessidades.

Os indivíduos de 60 anos ou mais, em 2001, correspondiam a 14,3% da população adulta e, no entanto, contribuíram para 33,5% das internações hospitalares e 37,7% do custo hospitalar. As cinco principais causas de internações em idosos foram: insuficiência cardíaca, bronquite/enfisema/outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas, pneumonia, doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração (PEIXOTO, 2004). É importante ressaltar que somente intervenções de promoção da saúde e prevenção de doenças podem modificar este padrão de alta necessidade de internações hospitalares, com alto custo financeiro e social. Um dos grandes desafios que temos é colaborar para que o idoso tenha mais anos livre de perda da funcionalidade, mantendo-se ativo e com autonomia (capacidade de decidir por si).

Um levantamento feito pelo Ministério da Saúde em 2002/2003, em quinze capitais e no Distrito Federal, com idosos acima de 65 anos, investigou a prevalência de fatores de risco (tabagismo, consumo de álcool, inatividade física, dieta inadequada e obesidade) e de morbidade referida (hipertensão, hipercolesterolemia e diabetes). Obtiveram como resultados: idosos representaram 13,4% (3.142/23.457), 59,4% mulheres e 40,6% homens, cuja idade média era de  $69,5 \pm 0,19$  anos. As prevalências de dieta inadequada,

inatividade física, obesidade, tabagismo e consumo de risco de álcool foram 94,4%, 40%, 17%, 12,7% e 3,2%, respectivamente. Cerca de 50% referiram hipertensão; 33% hipercolesterolemia e 18%, diabetes. O tabagismo e hipercolesterolemia apresentaram menor prevalência referida com a idade. A hipertensão arterial, inatividade física, obesidade e hipercolesterolemia foram mais prevalentes em mulheres. A aglomeração de dois ou mais fatores foi observada em 71,3% dos idosos (PEREIRA et al., 2008). Diante desta realidade, torna-se necessária a implementação de medidas que possam promover um envelhecimento saudável.

Sabe-se que além da manutenção da funcionalidade, o envelhecimento bem sucedido é mais frequentemente alcançado nos indivíduos com menos sintomas depressivos, o que por sua vez está associado a maior integração na comunidade, suporte social e apoio familiar.

Uma família bem estruturada contribui para a saúde do idoso, tanto promovendo a manutenção da funcionalidade e saúde mental, como cuidando do idoso dependente. No entanto, verifica-se progressiva redução no número de componentes das famílias, menor tempo disponível para cuidados, uma vez que a maioria dos potenciais cuidadores tem atividade de trabalho fora do domicílio. A assistência domiciliar bem estruturada poderia evitar institucionalizações em muitos casos. Por outro lado, observou-se uma maior participação da aposentadoria do idoso na renda familiar. Muitos filhos e netos desempregados dependem atualmente desta renda.

No ambiente familiar é que realmente mostramos-nos como somos. Observando a forma de relacionamento dos familiares com o idoso e dele com cada membro, é possível identificar conflitos latentes, necessidades, e, eventualmente, até suspeitar de maus-tratos, os quais podem ser do tipo negligência voluntária ou involuntária, agressões verbais, psíquicas ou físicas, ou mesmo exploração de recursos financeiros.

As equipes da atenção básica sob a estratégia da Saúde da Família têm papel fundamental no cuidado do idoso, devendo conhecer as particularidades das famílias, o papel do idoso no contexto familiar, os riscos aos quais eles estão expostos, as doenças instaladas, as possibilidades de intervenções, incluindo educação em saúde, a necessidade de reabilitação, etc. Para que a equipe possa realizar todas suas funções de forma ideal, é necessário que todos os profissionais recebam informações sobre as particularidades do indivíduo que envelhece. É importante saber diferenciar o que é normal no envelhecimento (senescência), do que é patológico (senilidade). Por exemplo, é esperado que um indivíduo com mais de 40 anos apresente presbiopia (dificuldade para enxergar de perto), a qual deverá ser compensada com lentes corretivas. Por outro lado, não é considerada fisiológica a perda de memória que causa problemas nas funções diárias do idoso e que precisará de avaliação especializada.

Uma tendência verificada no atendimento do idoso, especialmente daquele mais frágil, é de infantilizá-lo, ou seja, chamá-lo por diminutivos ou por nomes que não sejam o seu: vovozinho, senhorinha, etc. O idoso, em geral, terá

vivido muito mais do que o indivíduo que lhe atende. Ele merece, portanto, todo o respeito, ter sua identidade preservada e ter o foco do atendimento voltado para si. Muitas vezes o profissional inicia uma conversa com o familiar e o idoso acaba ficando alheio à situação.

Apesar dos atendimentos realizados com os idosos muitas vezes suscitarem sentimentos negativos devido à complexidade das informações, múltiplos problemas, falta de precisão nas informações, por outro lado, propiciam a riqueza da história de vida dos indivíduos, muitas oportunidades de ações benéficas a serem realizadas e a costumeira “fidelidade” do idoso à equipe que o atende, no sentido de ter confiança e valorizar os cuidados, o que torna os atendimentos progressivamente mais recompensadores.

A atenção à saúde do idoso foi priorizada em vários documentos governamentais, incluindo o Estatuto do Idoso (2003) e o Pacto pela Vida – SUS (2006). O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Ainda há muito a ser feito, mas as prioridades já estão definidas e já se observam mudanças positivas na atenção à saúde do idoso.

#### Referências:

Peixoto SV, Giatti L, Afradique ME, Lima-Costa, MF. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2004; 13(4): 239-246.

Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. Arq Bras Cardiol 2008;91(1):1-10.

Pacto pela Vida:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

Estatuto do Idoso:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf)