

ÁREA TEMÁTICA - SAÚDE DO IDOSO

Helaine Vescio

Marília Anselmo Viana da Silva Berzins

Rosana Díaz Burguez

Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

ACOLHIMENTO E ENVELHECIMENTO

Tudo aquilo que fizermos com cuidado significa uma força contra a entropia, contra o desgaste, pois prolongamos a vida e melhoramos as relações com a realidade.

Leonardo Boff

Este documento pretende oferecer aos profissionais da rede de saúde da Secretaria Municipal de Saúde um instrumento básico e inicial que favoreça a reflexão do processo de envelhecimento. A intenção não é esgotar o assunto. Não está contemplado no documento o fluxo de encaminhamento para a Recepção Técnica. Faremos isso posteriormente, contemplando principalmente, as cinco patologias mais prevalentes nos idosos: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Doenças Cardiovasculares, Osteoarticulares e Depressão. O presente texto inicialmente considera o processo do envelhecimento populacional como uma grande conquista da humanidade; em seguida, apresenta o conceito do cuidado segundo Leonardo Boff, apresenta alguns dos principais mitos do envelhecimento presentes na sociedade e por fim apresenta o capítulo do Estatuto do Idoso que define os direitos na área da saúde.

O envelhecimento populacional – aumento da proporção de idosos na população – é uma realidade na nossa sociedade. Viver mais e conseqüentemente prolongar a vida foi uma das maiores conquistas que a humanidade alcançou no século passado. Grandes esforços da ciência foram empreendidos para que a espécie humana pudesse superar as baixas expectativas de vida predominantes nos séculos anteriores. Mas, não

basta apenas viver mais. Hoje, o grande desafio da gerontologia é investir em esforços que possam dar mais qualidade de vida aos idosos.

O envelhecimento populacional é um fenômeno que diz respeito a todos, não ficando circunscrito apenas aos cidadãos maiores de 60 anos. Os profissionais de saúde têm uma grande importância uma vez que são os implementadores e executores das políticas públicas de saúde para atendimento deste segmento etário.

Ao pensar em saúde e em acolhimento não podemos excluir o conceito de cuidado. Segundo Leonardo Boff, o cuidado significa uma relação amorosa para com a realidade, importa um investimento de zelo, desvelo, solicitude, atenção e proteção para com aquilo que tem valor e interesse para nós. De tudo o que amamos, também cuidamos e vice-versa. Pelo fato de sentirmo-nos envolvidos e comprometidos com o que cuidamos, cuidado comporta também preocupação e inquietação. O cuidado e a cura devem andar de mãos dadas, pois representam dois momentos simultâneos de um mesmo processo.

Quem é o idoso?

Segundo a ONU, nos países em desenvolvimento, idoso é a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. A Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso assim também definem cronologicamente a pessoa idosa. Nos países desenvolvidos o recorte etário é 65 anos. A população idosa do município de São Paulo, segundo os dados coletados no Censo IBGE 2000 era de 972.199 pessoas, representando 9,32% da população total. Na distribuição por sexo, 40,5% são homens e 59,5% são mulheres distribuídos nas 31 subprefeituras da cidade. Na subprefeitura de Pinheiros, 19% da população é

idosa enquanto na Cidade Tiradentes, apenas 3% da população tem mais de 60 anos.

A – MITOS DO ENVELHECIMENTO

Vamos a seguir, indicar questões a seres desmistificadas – “Mitos do Envelhecimento” – os quais julgamos ser necessário abordar com o propósito para uma melhor assistência ao idoso:

1. Velhice NÃO é doença

Infelizmente um grande número de pessoas chega no envelhecimento em más condições de saúde e com perdas funcionais consideráveis. Mas esta constatação não nos permite afirmar que velhice seja sinônimo de doença. A qualidade de vida de uma pessoa na velhice depende tanto das condições socioeconômicas e culturais que ela encontrou ao longo de sua vida quanto na adoção de hábitos saudáveis. Envelhecemos conforme vivemos.

Envelhecer é um processo do sujeito que vive o seu próprio tempo de forma particular e peculiar. O grande desafio das políticas públicas de saúde dos idosos é manter ao máximo a capacidade funcional através da adoção de programas de promoção e proteção da saúde e prevenção das doenças, evitando a fase de dependência. É cada vez mais frequente encontrarmos idosos com idade avançada sem incapacidades. As pesquisas indicam que 82% dos idosos estão bem de saúde, mantendo sua independência e autonomia.

2. Idoso NÃO volta a ser criança

Há um entendimento popular que “velho é uma criança grande” ou que “velho volta a ser criança.”

Isso é falso e encobre o estereótipo da fragilidade da velhice e que pretende segregar a uma condição de inferioridade. É muito comum vermos profissionais tratando os idosos como se fossem crianças, chamando-os por nomes diminutivos (vózinha, queridinha, bonitinha, lindinha, etc) e dirigem-se a eles falando com infantilidade e muitas vezes além das palavras, agem tentando erguê-los como se fossem deficientes físicos e necessitassem de ajuda, mesmo que não precisem. Não devemos tratar os idosos como tratamos as crianças. Devemos tratá-los como sujeitos que têm suas particularidades e que continuam a necessitar da atenção individual que esta fase da vida necessita.

3. Os idosos NÃO são todos iguais.

O envelhecimento de um indivíduo é e sempre será diferente do envelhecimento do outro. Cada sujeito tem a sua própria velhice e, conseqüentemente, as velhices são incontáveis. As mudanças biológicas ocorrem em todos os seres humanos, porém, as mudanças não se processam de forma igual. Cada um de nós possui o seu ritmo próprio de mudança. Nem todos os idosos são surdos, cegos, ranzinhas, implicantes, sábios, amáveis, ou quaisquer outros adjetivos e designações que pretendemos dar. Assim como as crianças, adolescentes, jovens e adultos têm suas particularidades, os idosos também as têm. Não podemos compreender o indivíduo pela generalização, pois sabemos que cada um de nós envelhece a seu próprio tempo e de modo particular e singular.

4. A velhice é a melhor idade?

Há uma forte tendência nos trabalhos com idosos denominar esta fase da vida como sendo “a melhor

idade”. Há muitos idosos que podem chegar nesta fase da vida e avaliarem que de fato ela é a melhor idade de suas vidas. Isso é um critério de análise individual. Não podemos concordar que isso seja uma generalização para todos os idosos. Devemos ter o cuidado de não esconder atrás da designação “melhor idade” um eufemismo que encubra as desigualdades presentes na sociedade e que afaste dos idosos a reflexão do lugar que o velho tem na vida social. Ao mesmo tempo, dizer que é no envelhecimento que se alcança a melhor idade é desconsiderar o princípio de uma sociedade para todas as idades, é desconsiderar que os jovens, as crianças e adultos, talvez também considerem que estejam na melhor idade. Portanto, melhor idade é aquela em que a pessoa está feliz consigo mesma, independente da sua idade cronológica.

5. Os idosos NÃO são um peso para a sociedade

Pensar que os idosos são um peso para a sociedade é um equívoco muito grande. Faz parte do senso comum retratar os idosos como um fardo econômico para o sistema social, principalmente responsabilizando-os pela crise da Previdência e do sistema de saúde. Neste discurso torna-se presente um falso discurso de que o envelhecimento é um problema social. Camarano, pesquisadora do IPEA, aponta que no Brasil houve um aumento do número de famílias que estão sendo sustentadas por idosos. E vai mais além: a qualidade de vida dessas famílias em comparação com aquelas que não são sustentadas por idosos é bem melhor. Devido à miséria e à crise de trabalho, é cada vez mais freqüente encontrarmos duas ou três gerações vivendo com idosos e muitas vezes, a aposentadoria ou pensão são a única fonte de renda estável dessas famílias.

6. Velhice NÃO é sinônimo da perda da autonomia.

A grande maioria dos idosos é absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e desejos. Manter a autonomia enquanto se envelhece é a chave de vida para todas as pessoas e das políticas públicas que contemplam o segmento idoso. A presença ou não de uma ou mais doenças crônicas não deve significar que o idoso perdeu a capacidade de gerir sua própria vida. Incentivar e promover a preservação e o respeito pela autonomia deve ser prática freqüente nas ações de atendimento a população idosa ao mesmo tempo que se deve investir para manter a independência por um maior tempo possível.

7. “Isso” NÃO é normal da idade.

Muitos idosos, famílias e até mesmo alguns profissionais manifestam na vida diária a crença que as doenças que acometem os idosos são “normais da idade” e, portanto não há nada que possa ser feito e resta tratar os idosos com certa displicência e descrença na capacidade de recuperar a saúde. Essas crenças exercem uma influência muito intensa e negativa nos sujeitos, podendo ocorrer por parte das pessoas a desconsideração pelas queixas que são encaminhadas aos serviços de saúde. Pensar que incontinência urinária, perda de memória, alteração da sexualidade, tristeza, apatia, perdas sensoriais, hipertensão arterial, osteoporose, tremores, perda de equilíbrio são normais nos idosos, e não escutar a queixa e investigar as manifestações das queixas dos idosos pelo fato de achar que isso é normal da idade, pode ser um equívoco com sérias conseqüências.

8. O idoso NÃO é excluído de ter uma boa qualidade de vida

O envelhecimento é uma experiência heterogênea. Cada indivíduo pauta sua vida de acordo com padrões, normas, expectativas, desejos, valores, experiências e princípios diferentes dos outros. A qualidade de vida em idosos e sua avaliação sofrem os efeitos de numerosos fatores, entre eles os preconceitos dos profissionais e dos próprios idosos em relação à velhice. O dono da vida, no caso, o idoso, deve ter participação ativa na avaliação do que é melhor e mais significativo para ele, pois o padrão de qualidade de cada vida é um fenômeno altamente pessoal. Sabemos que o consenso sobre qualidade de vida envolve as dimensões física, social, psicológica e espiritual. Esta é uma questão não apenas ética, mas metodológica. Outros imperativos éticos devem ser atendidos pelo profissional que cuida de idosos, entre eles o do direito à autonomia e à dignidade.

9. A dieta do idoso NÃO deve ser restrita

A nutrição é um dos aspectos de grande importância na manutenção e recuperação da saúde em todas as fases da vida. Exerce um papel fundamental na prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, cuja prevalência tem aumentado entre os idosos. Uma avaliação geriátrica abrangente deve abordar aspectos clínicos, estado funcional e variáveis psicológicas e sociais. Dentre os aspectos clínicos, um dos mais importantes é o estado nutricional. No processo de envelhecimento normal ocorrem alterações fisiológicas e biológicas que afetam a alimentação e nutrição do idoso. Cabe lembrar, no entanto, que uma intervenção nutricional junto ao paciente

idoso é de grande ajuda não só para retardar como para evitar o aparecimento de determinadas doenças ou até mesmo diminuir a gravidade das mesmas. Existem técnicas para a avaliação do estado nutricional ou mesmo do risco nutricional e que podem ser aplicadas a nível ambulatorial, contribuindo para melhorar o estado nutricional do paciente idoso, evitando que entre num quadro de desnutrição com sérias conseqüências para a sua saúde.

10. Outros mitos

Há ainda muitos mitos que se manifestam freqüentemente nas condutas de profissionais que trabalham com idosos e que desejamos citá-los:

- Idoso não pode realizar atividade física
- Ele ou ela é muito velho para ser submetido a isto (procedimentos, hospitalização, cirurgias)
- UTI não é local de velho.

B - ESTATUTO DO IDOSO (E. I).

O Estatuto do Idoso é uma grande conquista dos idosos e tem como objetivo principal a regulamentação dos direitos dos cidadãos com mais de 60 anos. Para que ele possa valer e ser cumprido, o poder público, a sociedade e os idosos, principais protagonistas do Estatuto, zelem pela observância dos direitos conquistados no instrumento legal.

Apresentamos a seguir alguns pontos importantes que julgamos ser do conhecimento e interesse dos profissionais da saúde. São eles:

- Até a aprovação pelo Congresso Nacional,

- o Estatuto do Idoso percorreu um longo caminho de 20 anos de discussões. Iniciou em 1983 e se consolidou até meados da década de 90.
- 1997: aprovado o Projeto de Lei 3.561/97 de autoria do Deputado Paulo Paim.
- O Estatuto do Idoso foi aprovado por unanimidade pelo plenário da Câmara dos Deputados na noite de 21 de Agosto de 2003.
- No dia 1º de Outubro de 2003 - Dia Internacional do Idoso - foi sancionado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva.
- Passou a vigorar em 1º de janeiro de 2004.
- O estatuto é Lei Federal nº 10.741/2003 de 1º de outubro de 2003.
- É dever da família, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, o efetivo direito à vida, à saúde, a alimentação, ao transporte, à moradia, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária;
- Para garantir o cumprimento do que estabelece, o EI transforma em crime, com penas que vão até 12 anos de prisão para maus-tratos a pessoas idosas.
- Proíbe a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados por idade;
- Garante aos idosos descontos em atividades culturais e de lazer;
- Assegura aos idosos com mais de 65 anos que vivem em famílias carentes o benefício de um salário mínimo;

- Garante prioridade do idoso na compra de unidades em programas habitacionais públicos.
- O Art. 3º, no parágrafo único garante ao idoso prioridade no:

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 possuem 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;

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.

Transcrevemos o capítulo do Estatuto do Idoso que diz respeito a SAÚDE:

CAPÍTULO IV

Do Direito à Saúde

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – 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.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como

próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

.....

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos:

- I – autoridade policial;
- II – Ministério Público;
- III – Conselho Municipal do Idoso;
- IV – Conselho Estadual do Idoso;
- V – Conselho Nacional do Idoso.

Uma reflexão sobre qualidade de vida e envelhecimento

A natureza abstrata da expressão “Qualidade de Vida” explica porque uma boa qualidade tem significados diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diferentes. É por isso que há inúmeras conceituações de qualidade de vida; talvez

cada indivíduo tenha o seu próprio conceito. Assim, qualidade de vida é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e até mesmo de indivíduo para indivíduo. Mais que isso, varia para um mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo e como função de estados emocionais e de ocorrência de eventos cotidianos, sócio-históricos e ecológicos.

Embora não haja definição consensual de qualidade de vida, há concordância considerável entre os pesquisadores acerca de algumas características do construto. Três características principais são compartilhadas por diversas correntes de opinião: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade.

Não é subjetividade total, pois há condições externas às pessoas, presentes no meio e nas condições de vida e trabalho que influenciam e avaliação que fazem de sua qualidade de vida.

Quanto à multidimensionalidade é consenso entre os pesquisadores de que a qualidade de vida inclui pelo menos três dimensões: a física, a psicológica e a social. A dimensão espiritual também pode ser acrescentada.