

A saúde e o envelhecimento

Devani Salomão Reis

Jornalista e doutoranda em Ciências da Comunicação pela Escola de Comunicações e Artes / USP

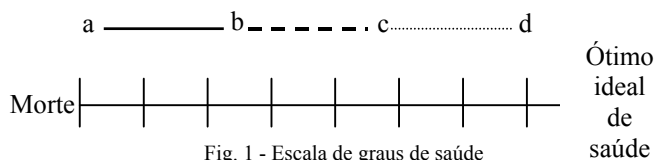
devanisalomao@uol.com.br

Resumo – Os problemas de saúde do homem e qualidade de vida estão relacionados com o meio-ambiente. Saúde e doença conceitualmente podem estar separadas, mas na vida real convivem justapostas. São Paulo, uma metrópole rica e dinâmica, apresenta problemas de saneamento básico, comum a cidades pobres, que afetam sua população, principalmente o contingente de quase um milhão de idosos. Os dados da pesquisa *Saúde, bem-estar e envelhecimento* – Sabe, mostra que as condições sociais têm forte impacto sobre o processo de envelhecimento. A expectativa de vida aumentou. Nos próximos 20 anos a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas.

Palavras-chave – saúde - qualidade de vida - envelhecimento.

Os maiores problemas de saúde enfrentados pelos homens, ao longo da sua história, sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade. Basta olharmos o controle das doenças transmissíveis, a influência e a melhoria do meio ambiente - saneamento -, provisão de água, alimento e assistência médica. Assim sendo, é importante que analisemos o conceito de saúde e doença.

A conceituação simplista de saúde e doença como dois estados, mutuamente exclusivos e estáticos, é refutada pela simples observação do que acontece com cada um de nós e com aqueles com quem convivemos. Em um dado momento, haverá os que apresentam condições excelentes, sem quaisquer queixas, os que estão bem, os que se sentem menos do que bem e os que estão definitivamente doentes. Cada um deles pode ter modificado essa condição de saúde, desde um ótimo ideal até o zero que corresponderia à morte. Nessa escala, uma certa faixa, *a-b*, indicaria condições em que o próprio indivíduo se sente doente, o que variará de indivíduo para indivíduo; uma outra, *b-c*, incluiria as situações em que ele não sente a doença mas esta poderia ser descoberta pelos métodos propedêuticos disponíveis; a faixa *c-d* reuniria os casos em que as alterações fisiológicas decorrentes da doença, embora presentes, não podem ser apuradas pelos métodos existentes. Além de *d*, na ausência, portanto, de qualquer alteração que pudesse configurar uma doença, estender-se-ia a faixa que abrange graus crescentes de saúde, até o ótimo ideal.¹



Apenas este ótimo ideal é focalizado na definição de saúde adotada pela Organização Mundial de Saúde - OMS, descrevendo-a como “um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou defeito”.²

Uma definição mais dinâmica é a de Perkins (1938):

*“Saúde é um estado de relativo equilíbrio da forma e da função do organismo, resultante de seu sucesso em ajustar-se às forças que tendem a perturbá-lo. Não se trata de uma aceitação passiva, por parte do organismo, da ação das forças que agem sobre ele, mas de uma resposta ativa de suas forças operando no sentido de reajustamento”.*³

Com essa conceituação, por trás de qualquer condição de saúde ou doença, estão os fenômenos de constante alteração; é a batalha continuada em que se empenha o homem para manter um balanço positivo contra as forças biológicas, físico-químicas, mentais e sociais que tendem a romper o equilíbrio que correspondeu ao seu grau de saúde.

Para essa luta contra os estímulos produtores de doença, o homem dispõe de mecanismos internos e externos de defesa. Esses estímulos são representados por agentes vivos e não vivos. Aos primeiros corresponde o conjunto de doenças que são designadas como “transmissíveis” e, neste caso a saúde depende do resultado de um fenômeno biológico, a luta pela sobrevivência entre o homem e esses agentes. Os agentes não vivos podem surgir no próprio homem, como resultado da hereditariedade ou de alterações de funções fisiológicas, ou podem provir do ambiente; a eles corresponde o conjunto de doenças designadas como “não transmissíveis”.

À medida que a epidemiologia identifica causas envolvidas no processo da doença e esclarece a forma pela qual nele participam, vai se tornando possível a elaboração de um modelo descritivo compreendendo as inter-relações entre o agente, o hospedeiro e o meio ambiente tais como se estabelecem no decurso das fases sucessivas do referido processo. A descrição, com características, foi apresentada por Leavell e Clark (1965) sob a designação de “história natural da doença”.⁴ Por meio ambiente entenda-se o conjunto de todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo. Nele se

¹ LESER, Valter; BARBOSA, Victorio; BARUZZI, Roberto G.; RIBEIRO, Myriam; FRANCO, Laércio J. *Elementos de epidemiologia geral*. São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, Atheneu, 2000.

² Idem.

³ Idem.

⁴ Idem.

incluem também os fatores sociais, econômicos e biológicos que influenciam na saúde física e mental do homem e são, por sua vez, por ele influenciados.

Identificado os agentes do processo da doença é possível, então, interceptá-los, o que seria o campo da prevenção, que abrange também o tratamento das doenças, visando a interrupção do processo-doença. Procura-se assim prevenir ou reduzir o grau e a duração da incapacidade, impedir a instalação de defeitos.

FATORES RELACIONADOS COM AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Os fatores usualmente considerados são:

- a) os físicos: a temperatura, o grau de umidade, a pluviosidade, as radiações, a latitude e altitude, o relevo e a composição do solo, a existência e natureza de água e outros;
- b) fatores químicos: o excesso ou a falta, em condições naturais, de determinados componentes químicos, no solo ou na água, ou a sua adição a estes dois meios, ou ao ar.
- c) fatores biológicos: interessa-nos a natureza da fauna, envolvendo a existência de animais que têm participação na ocorrência de doenças humanas. As características da flora, elemento preponderante, na ecologia da região, afetam a vida dos animais e do próprio homem.

Os fatores físicos, químicos e biológicos são interdependentes, podendo ainda, ser objeto de modificações decorrentes da ação do próprio homem.

SÃO PAULO E SUA POPULAÇÃO

São Paulo, considerada a maior metrópole brasileira, com sérios problemas de saneamento básico, poluição e área de lazer, abriga um contingente de quase um milhão de idosos. Esse é o resultado um levantamento feito por pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e com apoio da FAPESP.⁵ Denominado Sabe (Saúde, bem-estar e envelhecimento). O trabalho traçou um retrato de quem são, como vivem e qual é o estado de saúde das pessoas com 60 anos ou mais que residiam no ano 2000 no município de São Paulo. Os moradores dessa faixa etária equivalem a 9,3% da população da capital paulista, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O estudo, feito com 2.143 pessoas, registrou uma idade média de 69 anos entre os idosos de São Paulo. Majoritárias na população total da metrópole, as mulheres são ainda fortemente representadas na terceira idade, respondendo por quase 60% dessa faixa etária. Um em cada cinco idosos nunca foi à escola e 60% estudaram menos de sete anos. Os medicamentos são um companheiro de todas as horas e de quase todos: 87% usam algum remédio. Dois terços das pessoas que atingiram a terceira idade tem um rendimento entre um e cinco salários mínimos, provenientes essencialmente de aposentadorias, visto que 80% delas não

trabalham mais. Por fim, 86% dos idosos moram acompanhados, ao lado de alguém da família (cônjuge, filhos ou parentes).

Pelos padrões definidos no Sabe, 96% dos idosos de São Paulo moram em residências cuja qualidade é boa. Suas moradias - em 78% dos casos próprias, deles ou de alguém que lhes cede graciosamente o espaço - tem água encanada, sistemas de esgoto e banheiro e contam com um cômodo para cozinhar. Essa boa notícia, contudo, esconde um dado perverso da localização geográfica dos idosos na cidade. A imensa maioria está concentrada em bairros mais centrais, de melhor estrutura, longe das favelas e da periferia, um indício de que envelhecer ainda é um privilégio das classes mais abastadas.

As doenças crônicas são uma sombra que paira sobre os idosos, segundo o projeto Sabe. Pouco mais da metade dos idosos que residem em São Paulo disse ter pressão alta. Um terço relatou sofrer de artrite, reumatismo ou artrose. Um quinto afirmou apresentar algum problema cardíaco. Os que se declararam diabéticos chegam a 18%, quatro pontos percentuais a mais que as vítimas de osteoporose, a descalcificação progressiva dos ossos que afeta especialmente as mulheres. Outras enfermidades freqüentemente mencionadas foram problemas nos pulmões (12%), embolia/derrame (7%) e câncer (3%).

O IDOSO E OS SISTEMAS DE SAÚDE

As conseqüências do aumento expressivo na quantidade de idosos sobre os sistemas de saúde e a Previdência Social são evidentes. Basta mencionar o debate nacional sobre o teto máximo das aposentadorias e a idade mínima para se requisitar o benefício. Os dados do projeto Sabe na capital paulista mostram que apenas quatro de cada dez idosos pagam um plano de saúde.

O problema nem é o envelhecimento da população no Brasil, mas sim, o seu envelhecimento sem saúde e qualidade de vida.

CONCEITUANDO QUALIDADE DE VIDA

Quando falamos em qualidade de vida para o idoso precisamos refletir sobre o que significa.

Qualidade de vida é um evento que tem múltiplas dimensões e que resulta da interação de acontecimentos concorrentes. Há várias questões ainda não resolvidas pela ciência em relação à explicação da própria velhice, o que potencializa as dificuldades de definir operacionalmente qualidade de vida na velhice.

Dentro do grupo de idosos podemos observar que há várias maneiras de envelhecer e de ser velho. A avaliação da qualidade de vida na velhice pode ser referenciada a diferentes critérios que dependem principalmente do grau de progresso alcançado pela sociedade, seus valores e seus ideais. Quando se estuda qualidade de vida e envelhecimento diferentes associações são feitas:⁶

⁵ PIVETTA, Marcos. *Retratos do entardecer*. Pesquisa Fapesp, n° 87, maio/2003, p. 32/39.

⁶ FERRARI, Maria Auxiliadora Cursino. *Idosos muito idosos: reflexões e tendências*. In: Mundo da Saúde, ano 26, n° 4, out-dez/2002, p. 467/471.

Em Gerontologia Social, qualidade de vida está muito ligada à satisfação e atividade física e mental.

Em Psicologia significa senso de controle, auto eficácia, competência social e cognitiva.

E para os diversos profissionais da saúde, representa entre outras: longevidade, saúde, capacidade funcional.

Lawton (1982), conhecido na literatura internacional pelo seu método de pesquisar qualidade de vida na velhice, tem um modelo centrado na idéia de uma avaliação multidimensional.

Qualidade de vida na velhice depende de muitos elementos em interação constante ao longo da vida do indivíduo: condições físicas do ambiente, condições oferecidas pela sociedade relativas à renda, saúde, educação formal e informal; da existência de redes de relações de amizade e de parentesco; do grau de urbanização; das condições biológicas proporcionadas pela genética; pelo estilo de vida.

Analisando qualidade de vida de idosos portadores de distúrbios cognitivos, pode-se elencar uma série de condições entre as quais: assegurar privacidade; dar oportunidade para interação social; dar oportunidade para exercício de controle pessoal, liberdade de escolha e autonomia; facilitar a orientação espacial; assegurar a segurança física; proporcionar ambiente estimulador; incluir objetos e referências da história passada dos idosos para aumentar e ou manter sua familiaridade; planejar ambientes agradáveis.

Smith et al (1999)⁷ num estudo sobre *fontes de bem estar na velhice avançada* examinam até que ponto os indicadores objetivos e subjetivos de domínios específicos da vida prognosticam o bem estar geral do indivíduo. Afirmam esses pesquisadores que nenhum estudo da velhice avançada estaria completo sem algumas avaliações gerais da qualidade de experiência de vida. As avaliações do bem estar e da qualidade de vida são amplamente empregadas na literatura gerontológica como indicadores da eficácia de políticas sociais e programas de bem estar, do sucesso de tratamentos médicos e psiquiátricos como indicadores globais de ajustamento psicológico e envelhecimento bem sucedido. Assim quando o bem estar é definido em termos de *recursos materiais e condições de vida*⁸ estão aí representadas as abordagens no campo da sociologia, economia, medicina e saúde mental. São avaliados critérios como habitação adequada (confortável e munida de dispositivos que ajudem uma vida independente na idade avançada); acesso a uma ampla serie de cuidados de saúde e serviços comunitários e oportunidades para atividades gerais e relacionadas à família; recursos financeiros suficientes, e saúde mental e física sem limitações.

Quando a abordagem ao estudo do bem estar enfatiza a importância da *experiência de vida subjetiva do indivíduo*⁹ é seguida fundamentalmente por psicólogos, com defensores também na sociologia e na medicina. É uma abordagem que define o bem estar em termos de *avaliações cognitivas dos indivíduos, suas vidas e sua experiência emocional*. Os critérios para bem estar são determinados pelo próprio indivíduo. Quando o bem estar é definido em termos da

experiência de vida subjetiva, é evitada a difícil tarefa de estabelecer consenso sobre os critérios de qualidade que satisfaçam tanto aos indivíduos quanto as instituições sociais.

EXPECTATIVA DE VIDA

Em 1940, apenas 4% de sua população brasileira tinha mais de 60 anos. Segundo o censo, os idosos em 2000 já somavam 8,6% de todos os brasileiros - um contingente de 14,5 milhões de indivíduos, 55% dos quais mulheres. Nos próximos 20 anos, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e representar quase 13% de seus habitantes.

Entre os fatores do envelhecimento da população destaca-se o aumento da expectativa média de vida ao nascer que, em 1980, era de 62,7 anos para os brasileiros e hoje está em quase 69 anos. Mas, segundo dados de censos do IBGE, a presença de idosos nas 27 unidades federativas varia - e muito. Na base, há um grupo de estados em que a parcela mais velha da população representa entre 4% e menos de 7% de seus habitantes. Esse é o caso de toda a região Norte. Numa situação intermediária, há um grande grupo de estados cuja proporção de idosos varia de 7% a 9% de seus moradores. Em São Paulo, por exemplo; as pessoas com 60 anos ou mais representam 9% da população. No topo, com uma taxa de idosos que chega a dois dígitos, figuram três estados: Paraíba (10,2%), Rio Grande do Sul (10,5%) e Rio de Janeiro (10,7%). Não por acaso, os municípios de Porto Alegre e Rio de Janeiro também são as capitais com mais gente de idade (11,8% e 12,8%, respectivamente, de seus habitantes).

REFERÊNCIAS

- [1] LESER, Valter; BARBOSA, Victorio; BARUZZI, Roberto G.; RIBEIRO, Myriam; FRANCO, Laércio J. *Elementos de epidemiologia geral*. São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, Atheneu, 2000.
- [2] Idem.
- [3] Idem.
- [4] Idem.
- [5] PIVETTA, Marcos. *Retratos do entardecer*. Pesquisa Fapesp, nº 87, p. 32/39, São Paulo, Plural Editora, maio/2003.
- [6] FERRARI, Maria Auxiliadora Cursino. *Idosos muito idosos: reflexões e tendências*. In: O Mundo da Saúde, ano 26, nº 4, out-dez/2002, p. 467/471.
- [7] Idem.
- [8] Idem.
- [9] Idem.

⁷ Idem.

⁸ Idem.

⁹ Idem.