

ATENÇÃO À QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: QUANDO PREVENIR É A MELHOR ALTERNATIVA.

ATTENTION TO THE QUALITY OF LIFE OF THE SENIOR: WHEN IT PREVENTS IT IS THE BEST ALTERNATIVE.

¹ IGLECIAS, R. C. L.

² DELFINO, L. G.

¹ Faculdades Integradas de Ourinhos-FIO / FEMM

² Enfermeira especialista em Administração Hospitalar, e em Programa de Saúde da Família.

RESUMO

Os idosos precisam ser atendidos nas suas necessidades básicas como saúde, alimentação, habitação; devem ser respeitados, ter uma aposentaria digna, se divertirem, e até trabalharem desde que isso seja feito com prazer, e não como uma obrigação imposta por sua condição econômica; tudo isso não é nenhuma concessão, é um direito, e não por causa da velhice, mas “por causa de sua humanidade: é a humanidade do homem que precisa ser bem tratada”. Para um país que vive de retrógrada com suas inúmeras leis que garantem direitos a diversos segmentos sociais, que, se fossem realmente colocadas em práticas deixariam para atrás muitos países desenvolvidos. Em comum, leis e especialistas na área, consideram como prioridade em relação ao idoso, a prevenção de doenças que vão acometer as pessoas durante o processo de envelhecimento. Idosos custam caro para o sistema de previdência social, mas sairia mais em conta se houvesse programas de prevenção e promoção da saúde. Dessa forma, têm-se como objetivos reconhecer os sinais de envelhecimento e as medidas que devem ser tomadas no decorrer desse processo, considerando que é possível tornar a saúde, e conseqüentemente a vida do idoso, menos sofrível. A velhice é inexorável, a doença não.

Palavras-chave: velhice; qualidade de vida; direitos; prevenção.

ABSTRACT

The seniors need to be assisted in your basic needs as health, feeding, house; they should be respected, to have one would retire he/she deigns, if they amuse, and until they work since that is made with pleasure, and I don't eat an obligation imposed by your economical condition; all this is not any concession, it is a right, and not because of the age, but “because of your humanity: he/she is the man's humanity that needs to be very treated.” For a country that lives of retrograde with your countless laws that guarantee rights to several social segments, that, if they go really placed in practices they would leave for behind many countries developed. In common, laws and specialists in the area, consider as priority in relation to the senior, the prevention of diseases that you/they will attack the people during the aging process. Seniors cost expensive for the system of Social welfare, but he/she would leave more in bill if there were prevention programs and promotion of the health. In that way, they are had as objectives recognize the aging signs and the measures that they should be taken in elapsing of that process, considering that it is possible to turn the health, and consequently the senior's life, less bearable. The age is relentless, the disease not.

Key-words: age; life quality; rights; prevention.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano é complexo e todos os seus aspectos são inter-relacionados. Não se podem separar seus aspectos – físico, intelectual, emocional, social – a não ser para fins de estudo. Piletti (1988, p.205) afirma que, no “desenvolvimento humano não existem momentos de ruptura radical. A evolução é gradual e

contínua”. Observa-se que, em alguns momentos as mudanças são maiores que outras. Costuma-se dividir esse processo em cinco fases, que teriam características próprias a saber: (1) vida pré-natal, infância do nascimento aos 12 anos; (2) adolescência dos 12 aos 21 anos; (3) idade adulta dos 21 aos 65 anos e ; (4) velhice depois dos 65 anos.

Essa divisão é arbitrária, pois, em todas as fases não se pode considerar a idade como um critério padrão para determinar que essa ou aquela pessoa se “enquadra” em determinada fase. No Brasil, por exemplo, têm-se adolescentes, e até pré-adolescentes, que começam a trabalhar cedo para ajudar no sustento da família, assumindo responsabilidades de adulto; há os “eternos adolescentes”, que, já adultos, continuam na dependência dos pais; e pessoas idosas que estão com suas funções orgânicas prejudicadas, e continuam trabalhando.

Assim, o objetivo desta revisão bibliográfica tem em vista refletir sobre o fato de que os idosos, podem viver com qualidade vida, considerando as causas e efeitos da velhice, desde que haja efetivamente programas de prevenção, profissionalização do cuidador, e promoção da saúde em nível de políticas públicas, porque legislações sobre o assunto existe.

A DESCONSTRUÇÃO FÍSICA E COGNITIVA DO IDOSO

Fala-se em “fases de desenvolvimento” aplicáveis a qualquer área, como sinônimo de *crescer, progredir, aumentar*, assim, optou-se pelo termo “desconstrução”, pelo que significa o prefixo “des”, *separação, transformação, ação contrária, privação*. Nesse sentido, a fase de envelhecimento é uma “ação contrária” do desenvolvimento ocorrido na fase adulta; na velhice há uma acentuada regressão, uma desconstrução. O envelhecimento não constitui uma doença, mas pode determinar um grande número de transtornos. É um processo natural, no qual influem tanto a herança genética quanto o estilo de vida, o ambiente, as condições sociais.

O envelhecimento do organismo afeta todos os seus órgãos e sistemas, embora nem todas as pessoas envelheçam da mesma maneira, nem no mesmo ritmo. Registra-se uma série de alterações, tanto físicas quanto psicológicas e funcionais.

Resumidamente, de acordo com Venturoli (apud VEJA, 2004, p.98-99) pode-se descrever algumas dessas alterações. *Cérebro*. A partir dos 40 anos, os reflexos ficam mais lentos e a memória, mais fraca. Aos 70, o cérebro está menor e os reflexos diminuem. A lembrança de fatos recentes fica reduzida. Mas a memória cristali-

zada e a capacidade de aprendizagem continuam intactas. *Sono.* Aos 70 anos, a queda na atividade física diminui a necessidade de longas horas de descanso. Quem evita cochilar durante o dia reduz o risco de passar a noite em claro. *Pulmões.* Na velhice eles têm um terço da força anterior. Como o sistema imunológico não é mais o mesmo, há o risco de uma simples gripe se transforme numa pneumonia.

Pele. A elastina e colágeno garantem o viço cutâneo, aos 70 anos, a produção dessas proteínas já caiu muito. Pouco elástica, a pele cria ainda rugas e fica 20% mais fina que na mocidade. Menos ativas as glândulas sudoríparas e sebáceas ressecam a pele e a deixam sujeita a infecções. *Sistema digestivo.* Com o passar dos anos, o fígado deixa de sintetizar proteínas que ajudam a metabolizar antibióticos: fica-se, assim, mais vulnerável a bactérias. O cérebro, por sua vez, não alerta prontamente para a necessidade de água no organismo – o que causa desidratação e contribui para o mau funcionamento dos intestinos. *Ossos.* A partir dos 30 anos, a absorção de cálcio começa a diminuir. Com o tempo, os discos gelatinosos entre as vértebras da espinha dorsal se afinam: podem aparecer os primeiros sintomas de artrose na coluna. Aos 70, uma pessoa poderá ficar 4 ou 5 cm centímetros mais baixa. Cresce o risco de osteoporose.

Cabelo. A partir dos 45, em média, o cabelo começa a embranquecer por causa da baixa na produção de pigmentos. Entre as mulheres, o desequilíbrio hormonal faz crescer pêlos no buço e no queixo. *Sentidos.* Com o avançar da idade, o cristalino – a lente que dá foco às imagens – pode ficar opaco, originando a catarata. Problemas de audição afetam 70% da população com idade acima dos 75. *Coração e vasos sanguíneos.* Aos 70 anos, o músculo cardíaco, menos elástico, pode ter perdido até 40% da capacidade de bombear sangue. Se estiverem calcificadas e entupidas de gordura, as artérias dificultam a chegada do sangue às extremidades do corpo. *Sexo.* Aos 65, o pênis recebe muito menos sangue, e a ereção se torna mais difícil. Nas mulheres, a flacidez dos músculos vaginais e a falta de lubrificação reduzem a sensação de prazer. Mas isso não quer dizer que a libido esteja extinta.

Músculos e gordura. Aos 70 anos, com a massa magra 50% menor e menos líquido no organismo, perde-se peso. Mas a tendência é que a proporção de gordura aumente.

Há, um decréscimo em alguns aspectos psíquicos da velhice, relacionado sobretudo com a debilidade da vitalidade. Pode também debilitar-se a vontade e perder-se a capacidade de adaptação a novas situações. Tudo isto, acrescido da diminuição da capacidade de comunicação e do estado de

ânimo com uma tendência mais sombria, o idoso pode apresentar uma mentalidade pré-depressiva. (RUIPÉREZ; LLORENTE, 2002, p. 61)

Atualmente, cientistas estudam meios para retardar o envelhecimento, ou pelo menos amenizar seus efeitos: vitaminas, alimentos apropriados para cada função do organismo, exercícios físicos, estética (influencia na auto-estima) entre outros, têm sido comumente recomendados.

AUMENTA A EXPECTATIVA DE VIDA DO BRASILEIRO

O Brasil está deixando de ser um país considerado jovem; de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – a taxa de fecundidade caiu de 2,9 filhos por mulher em 1991 para 2,35 em 2000 (em 1980 era de 4,4). Para contrapor, os brasileiros estão vivendo mais, a expectativa de vida chegou a 71,3 anos em 2003, logo, a tendência é que a sociedade terá mais pessoas idosas e menos jovens.

(...) a população brasileira tem se ampliado rapidamente. Em termos proporcionais, a faixa etária a partir de 60 anos de idade é a que mais cresce. No período de 1950 a 2025, segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS - , o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado em 15 vezes, enquanto a população total em cinco. O País ocupará, assim, o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. (MANGANARO; MURTA, 2008, p.511).

Dessa forma, o fato é que, ter um idoso em casa vai se tornando uma realidade de cada dia mais corriqueira. A existência de um número relativamente alto de idosos na população gera demandas financeiras ao Estado em aposentadorias, programas de assistência e em saúde, principalmente no que diz respeito ao atendimento de doenças crônicas e degenerativas. Atualmente, esses gastos consomem a maior parte do orçamento do sistema de Previdência Social. Há necessidade dos governos investirem em saúde preventiva em todos os níveis. É nesse contexto que se insere a atenção à qualidade de vida do idoso.

É PRECISO ENVELHECER COM QUALIDADE DE VIDA

Não é por falta de legislação que o idoso brasileiro não é lembrado, Mangana-ro; Murta (2008, p.484-487), mostram que, o Estatuto do Idoso. Lei Nº10741, de 1º de outubro de 2003, no seu “art.1º “ - instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos” Em relação à questão da saúde, constituem “Direitos Fundamentais: Art. 9º

“ É obrigação do estado garantir à pessoas idosa a proteção à vida e à saúde, mediante afetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”.

O referido Estatuto contempla um Capítulo dedicado ao “ Direito à saúde”, são cinco artigos, que, entre outras medidas, afirma no Art.15º - 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.

O Decreto Nº 4.227, de 13 de maio de 2002, criou o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI que, entre outras providências, tem a função de “supervisionar e avaliar a Política Nacional do Idoso (Art. 3º, item I)”.

Contrariamente ao que se possa parecer, a prevenção no idoso não só é possível como absolutamente necessária. Não se trata de encontrar soluções espetaculares, uma vez que a velhice não pode ser detida, mas tentar que o envelhecimento se faça o mais lentamente possível: que a velhice não nos ultrapasse. (RUIPÉREZ; LLORENTE, 2000, p.28)

Portanto, observa-se, primeiro a preocupação com a prevenção.

Níveis de Prevenção

Se o envelhecimento é um processo natural, isso não significa que não se possa tomar medidas básicas em nível de atendimento público, Ruipérez; Llorente (2000) consideram que, um programa de prevenção deve comportar os seguinte níveis de prevenção:

- ✓ primária: tem por objetivo identificar e atuar sobre os fatores de risco que façam prever futuras incapacidades, para evitar que a doença ocorra;
- ✓ secundária: identifica sinais de deterioração precoce, onde a intervenção possa atrasar a evolução;
- ✓ terciária: atrasa o desenvolvimento de uma incapacidade existente e melhora a função residual, e
- ✓ promoção da saúde Trata-se de medidas encaminhadas para a manutenção e melhora do estado de saúde dos indivíduos, das famílias, dos diferentes grupos sociais e das comunidades.

Promoção e Educação para a Saúde

Deve-se agir, prioritamente, sobre os seis aspectos seguintes: (1) vícios (fumo e álcool); (2) práticas de exercícios; (3) balancear a alimentação; (4) fazer usos a-

proprio de medicamentos; (5) prevenção de quedas e outros acidentes e; (6) formação de cuidadores.

A avaliação geriátrica define-se como a quantificação de atributos e déficits importantes, clínicos, funcionais e psicossociais, com o fim de elaborar um plano racional de tratamento e utilização de recursos. Algumas das vantagens comprovadas de uma avaliação geriátrica adequada são: (1) diminuição da mortalidade, da incapacidade funcional e mental; (2) diminuição da hospitalização, dos reinternamentos e do consumo de medicamentos e; (3) diminuição das internações em residências ou lares de idosos com uma maior utilização dos recursos comunitários. (RUIPÉREZ; LLORENTE, 2000, p.31)

As pessoas da família são, em potencial, os primeiros cuidadores, e podem começar por adaptar o ambiente onde vive seus idosos, pois, segundo dados do Ministério da Saúde, mais de 70% das quedas de pessoas idosas acontece dentro de casa. Cambiaghi (apud VEJA, 2005, p.99), recomenda algumas adaptações simples que tornam a casa mais segura e podem evitar acidentes: *portas* e *corredores* devem ter um vão livre para permitir a passagem de cadeiras de rodas e a locomoção com muletas e bengalas; *piso*, não deve ser escorregadio, principalmente na cozinha e no banheiro; os *desníveis* são outra causa de acidentes, pois os idosos costumam arrastar o pé; os *tapetes* precisam ser evitados, e quando usados, devem ter adesivos antiderrapantes embaixo; as *tomadas* não podem ficar muito baixas, o ideal é que fiquem a 45 centímetros do piso, enquanto os *interruptores de luz* devem ficar na altura do tronco, a 1,10 metro do chão e próximos aos locais onde o idoso costuma ficar; *cozinha*, os eletrodomésticos devem ser distribuídos de modo a exigir poucos movimentos para ser alcançados, assim como os armários, eliminando a necessidade do uso de banquinhos e escadas; *sala*, os sofás e as cadeiras devem ser altos, para que o idoso possa sentar-se e levantar-se com mais facilidade; cadeiras com braços também são mais adequadas. *Campainhas* e *telefones* com sinal luminoso facilitam a utilização; *banheiro*, uma barra de apoio instalada no box do chuveiro facilita o banho. Um banquinho ou cadeira também ajudam; as *torneiras* devem ser de fácil manuseio; e no *quarto*, a circulação ao redor da cama deve estar livre.

Pode-se tomar medidas também no sentido de favorecer a autonomia do idoso e ao mesmo tempo orientar os cuidadores para resolverem as necessidades e problemas rotineiros, como atuar frente às situações imprevistas.

Observa-se que, tanto as medidas de prevenção e promoção da saúde, não demanda planejamentos excepcionais, que não estejam ao alcance das políticas

públicas; as iniciativas no Brasil, ficam mesmo mais no âmbito social, como os clubes de 3ª idade, com acesso a poucos privilegiados; ajuda, mas não resolve os problemas da maioria da população idosa. Tome-se como exemplo, o funcionamento de centros americanos para idosos, que, de acordo com Smeltzer; Bare *et al.* (2005), além de promoverem atividades sociais, ainda, voltam-se para saúde, oferecendo cuidados de enfermagem, nutrição, e possibilitando que os membros da família realizem também atividades de apoio.

Em resumo, depois de tudo que foi exposto, é importante insistir no campo de atuação que se abre para a área de enfermagem, em que o profissional pode investir na carreira de cuidador, dada a grande quantidade de áreas sobre as quais se pode atuar ou intervir, para tentar curar, prevenir, reeducar, e/ou formar cuidadores.

CONCLUSÃO

É inegável que velhice traz problemas na vida do idoso, fazendo com que ele sinta-se um peso para a sua família à medida que tem consciência que torna-se cada vez mais dependente; por outro lado, a família como lugar de proteção tem se mostrado ultimamente como um mito: crianças e idosos têm sido vítimas de negligência, maus-tratos, agressão física; trata-se de questões ambientais, pois, pode ser observado em todas as classes sociais. As alterações que ocorrem no aspecto físico e cognitivo vai depender da vida que se tenha levado até essa altura. Portanto, as pessoas que tenham valorizado a sua saúde, que tenham permanecido ativas fisicamente e intelectualmente, que tenham desenvolvido um trabalho sem que comprometesse sua integridade, chegam a esta fase em melhores condições, daí a importância da prevenção.

REFERÊNCIAS

- CAMBIAGHI, Silvana. *De acordo com a idade*. In: Veja. São Paulo: Abril, n.1, p.99, 5 jan. 2005.
- FERNANDÉZ Ana Maria. *Psiquiatria*. In: *Guias práticos de enfermagem*. Tradução Maria Teresa Ramalhal Teixeira. São Paulo: MacGraw – Hill, 2000.
- MANGANARO, Márcia Marcondes; MURTA, Genilda Ferreira. *Enfermagem na saúde do idoso*. In: MURTA, Genilda Ferreira (Org.) *Saberes e práticas*. Guia para ensino e aprendizagem de enfermagem. 4.ed. São Caetano do Sul (SP), v.2, p. 477-550, 2008.
- PILETTI, Nelson. *Psicologia educacional*. 6.ed. São Paulo: Ática, 1988
- RUIPÉREZ, Isodoro; LLORENTE, Paloma. *Geriatrics*. In: *Guias práticos de enfermagem*. Tradução Maria Teresa Ramalhal Teixeira. São Paulo: MacGraw – Hill, 2000.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgico*. 10.ed. Tradução José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.1, 2005.

VENTUROLI, Thereza. *Viver mais e melhor*. *Veja*: Abril, n.37, p.96 – 104, 15 set. 2004.