

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

FÁBIO FAUSTO DE PAULA

**QUALIDADE DE VIDA NO ENVELHECIMENTO NO
BRASIL: Conceitos a promoção à saúde**

**PATOS DE MINAS
2009**

FÁBIO FAUSTO DE PAULA

**QUALIDADE DE VIDA NO ENVELHECIMENTO NO
BRASIL: Conceitos a promoção à saúde**

Monografia apresentada como exigência parcial para a obtenção do título de graduado (a) em enfermagem pela Faculdade Patos de Minas.

Orientador: Prof. Dnieber Chagas de Assis.

**PATOS DE MINAS
2009**

613. 98
P324q

PAULA, Fábio Fausto de
Qualidade de vida no envelhecimento no
Brasil conceitos: a promoção à saúde / Fábio Fausto
de Paula - Orientador: Dnieber Chagas de Assis
Patos de Minas: pág. 42, 2009.

Monografia de Graduação – Faculdade
Patos de Minas
Curso de Bacharel em Enfermagem

1. Enfermagem. 2. Envelhecimento. 3.
Qualidade de Vida.

FÁBIO FAUSTO DE PAULA

**QUALIDADE DE VIDA DO ENVELHECIMENTO NO
BRASIL: conceitos e promoção à saúde**

Monografia aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão
examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof.
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.
Faculdade Patos de Minas

Dedico este estudo aos meus pais que sempre me apoiaram, e todos meus colegas de curso. Para conseguir algo é preciso acreditar.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus.

Aos meus pais Eurípedes Fausto de Paula e Fabiana Dias Cardoso Filha e meu irmão Fabrício Fausto de Paula, pela compreensão, pela força, pelo incentivo de sempre lutar e nunca desistir dos meus sonhos.

Mestres agradeço a vocês pelas palavras e dedicação e atenção de ter me ensinado a cada dia coisas novas, em especial ao meu orientador Dnieber Chagas de Assis, que dispôs do seu precioso tempo para me ajudar a concluir este trabalho.

Aos meus Colegas, “Amizade e a palavra que designa vários sentimentos, e deve ser guardada e conservada dentro do coração”. A vocês somente tenho que agradecer todos os minutos e segundos que passamos juntos.

Neste momento somente agradecer, por mais um vitória conseguida, e nunca parar de sonhar...

Muito obrigado Senhor...

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural pelo qual todos nós iremos desenvolver mais cedo ou mais tarde. Devido aos avanços da ciência e tecnologia, além da facilidade de acesso a uma imensa quantidade de informação, tornou-se possível uma melhor qualidade de vida, ampliando assim, a expectativa de vida. Através de levantamento bibliográfico procurou-se realizar uma pesquisa teórica com o objetivo de discutir os conceitos de promoção em saúde para os idosos, o significado de qualidade de vida na terceira idade, os fatores causais que fazem declinar essa qualidade, os principais problemas patológicos comuns do processo de envelhecimento, a importância do papel do enfermeiro no cuidado e na orientação ao idoso e sua família, os preconceitos em relação ao ser idoso e os equívocos destas suposições.

Palavras-chaves: Envelhecimento. Promoção em saúde. Qualidade de vida. Idoso.

ABSTRACT

Aging is a natural process by which all of us will develop sooner or later. Because of advances in science and technology, as easy access to a wealth of information, made possible a better quality of life, thus extending the expectancy. Through literature we attempted to perform a theoretical research in order to discuss the concepts of health promotion for older people, the meaning of quality of life in old age, the causal factors that make this quality decline, the major pathological problems common to the aging process, the importance of the role of nurses in the care and guidance to the elderly and their families, the prejudices about the elderly and misconceptions of these assumptions.

Keywords: Aging, Health Promotion, Quality of life, Elderly.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA.....	11
2 CONDIÇÕES CRÔNICAS DO IDOSO.....	19
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E O PAPEL DO ENFERMEIRO NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO.....	28
CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS.....	40

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é fenômeno natural e inescapável atualmente, mas no mundo contemporâneo, devido a diversos fatores como a revolução sanitária e médica, a expansão do assistencialismo hospitalar e promoção à saúde, além de várias campanhas de educação e informação à qualidade de vida, o envelhecimento está ocupando cada vez mais espaço em nossa sociedade, como em todo mundo. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que o índice de envelhecimento está crescendo no Brasil. Em 1991, o número de pessoas idosas a cada 100 habitantes jovens era de 21 (21% da população).

Em 2006 havia 32,4 para 100 habitantes jovens (32,4% da população), ou seja, houve um crescimento de percentual de 11,4% num período de 15 anos. A proporção de idosos em relação à população total brasileira foi de 9,1% em 2006. Este índice relacionado à população atual no Brasil, que é de aproximadamente 192 milhões de pessoas, equivale a 17,7 milhões de pessoas (IBGE, 2006).

Com avanços diversos da área médica, curando e retardando o desenvolvimento de doenças, os profissionais de enfermagem devem ter conhecimentos mais atualizados sobre os cuidados com pessoas em processo de envelhecimento, pois a população de idosos será cada vez maior nos próximos anos. Desta forma, os profissionais de enfermagem não devem concentrar seus esforços na assistência ao idoso portador de doenças, mas principalmente, devem atuar na educação, promoção, recuperação e continuidade da saúde, com foco na qualidade de vida no envelhecimento.

O envelhecimento será tratado aqui como um fenômeno natural cujos sintomas de velhices já estão sendo sentidos pelas pessoas. Filosoficamente quando nascemos começamos a envelhecer, mas é após o crescimento e desenvolvimento do ser humano que o conceito de “velhice” começa a manifestar-se através do cansaço, da falta de disposição, da fragilidade e pouca resistência a diversas doenças.

A abordagem do enfermeiro ao idoso neste trabalho parte da análise dos conceitos de saúde, promoção e qualidade de vida ao idoso, por meio de levantamento bibliográfico e pesquisa teórica sobre o tema. Analisar a importância da promoção à saúde para uma camada populacional cada vez mais idosa e quais os fatores sociais, biológicos, psicológicos, culturais e econômicos que interferem na sua qualidade de vida, desta população crescente, torna-se cada vez mais imprescindível para uma melhor atuação do enfermeiro.

1 ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

Felizmente, hoje em dia, dá-se enorme ênfase no idoso, além de existir uma grande preocupação e integração dos profissionais de diversas áreas da saúde em relação a essa faixa etária. Isso surge em decorrência de um processo de mudança demográfica e epidemiológica que o Brasil vem apresentando de forma heterogênea, acompanhada, em grande parte, às dificuldades sociais, políticas e ambientais. A população idosa constitui-se como um grupo bastante diferenciado entre si e em relação aos demais grupos etários, e, qualquer que seja o enfoque, a situação dessa parcela da população é bastante expressiva.

Segundo o IBGE (2006) entre 1991 e 2006 a proporção de idosos em relação à população total do Brasil, saltou de 7,3% para 9,1%, na Região Sudeste, neste mesmo período, passou de 7,9% para 10,3% da população total regional. Em comparação, na Região Nordeste o mesmo passou de 7,3% para apenas 8% da sua população. Em Minas Gerais, passou de 7,6% para 10%. São Paulo de 7,7% para 10%. Enquanto, ainda em comparativo, Piauí de 6,6% para 7,1%. Estas pesquisas demonstram que quanto maior o progresso econômico e social, maior é a velocidade de envelhecimento da população brasileira. Quanto melhor a qualidade de vida da população maior sua expectativa de vida.

Continuando com a mesma fonte de pesquisa, o IBGE (2006) construiu o “Índice de Envelhecimento”, que é o número de pessoas idosas para cada 100 pessoas jovens. Entre 1991 e 2006, o Índice de Envelhecimento saiu de 21% para 32,4%, demonstrando a tendência de envelhecimento da população brasileira.

Segundo Karsch (2003) a mudança demográfica no Brasil exige constantemente novas estratégias de ações em saúde básica para enfrentar o “aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes, com baixo nível sócio-econômico, consumidores de uma parcela desproporcional de recursos da saúde destinada ao financiamento de leitos de longa permanência”, o que eleva o custo da saúde coletiva, não permitindo investimentos que fazem avançar e modernizar os sistemas de saúde.

Por isso que para a área de enfermagem, existe hoje uma imensa categorias de trabalhos e estudos publicados sobre o conhecimento em fundamentações

gerontológica e geriátrica, formação de recursos humanos e materiais, assistência de enfermagem gerontológica e geriátrica e educação em saúde, como importantíssima para os profissionais de enfermagem trabalharem através de programas de promoção e/ou educação à saúde e assistência competente e qualificada aos indivíduos da terceira faixa etária. Felizmente, essa compreensão amplia-se em atuação após a implementação da Lei 8.842, da Política Nacional do Idoso (PNI), sobre a grande lacuna existente hoje, na rede de apoio comunitário, na precariedade do sistema público de saúde tanto para os idosos quanto para os seus familiares, sobre a carência de serviços alternativos, inclusive de maior envolvimento por parte da comunidade (SANTOS, 1998).

Desta forma, a Gerontologia como área de conhecimento específico acerca do envelhecimento, inclui a Enfermagem dentre as várias disciplinas que nela atuam, a partir de uma interdisciplina com diversas áreas, que vai da comunicação de idéias até a integração recíproca de conceitos fundamentais para um determinado conhecimento, bem como a coordenação de pesquisa e do ensino que com ela podem se relacionar, além do planejamento conjunto de ações estratégicas de práticas em saúde (PAPALEO et al, 2005).

A interdisciplinaridade junto a Enfermagem tem como característica principal, incorporar os resultados de várias especialidades, formando cada um as suas estruturas e fundamentos conceituais de análise, além de instrumentos e técnicas metodológicas de assistência, com uma integração benéfica que atua de maneira eficaz e estratégica em relação ao idoso. Desta forma é importante a “idéia de ligar a teoria à prática gerontológica, não se tratando de conhecer por conhecer, mas de ampliar o conhecimento científico a uma cognição prática, compreendendo-a com possibilidades reais de transformação” (CAMACHO, 2002).

Por isso, os profissionais de enfermagem devem estar atentos a todo tipo de conhecimento necessário para um atendimento assistencial de qualidade e profissional, ao mesmo tempo, para o sucesso de ações de promoção à saúde.

O conhecimento gerontológico fornece bases científicas mais rigorosas e fundamentais para os profissionais de enfermagem, cabendo-lhes aprimorar seus conhecimentos, juntamente como uma ação interdisciplinar que focaliza a qualidade de vida do idoso. Já que envelhecer é um processo natural e não uma doença, assim, a educação e orientação tornam-se fundamentais para qualquer atuação de profissionais que visem realmente resolver os diversos problemas sociais, mentais e

biológicos. Muitas das vezes, é a falta de informação que leva a formação de doenças crônicas, preconceitos sociais e a baixa auto-estima da pessoa idosa (PAPALEO et al, 2005).

O envelhecimento, em relação à sociedade, também pode ser entendido como um problema relacionado ao direito à aposentadoria, cuja renda adquirida por anos de trabalho, devido ao prolongados esforços, infelizmente, é contextualizado como um problema de finanças públicas. Refiro-me ao impacto no sistema da Previdência Social, que por um senso prático apenas, e não por um senso ético, desliza ao afirmar que o envelhecimento é uma questão de peso para a economia, a saúde pública, que por conseqüências adversas, leva uma imagem de que a população idosa é quem prejudica a vida social e cultural da nossa sociedade (BRASIL, 2007).

O aposentado diante deste contexto desfavorável vê-se diante de uma forte discriminação, o que o leva a inatividade, ao retorno a casa, determinando uma troca de papéis simbólicos na estrutura familiar e profissional, submetendo-o a uma sociedade que prega a eficiência, a produção e a estética como valores essenciais, o que apenas o faz sentir subestimado, frustrado, decepcionado, inútil, levando-o a uma baixa auto-estima. Tais fatores influenciam diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa e, em vez da sociedade ganhar com sua inserção produtiva, acaba ampliando ainda mais seus custos econômicos, como a saúde pública, por exemplo, o que vem piorar com a crescente demanda criada por esta população sempre crescente (SANTOS, 1988).

Segundo dicionários, envelhecimento é simplesmente a ação e/ou processo de envelhecer. Envelhecer é simplesmente torna-se velho. Este fenômeno acarreta um pesar para qualquer pessoa, pois sinaliza a proximidade da morte. O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança, para melhor, de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida e tratamentos mais avançados e disponíveis que antigamente.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos (senescência) o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema (BRASIL, 2007). Destarte, ainda segundo o Ministério da Saúde, em condições negativas como, por exemplo, estresse emocional, acidentes e doenças, ocasionam uma condição de

senilidade. Existem diversas causas do envelhecimento: causas primárias e causas secundárias.

Causas primárias:

- Alterações na expressão dos genes
- Encurtamento do telômero
- Dano oxidativo no DNA

Causas secundárias:

- Depressão
- Neoplasias infecção crônica
- Insuficiência cardíaca congestiva

Todas estas causas levam à desregulação neuroendócrina, à disfunção do sistema imunológico e, por último, às alterações neuromusculares ocasionando fragilidade (síndrome clínica), ou seja, fadiga, perda de peso, da atividade física, velocidade e força de pressão. Há um alerta a ser feito sobre as alterações decorrentes do processo de envelhecimento, primeiro é evitar “considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças” (BRASIL, 2007).

O segundo é tratar esse processo natural como doença realizando, então, tratamentos e exames desnecessários referente a sintomas e sinais próprios da velhice e, por isso, facilmente explicados. Em geral, a assistência à saúde tradicional possui uma abordagem focada na queixa principal do idoso, além do hábito médico de reunir as queixas e os sinais em um único diagnóstico, isto parece ser adequado a um adulto, mas não ao idoso cujo contexto é mais complexo, sensível e subjetivo (BRÊTAS, 2002).

Os idosos passam então a se verem como doentes e não como uma pessoa saudável, mas em processo lento e natural de decadência física. Logo, o conceito que cada sociedade tem e o valor que ela atribui aos idosos afetam o modo como o idoso se vê e como os outros o veem e o valorizam. A velhice deve ser bem vivida,

pois pertence a um processo natural e não anormal, a sua condição é naturalmente saudável, porém, mais frágil. Portanto, é necessário que o processo de envelhecimento esteja focado numa qualidade de vida, no bem-estar biopsicossocial (LIMA, 1997).

Vem-se alertando que junto ao crescente número de idosos acompanha-se uma maior probabilidade de surgimento de doenças crônicas, entre elas a demência, sendo mais comum a doença de Alzheimer. Desta forma, nossa atenção à saúde do idoso deve focar a busca da prevenção dessas condições de agravos à saúde da população de terceira idade, pois estes agravos, limitam a autonomia diária, sua liberdade e independência, levando à decadência a qualidade de vida dos mesmos. Atualmente vem-se, também, discutindo ações de políticas públicas em saúde para o idoso, enfatizando a necessidade de mudanças de conceitos e paradigmas nas decisões sobre ações de saúde, as quais devem ser voltadas para medidas preventivas e, não prioritariamente curativas e de integração social, econômica e cultural (BRÊTAS, 2002).

A questão da violência que atinge o idoso, também é prioridade para a qualidade de vida dessa população. Segundo Minayo (2003), a violência contra o idoso é relatada como sendo a sexta causa de morte de pessoas com 60 anos de idade ou mais no Brasil, e que a maioria das internações, cujas causas são externas, devem-se a lesões e traumas provocados por quedas, agressões e atropelamentos.

Pode-se acompanhar, através da mídia no Brasil e no mundo, diversos flagrantes noticiados de ações covardes de agressão aos idosos, mesmo que estejam extremamente debilitados, demonstrando o estranho e terrível paradigma cultural atual de desprezo aos mais velhos e a falta de compreensão e respeito com aqueles que nos antecederam e nos ofereceram as melhorias e confortos atuais trabalhando para nos oferecer um futuro melhor. Esta cultura que vivenciamos o dia-a-dia é enorme obstáculo para que possamos oferecer-lhes uma melhor qualidade de vida. A nossa ignorância é tamanha que nos cega a ponto de não refletirmos que os idosos futuros seremos nós.

Esta violência que está se tornando mais abrangente e disseminada no nosso país, evidenciada por abusos e maltratos físicos, psicológicos, financeiros, através de negligências e abandonos, inclusive de abuso sexual. Muitas destas ações violentas não chegam aos serviços de saúde, visto que, são aceitas como naturais,

sobretudo no cotidiano das relações familiares e nas formas de negligência social e das políticas públicas (MINAYO, 2003).

No Brasil existem atualmente cerca de 18 milhões de idosos, projeta-se para 2025 um total de 33,4 milhões, a faixa etária desta população que mais registra aumento é a de pessoas com 80 anos ou mais. O crescimento da população idosa brasileira, como em todo mundo, é contínuo, pois com as conquistas da ciência contemporânea na área médica permitiram a prevenção e tratamentos de doenças a partir de diagnósticos precisos e rápidos, possibilitando assim, uma melhor qualidade de vida. Uma vida mais confortável tanto no trabalho e no lar, facilidades de locomoções através de veículos e saneamento básico acessível a maior parte da população são um dos fatores estruturais que também estão permitindo o aumento da longevidade (BRASIL, 2007).

Considera-se que com as diversas informações que vem circulando a respeito de como manter uma vida saudável através dos meios de comunicação cada vez mais acessíveis está formando uma população cada vez mais consciente o que vem permitindo a prevenção de causas secundárias que possam levá-los ao desenvolvimento de doenças e a mortalidade. Mas se a própria sociedade continuar a desvalorizar os idosos, abandoná-los a própria sorte, desrespeitar e maltratá-los, além da própria aversão e impaciência que a família, inclusive enfermeiros, possui com pessoas que estão em processo de envelhecimento, não só doenças crônicas terão um campo favorável para se defenderem. Mais a qualidade de vida desta parcela crescente da nossa população estará seriamente ameaçada, portanto, acredito ser necessário uma mudança de como enxergamos nossos idosos, sempre repensando que seremos eles no futuro, de forma a criar mais empatia e nos aproximarmos de maneira a cuidada-los e entende-los participando, no que for possível, de suas vidas.

O contínuo envelhecimento da população ampliará ainda mais em decorrência dos avanços da ciência nos conhecimentos da engenharia genética e da biotecnologia, alterando em um futuro próximo não apenas indicadores demográficos como a expectativa de vida, mas principalmente o próprio limite do tempo de vida, ou relógio biológico. Estima-se que nas próximas décadas, com os indicadores aumentando, há possibilidade deste relógio biológico se ampliar para 120-130 anos (BRASIL, 2007).

Atualmente, diversas teorias estão tratando o envelhecimento como um

sujeito como pró-ativo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objetivos claros, ao mesmo tempo em que luta para alcançá-los, acumulando assim, elementos importantes e úteis na adaptação à mudança rápida do cotidiano de hoje, o que é necessário para a manutenção do bem-estar. Sendo assim, um envelhecimento bem sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar, condições fundamentais para alcançar uma longevidade longa e sadia. A qualidade de vida inclui uma variedade de áreas da vida. Os modelos de qualidade de vida vão desde a "satisfação com a vida" ou "bem-estar social" a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas (SOUSA, et al 2003).

Considera-se que o conceito de bem-estar mudou a partir de meados do século XX. Antes, o bem-estar era relacionado quase exclusivamente com a disponibilidade de bens materiais, tais como, comida, banho, casa confortável, acesso a serviços de saúde, dinheiro etc. Atualmente, passou a ser relacionada com setores menos materiais ou tangíveis como o sentido de vida positivo, dignidade pessoal, oportunidades para projetos de vida, satisfação com a vida, alegria, inserção social etc. A noção de qualidade de vida também passou pela mesma mudança, englobando agora as condições, recursos e o direito a "gozar" a vida, ter prazer em viver.

A qualidade de vida na velhice tem sido, muitas vezes, associada às questões de dependência versus autonomia. As dependências observadas nos idosos resultam tanto de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade) como de mudanças nas exigências e reconhecimentos sociais (desvantagens e desprestígios) e, frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras. Baltes & Silvenberg (1995) descrevem três tipos de dependência:

- Dependência estruturada: o significado do valor do ser humano é determinado, em primeiro lugar, pela participação no processo produtivo, ou seja, a dependência gerada pela perda do emprego.
- Dependência física: refere-se à incapacidade funcional do indivíduo em realizar atividades da vida cotidiana.
- Dependência comportamental: é muitas vezes antecedida pela dependência física. É socialmente induzida independentemente da competência e habilidade do idoso, deve-se a desvalorização sócio-cultural.

Também vale ressaltar a importante de distinguir os "efeitos da idade" da patologia. Pois algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas habilidades cognitivas precoces, ao mesmo tempo em que outras vivem saudáveis até aos 80 anos e mesmo 90 anos, com ótimo poder de concentração, percepção e memorização. Começa a ser aceito que qualquer declínio precoce provavelmente reflete patologia e não os efeitos da idade, isso é importante para determinar a qualidade de vida que é levada, e isso se refere mais as atitudes e hábitos. Ou seja, a dependência não é um elemento que caracteriza apenas a fase de envelhecimento (BALTES, 1995).

Considera-se que o processo de envelhecimento é personalizado caso a caso, sendo único e singular. Sabe-se que é influenciado por diversos fatores como: a constituição genética, gênero, personalidade, caráter, estilos de vida, hábitos, condições sociais e econômicas, meio ambiente, valores, crenças, costumes, religiosidade, estado funcional etc. Diante disso, como ter um parâmetro para definir o que é qualidade de vida?

Segundo Paschoal (2004) seria necessário, para definir o que é qualidade de vida para o idoso, comparar se o grau de satisfação ou insatisfação correspondia com a realização ou não-realização dos objetivos ou expectativas da pessoa idosa. O autor analisou, por exemplo, que quando a saúde do paciente melhorava ou piorava suas expectativas também melhoravam ou pioravam. Desta forma, a estimativa da qualidade de vida poderiam ser negativas ou positivas de acordo com o impacto das doenças, do andamento do processo terapêutico e dos resultados obtidos. Mas este tipo de avaliação é mais clínica, não levam em conta condições sociais econômicas e culturais, a não ser o que inter-relaciona mais diretamente com o tratamento.

Assim, o conceito de envelhecimento deverá ser reestruturado para um valor de acentuada preocupação com a qualidade de vida, contrário a noção de relacionar o envelhecer com o adoecer, embarcando diversos aspectos, sejam eles sócio-econômicos, ambientais, culturais, fisiológicos ou psicológicos. A promoção à saúde deverá focar uma reeducação, não somente da população idosa, mas de toda a sociedade, preparando as gerações mais novas para o futuro certo do envelhecimento.

2 CONDIÇÕES CRÔNICAS DO IDOSO

Com o aumento da expectativa de vida a população de idosos está cada vez maior o que significa também o crescimento da utilização dos serviços de saúde, o que trás um maior número de problemas para um sistema ainda deficiente, principalmente o sistema público (SUS), no qual a maioria dos idosos recorrem em busca de intervenções custosas e complexas que envolvem tecnologias mais avançadas, que necessitam de mais especialistas e recursos para um cuidado mais completo (VERAS, 2001).

Em relação às doenças crônicas, os idosos apresentaram números mais expressivos, quando comparados às demais faixas etárias. Assim, pelo fato deste grupo social apresentar patologias múltiplas, especialmente crônicas, a quantidade de procedimentos, ou seja, o número de exames laboratoriais, de diagnóstico por imagens e, outros exames complementares, são enormes, produzindo uma grande demanda de longo prazo (VILAR, 2000).

As pessoas idosas são portadores de múltiplas doenças crônicas que coexistem entre si. Um estudo demonstrou que, em média, o número de condições crônicas (como osteoartrite, dispnéia ao esforço ou diminuição da acuidade visual) aumentava de 4,6% para 5,8% entre os 65 e 75 anos de idade. Uma pesquisa sobre saúde oral realizada no município de São Paulo demonstrou que indivíduos idosos possuíam em média apenas dois dentes sadios e, especialmente dentre os de baixa renda, era elevada a frequência de lesões periodontais e problemas relacionados ao uso de próteses sem manutenção adequada (ROSA, 1992).

No Rio de Janeiro em amostra aleatória de 242 indivíduos com 60 anos ou mais, de baixo poder aquisitivo, submetidos a entrevista domiciliar, revelou alta proporção entre aqueles que relatavam "má visão" (42%), "má audição" (17%) e problemas dentários (63%), além de testes padronizados que identificaram déficits cognitivos significativos (30%) e depressão (35%) (VERAS, 1994).

Outra amostra aleatória de 625 indivíduos com 60 anos ou mais na região metropolitana de Belo Horizonte, demonstrou a seguinte frequência de condições crônicas: "coluna" (48%), "pressão alta" (47%), "insônia" (41%), "visão"(38%),

"reumatismo" (38%), "circulação" (37%), "angústia" (34%), "stress" (33%), "depressão" (32%), "coração" (30%) e "varizes" (26%) (ROSA, 1992).

A pesquisa demonstra frequência de queixas relacionadas às doenças crônico-degenerativas e revela a proporção impressionante de transtornos afetivos, refletindo na precariedade da qualidade de vida dessa população. Quando indagados sobre seu estado de saúde, 47,2% dos indivíduos dessa amostra aleatória afirmavam não se sentir bem (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 1993).

Segundo o Ministério da Saúde, Brasil (2007) as alterações que decorrem do processo fisiológico de envelhecimento terão repercussão nos mecanismos homeostáticos da pessoa idosa e da maneira pela qual o seu organismo reage, decaindo assim, sua capacidade de defesa, adaptação e resistência, tornando esse grupo etário mais vulnerável a estímulos traumáticos, psicológicos e infecciosos. Como as doenças, desta forma, podem ser desencadeadas de maneira mais veloz, deve-se fazer uma ampla observação e avaliação dos diagnósticos que a precederam, com ênfase, principalmente, nas doenças crônicas, as quais possuem papel importante na manutenção das outras doenças, mantendo-as ativas. Sistemáticamente devem ser investigadas primeiramente:

- a) Afecções cardiovasculares e hipertensão;
- b) Diabetes e suas consequências;
- c) Déficits sensoriais auditivos e visuais;
- d) Afecções osteoarticulares;
- e) Déficits cognitivos;

Quando o paciente utiliza uma pluralidade de fármacos, deve-se, também, dar especial atenção à prevenção a iatrogenias. Iatrogenias são problemas de saúde induzidos por diagnósticos e tratamentos, podendo ser de dois tipos:

- 1) Iatrogenia de ação: que ocorre pela ação médica, desde a primeira consulta passando pelo diagnóstico, depois tratamento e até a prevenção. É caracterizada pela imprudência ou imperícia médica;
- 2) Iatrogenia de omissão: ocorre devido a falta de ação médica, seja no diagnóstico, seja no tratamento, portanto, reflete uma ato negligente passando despercebido pela equipe de profissionais;

O profissional de saúde deve estar atento na orientação sobre qualquer automedicação, tendo o cuidado de explicar os problemas diversos advindos de posologia errada, do uso excessivo, da utilização de vários medicamentos para um mesmo objetivo, devido às prescrições de vários médicos.

A população idosa é também bastante propensa às alterações nutricionais diversas como, por exemplo, a dificuldade em se alimentar. Isso se deve a vários fatores, dentre eles a modificações fisiológicas e sociais, o uso de várias medicações, doenças crônicas ativas, depressão, alterações da mobilidade, dependência funcional etc. Há também o problema de incontinência urinária, que afeta cerca de 30% das pessoas idosas, e muitas vezes não a revela, seja pela vergonha, orgulho ou por achar ser normal. A questão é que esta população sendo mal orientada ou preparada em lidar com a velhice, reage de maneira a estranhar tal situação e não ao contrário (BRASIL, 2007).

Em relação às ações do enfermeiro para o cuidado com pacientes idosos depressivos ou em risco de desenvolvimento da depressão torna-se necessário observar o lugar em que são administrados os cuidados. Cuidados mais agudos preparam a família do paciente, ele próprio e a sua comunidade para que se obtenha a alta do idoso. Cuidados mais prolongados devem ser realizados periodicamente, acompanhando as respostas ao tratamento farmacológico. Há também cuidados realizados através de organização de serviços domiciliares com objetivos de identificar as causas subjacentes ao quadro depressivo do paciente; promover e assegurar um ambiente acolhedor e seguro; auxiliar nas atividades cotidianas; contribuir e buscar fortalecer um suporte social para o idoso, além de sua família e recomendar a busca de serviços comunitários (STANHOPE; LANCASTER, 1999).

Segundo Rocha (1993) há a estimativa de que apenas 10% dos idosos deprimidos e com transtorno que necessitam de tratamento psiquiátrico recebem algum tipo de tratamentos, já que os sintomas depressivos não devem ser tratados com uma reação comum e natural a uma situação de fragilidade. A boa prática de enfermagem sempre leva em conta a possibilidade de transtornos afetivos no tratamento de um paciente idoso. Na prática cotidiana do enfermeiro, seja nos hospitais ou na comunidade, no que se refere à assistência a grupos de idoso e durante a visita domiciliária, vem se detectando vários indicativos de transtornos depressivos sem que sejam diagnosticados ou registrados nos serviços de saúde

aos quais os idosos buscam sem algum resultado considerável para o convívio familiar, social e a auto-estima.

O enfermeiro, ao lidar com um paciente depressivo ou predisposto à depressão, deve observar o lugar onde se realiza os cuidados, pois há cuidados que preparam o paciente, sua família e a comunidade para a alta dele. Há, também, cuidados prolongados que acompanham o paciente periodicamente, analisando as reações ao tratamento farmacológico. Há cuidados baseados em uma organização de serviços domiciliares com o objetivo de contribuir para a identificação dos fatores e causas do quadro de transtorno, além de assegurar um ambiente acolhedor e protetor ajudando nas atividades de vida diária, ao mesmo tempo em que busca dar suporte social para o idoso e sua família recomendando a busca de serviços de saúde e comunitários (BRÊTAS, 2002).

Muitas das vezes as queixas dos idosos e/ou sintomas diversos que vão aparecendo são entendidos pelo enfermeiro e a família do paciente como parte do processo natural de envelhecimento, não valorizando a fala do idoso, ignorando as verdadeiras causas de seu problema, não visualizando contexto em que se encontra inserido. Por outro lado, o idoso acaba evitando se queixar para não incomodar, já que as pessoas que lhe cercam em sua maioria, não têm paciência, alega falta de tempo, interrompem sua fala por julgar prolixa, repetitiva e desnecessária. A consequência desta falta de percepção dos sintomas depressivos, confundidos na maioria das vezes como 'velhice', compromete praticamente a qualidade de vida do idoso, influenciando ainda mais na piora de sua condição (STANHOPE & LANCASTER, 1999).

Uma das condições de declínio da qualidade de vida do idoso está relacionada a doenças comuns, próprias da terceira idade, colocando-os em difíceis situações orgânicas e funcionais, gerando custos altíssimos para sua família ou a se próprio, como também aos serviços de saúde pelo país. Considero a importância em promover a qualidade de vida desta população cada vez mais numerosa, com uma estratégia cotidiana de longo prazo, o permitiria a diminuição do sofrimento das pessoas e dos custos aos sistemas de saúde que poderiam investir em mais melhorias e avanços mais modernos.

Segundo o Ministério da Saúde, Brasil (2007) as doenças cardiovasculares são as principais causas de mortalidade e morbidade da população brasileira, especificamente para a população idosa, e os principais fatores de riscos que

aumentam a probabilidade de tais doenças são a Hipertensão Arterial e o Diabetes *mellitus*.

O tratamento e prevenção da hipertensão e a prevenção das complicações crônicas necessita de um processo baseado na abordagem multiprofissional e num contínuo estímulo de motivação para que o idoso não abandone o tratamento. Uma das principais estratégias é o tratamento não-farmacológico da hipertensão (HAS) tais como: o controle de excesso de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e atividades físicas regulares (BRASIL, 2007).

Já o tratamento farmacológico da HAS, ainda Segundo o Ministério da saúde Brasil (2007) o profissional, aqui especificamente o enfermeiro, deve levar em conta algumas noções básicas tais como:

- Orientar a sempre a iniciação de doses menores do que as prognosticadas elevando-as aos poucos;
- Lembrar que alguns fármacos anti-hipertensivos demoram de quatro a seis semanas para atingir seu efeito, devendo evitar mudanças na programação do tratamento;
- Jamais se deve consumir uma nova droga antes do efeito máximo da(s) primeira(s);
- Estar atento a ocorrência de hipotensão postural ou pós-prandial antes de dar início ao tratamento;
- Estimular medidas de pronto atendimento em domicílio;
- Orientação sobre o uso no horário conveniente em relação à alimentos, diurese, sono etc;
- Orientar a necessidade de dar sempre continuidade a prescrição estabelecida, pois a descontinuidade induz a HAS resistente;
- Orientar a importância da participação de grupos com o mesmo problema como forma a melhorar a qualidade de vida a partir do compartilhamento de experiências comuns;
- Ações educativas para a adesão ao tratamento;
- Educação da família do idoso para a necessidade de monitoramento;

O Diabetes *mellitus* é uma doença comum que possui mais incidência na

medida em que aumenta a idade, apresentando alta morbidade e mortalidade, com acentuada perda da qualidade de vida, sendo uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, doença cardiovascular e cegueira. O diabetes tipo 2 compreende cerca de 90% dos casos, sendo mais comum em pessoas idosas. Seus fatores indicativos de risco são a idade avançada, sobrepeso e obesidade, antecedentes familiares, hipertensão arterial, colesterol HDL (≤ 35 MG/DL) e triglicérides (≥ 150 mg/dl), história de macrossomia ou diabetes gestacional, diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos, doença cardiovascular e cerebrovascular (PAPALEO et al, 2005).

O tratamento de hiperglicemia possui, em maior ou menor grau, o risco de hipoglicemia, por isso que, medicamentos mal administrados, podem levar à insuficiência hepática ou renal. O não tratamento aumenta o risco de infecções, leva a perda da autonomia e à desnutrição. Deve-se orientar o idoso à autovigilância dos sintomas e da glicemia. Em relação ao idoso dependente, o enfermeiro deve avaliar a qualidade de ajuda na casa, observando prioridades como: a estabilidade da glicose para evitar complicações da doença; controle dos fatores de riscos, principalmente da hipertensão, a fim de evitar complicações macrovasculares, que pode ser fortalecido também com outro fator de risco, a hipercolesterolemia, por isso a importância do controle da glicemia (CAMACHO, 2002)

Além da Hipertensão e da Diabetes, a incontinência urinária é também bastante comum na população idosa. Segundo ainda o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), as causas de incontinência urinária na pessoa idosa pode ser dividida em agudas ou crônicas. As causas agudas podem ser:

- Endócrinas (hiperglicemia, hiperpotassemia, diabetes, vaginite atrófica);
- Psicológica (depressão);
- Farmacológicas (diuréticos, antidepressivos, etc);
- Infeciosas (infecção do trato urinário (ITU) sintomática);
- Neurológicas (doença vascular cerebral, doença de Parkinson, etc);
- Redução de consciência;
- Redução de mobilidade funcional;

As causas crônicas podem ser:

- Debilidade e lassidão do assoalho pélvico;
- Debilidade do esfínter uretral;
- Hiperatividade do detrusor (incapacidade para retardar a micção);
- Obstrução anatômica (pela próstata, por exemplo) ;
- Bexiga hipocontrátil (associada a diabetes *mellitus*, ou lesão medular);
- Demência grave;
- Imobilidade;
- Depressão;
- Ataduras;

O crescimento acentuado da longevidade no mundo contemporâneo, o que eleva um número cada vez maior de pessoas em envelhecimento está diretamente relacionado com o aumento das doenças crônicas, requerendo cada vez das equipes de saúde um maior comprometimento, não só nos cuidados, mas com questões sociais, culturais e ambientais, além de ações estratégicas que promovem comportamentos saudáveis de adultos e idosos, suas famílias e comunidade. Dentro deste contexto o papel do enfermeiro é decisivo para uma melhora da qualidade de vida como um todo, seja através de ações educativas que incluam o indivíduo como agente auto-cuidador de si mesmo, informando-os sobre seus direitos e deveres para consigo e sua comunidade (FRANZEN, 2007).

Ainda segundo Franzen (2007) a sistematização da assistência da área de enfermagem vem propondo uma metodologia empregada pelos enfermeiros na prática mais clínica, favorecendo uma forma de cuidar que se articula de maneira inseparável com as dimensões do pensar, do sentir e do agir.

Ao procurar conhecer o paciente, identificar suas necessidades e ouvi-los bem, o enfermeiro tem condições de auxiliá-lo melhor, como por exemplo, a construção de um plano de ação conjunta para determinar quais práticas e intervenções são realmente necessárias ao cuidado do idoso e a forma de identificar, medir e analisar os resultados alcançados. Desta forma, compete ao enfermeiro participar pró ativamente de diversas atividades ou campanhas educativas, tanto de assistência e/ou de pesquisa, o que irá contribuir ainda mais

para a adoção de comportamentos saudáveis e, conseqüente, para a melhora da qualidade de vida para os idosos, ou os futuros idosos, isto é, os adultos (CAMACHO, 2002)

Segundo Pinelli et al (2005) as doenças crônicas mais comuns em idosos são as respiratórias, condições coronárias avançadas, debilidade renal, doenças cardiovasculares, artrite, distúrbios emocionais ou psicológicos como ansiedade ou depressão e endócrinas como a diabetes tipo dois. Porém na saúde bucal há uma grande multiplicidade de doenças que avançam na medida em que a idade aumenta ampliando o risco de efeitos adversos que influenciam na condição bucal acarretando diversos problemas de interação medicamentosa devido ao grande número de medicamentos utilizados por essa faixa etária, seja medicamentos prescritos ou não prescritos. O enfermeiro deve estar atento as diversas situações, necessitando da interdisciplinaridade com as diversas do conhecimento na área de saúde.

É fato de que a prevalência de doenças crônicas e incapacitantes é muito maior entre os idosos o que gera complicações e seqüelas que afetam sua independência na realização das atividades da vida diária. As atividades básicas da vida diária incluem banhar-se, vestir-se, alimentar-se, transferir-se (leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, banheira ou chuveiro), controlar as eliminações urinária e intestinal, e fazer a higiene pessoal. As atividades instrumentais da vida diária envolvem o uso dos meios de transporte, cozinhar, fazer compras, fazer uso do telefone, controlar as finanças, administrar a tomada de medicamentos, arrumar a casa e lavar roupas (PAPALEO, 2005).

Em um nível superior de complexidade estão as atividades avançadas da vida diária que mesmo não sendo consideradas essenciais para a vida independente podem contribuir para uma melhor qualidade de vida. A prática de atividades esportivas, a habilidade para conduzir veículos motorizados e as diversas formas de participação social são exemplos (CAMACHO, 2002).

Os idosos também estão mais propensos ao comprometimento de sua autonomia, que é a capacidade de auto-determinação ou de gerenciamento da sua própria vida. Em torno de um quarto das pessoas com 65 anos de idade e mais apresenta alguma limitação em suas as atividades instrumentais da vida diária ou as atividades básicas da vida diária, e metade das que atingem os 85 anos tem alguma limitação nas atividades básicas da vida diária. Os idosos saudáveis podem realizar

suas atividades cotidianas de forma independente, mas a diminuição da sua reserva fisiológica, associada às doenças crônicas que os afetam, pode comprometer sua funcionalidade em ocasiões de estresse ou de maior exigência. Uma situação particularmente importante é a hospitalização do idoso, que tem média de permanência hospitalar maior do que as pessoas em outras faixas de idade, o que contribui para a imobilidade e suas complicações (PAPALEO, 2005).

Como por exemplo, em relação ao portador de doença de Alzheimer, este deverá ser atendido por uma equipe multiprofissional, sendo que o enfermeiro e sua equipe têm importante significado na comunicação e possui uma proximidade maior com o paciente tanto no cuidado como nas intervenções e orientações. A assistência de enfermagem também se porta como a de um cuidador quem também estuda e analisa os sintomas do portador de Alzheimer, para poder realizar intervenções corretas, baseadas em dados científicos podendo assim delegar funções para sua equipe (NITRINI & CARAMELLI, 2003).

Isso significa que o papel do enfermeiro ultrapassa o horizonte de um profissional cujo trabalho é meramente manual e assistencial. Percebemos que o cuidador deve ser um excelente observador e estudioso dos sintomas, causas e conseqüências das doenças crônicas.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E O PAPEL DO ENFERMEIRO NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Segundo Ministério da saúde (BRASIL, 1999), nosso país, em 2025, terá a 6ª população mais velha do mundo, o que demonstra a melhoria dos indicadores da expectativa de vida. Essa estimativa levanta uma importante visão do perfil social e epidemiológico no futuro, isto é, maior incidência de doenças crônico-degenerativas, aumento dos custos com a saúde pública, necessidade de investimentos vultosos, maior consumo de medicamentos fármacos etc; tudo isso devido ao aumento da expectativa de vida da nossa população.

Porém, por outro lado, levanta-se uma questão sobre a necessidade de ampliar as ações de promoção à saúde de maneira eficaz, através da educação permanente, orientação e cuidados diversos com os idosos de forma a proporcionar uma maior qualidade de vida, o que significa prevenir o crescimento de doenças crônico-degenerativas e seus diversos efeitos negativos na saúde pública como um todo. Ou seja, evitar a piora da condição de vida das pessoas em processo de envelhecimento, das finanças públicas e da inatividade de uma imensa população que provavelmente representará um terço de toda a nação brasileira (KARSCH, 2003).

Para a orientação de decisões relativas à intervenção e promoção a saúde os estudos epidemiológicos constituem-se ferramentas essenciais para a identificação dos problemas prioritários. Destarte, quando o foco de atenção ou de interesse desloca-se da identificação dos problemas prioritários para as ações de intervenção e promoção à saúde que devem ser privilegiadas para a sua eficaz resolução, os estudos antropológicos, importantes para a compreensão dos contextos sociais e culturais, tornam-se imprescindíveis para o sucesso (UCHÔA, 2003).

Tais estudos são relevantes para o desenvolvimento de intervenções adequadas de acordo com as características sociais e culturais da população idosa, o que torna necessário um conhecimento melhor sobre a maneira como os idosos brasileiros envelhecem, vivem, atribuem significados ao seu processo de envelhecimento, definem o que é qualidade de vida, como integram tudo isso à sua experiência. Ou seja, é necessário conhecer um pouco melhor sobre a maneira

como o idoso lida e percebe seus problemas de saúde, como ele reagem para solucionar os diversos aspectos sociais e culturais desfavoráveis a sua qualidade de vida e quais são as dificuldades que encontra em todo esse percurso (COSTA, 1995).

Com a presença de vários obstáculos que se associam ao processo de envelhecimento, tais como: o abandono de atividades cotidianas relacionado com o aparecimento de limitações ou dificuldades físicas, a diminuição da capacidade de concentração, déficit na memória; e eventos depressores como o surgimento de doenças, aproximação mais evidente da morte, entre outros; geram perdas significativas na qualidade de vida, no sentido desta população se sentir inútil, pouco estimado e respeitado. Além do mais, a sociedade tende a afastar do processo econômico, político e cultural. Ampliando o valor de nulidade social do idoso, subestimando-os, abandonando-os sem a nítida consciência de que todos nós iremos passar por este mesmo processo de envelhecimento (CALDAS, 2003).

Assim, toda promoção em saúde deve focar a conscientização e orientação da população como um todo a fim de mudar o atual quadro de desamparo, desprezo e abandono com os indivíduos e cidadãos em processo de envelhecimento. Por isso que o cuidado domiciliar ao idoso é considerado por diversos motivos, uma excelente solução para lidar com quadros de desamparo e abandono, além de reduzir o custo da assistência hospitalar e institucional aos idosos incapacitados, em muitos países, inclusive no Brasil. A recomendação para a permanência desses pacientes em seus domicílios aos cuidados da própria família revela estratégia prioritária e imprescindível quando possível, pois o isolamento num ambiente estranho hospitalar é desfavorável a este tipo de tratamento, o qual varia de acordo com o tipo e desenvolvimento de uma doença ou transtorno depressivo (UCHÔA, 2003).

Tem que se levar em conta que a complexidade envolvida no cuidado domiciliar também é grande, pois as doenças que ocasionam dependência pela incapacidade dos pacientes produzem custos crescentes às famílias, impacto este ainda não conhecido no Brasil. Devemos considerar que a assistência permanente ao enfermo gera gastos elevados para os familiares, os quais, em sua maioria, não possuem a condição para suprir as necessidades do idoso. É, portanto, bastante necessário lembrar que atualmente, não há, infelizmente, nenhuma estratégia ou sistema de atenção à saúde que prevê a disponibilização de serviços necessários a

atender crescentes demandas de pacientes dependentes no próprio domicílio (CALDAS, 2003).

Segundo Silvestre & Costa Neto (2003), a promoção da saúde do idoso seria a habilidade ou capacidade de identificar os fatores determinantes da qualidade de vida da pessoa idosa, dentro do seu contexto familiar, social e cultural, compreendendo o sentido da responsabilização compartilhada como base para o desenvolvimento das ações que contribuem para o alcance de uma vida saudável. Além disso, para que haja a efficientização destas ações para a contribuição a uma vida cada vez mais saudável é necessário que os profissionais de enfermagem tenham as seguintes habilidades:

- Compreender o significado da promoção à saúde da pessoa idosa e sua relação com os fatores determinantes da qualidade de vida (sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais e individuais);
- Compreender a influência da família, da comunidade, das instituições e dos valores culturais e sociais no processo permanente de manutenção funcional e da autonomia do idoso;
- Estimular a iniciativa, a organização e a participação da comunidade em atividades inter-relacionadas em prol da qualidade de vida das pessoas idosas;
- Compreender o envelhecimento como um processo essencialmente benigno, não patológico, sem perder de vista, entretanto, que o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, com o aumento da idade, representa uma efetiva e progressiva ameaça para o equilíbrio dinâmico do indivíduo, ou seja, sua saúde;
- Compreender as diferenças entre o que se pode considerar como envelhecimento normal, com suas limitações fisiológicas gradativas, e as características patológicas que podem instalar-se durante esse processo;
- Identificar possíveis fatores de risco à saúde do idoso, assim como os sintomas claros ou não específicos de qualquer alteração física ou mental;
- Identificar ações de promoção à saúde da pessoa idosa, desenvolvidas pelos setores governamentais e não governamentais, na área de abrangência da UBS;

- Estabelecer parcerias, visando ao desenvolvimento do trabalho intersetorial (escolas, clubes, igrejas, associações e outros);
- Gerar, reproduzir e disseminar informações relativas ao desenvolvimento integral da pessoa idosa para que a população seja informada e possa participar ativamente do processo de forma integral e abrangente;
- Desenvolver ações que visem à melhoria das práticas sanitárias no domicílio, bem como a vigilância à saúde do idoso;
- Entender a atenção básica à saúde do idoso enquanto processo eminentemente educativo, uma vez que se baseia no estímulo e apoio para que eles se mantenham, o máximo possível, no controle de sua saúde e de sua vida;
- Estimular a organização de grupos de idosos para discussão e troca de experiências relativas à sua saúde e como melhorar a qualidade de vida, mantendo-se participante ativo em sua comunidade;
- Construir coletivamente um saber direcionado às práticas de educação em saúde do idoso que integre a participação popular no serviço de saúde e ao mesmo tempo aprofunde a intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade;
- Realizar o diagnóstico das condições de vida e de saúde da família e da comunidade na qual a pessoa idosa está inserida mediante as informações do cadastro das famílias;
- Estimar e caracterizar a população de idosos da área de abrangência da equipe de saúde, na perspectiva de enfoque de risco;
- Identificar as doenças prevalentes da população idosa na área de abrangência do trabalho da equipe, bem como seus determinantes;
- Acompanhar e avaliar permanentemente o impacto das ações sobre a realidade inicialmente diagnosticada das condições de vida e de saúde da pessoa idosa, na perspectiva de se atingir a situação desejada, pela identificação e desenvolvimento de indicadores de avaliação de processo e de resultado em relação às ações desenvolvidas;
- Identificar métodos e técnicas de ensino e aprendizagem mais adequados à capacitação de pessoas da comunidade que lidam com práticas de cuidado às pessoas idosas;

Segundo Nébica (2004) o enfermeiro poderá trabalhar diversas questões básicas, de maneira a atender de forma diferenciada cada caso específico, tais como:

- A abordagem personalizada ao idoso considerando seus aspectos biológicos, sociais, econômicos, culturais e políticos;
- O reforço à capacidade de adaptação às mudanças físicas, sociais e emocionais, estimulando atitude positiva e auto-estima;
- Promoção junto à família do idoso e sua comunidade de atividades que estimulam a criatividade, a socialização e momentos agradáveis;
- Encorajar a autonomia funcional e emocional do idoso, estimulando seu potencial e capacidade;
- Questões de responsabilidades e solidariedade diante das limitações dos idosos, de forma a evitar constrangimento por parte deles;
- Focar a integridade, dignidade e direitos das pessoas, lutando contra preconceitos, estigmas e discriminações;

Interpretando os itens acima, temos que ter a compreensão de que antes de abordarmos de forma personalizada o idoso, deveremos colher dados ou realizar o mapeamento de sua comunidade para compreender as situações específicas em que ele se encontra. No tocante à família, os hábitos arraigados das tradições, os antecedentes biológicos e a própria estrutura econômica familiar, demonstram o contexto de interação que o idoso participa, podendo as ações de educação em saúde, trabalhar com melhor condição e conteúdo, possibilitando uma melhor prática em saúde, e o melhor, com êxito.

Seguindo a linha de raciocínio apresentada por Nébica (2004) o enfermeiro ao encorajar a autonomia funcional e emocional do idoso irá particularmente estimular suas habilidades e potenciais. Mas esse encorajar pouco surtirá efeitos se o profissional não trabalhar questões básicas de responsabilidade e solidariedade com o membro da família idoso. É um verdadeiro trabalho de conscientização, de formação educacional. Atividades em grupos que focalizam valores de integridade,

dignidade e direitos contra sentimentos de preconceitos, estigmas e discriminações, são importantes para o êxito da prática em enfermagem.

Reabilitar o idoso diante sua comunidade é um passo fundamental. É o que podemos perceber ao realizarmos essa pesquisa teoria sobre o tema. Resgata-lo de uma fragilidade emocional e mental, cuja origem é mais social do que do próprio processo de envelhecimento. Por isso, consideramos neste trabalho, a importância do enfoque no contexto integral que o idoso convive. Pois é neste conviver que ele estabelecerá sua posição em relação ao fenômeno saúde/doença, seu paradigma em relação ao envelhecimento, o que determinará em muito o andamento da sua qualidade de vida.

Tanto a qualidade de vida, como o envelhecimento, podem ambos se acasalar de maneira perfeita, sem um desmerecer o outro. O enfermeiro, ressaltamos, é agente condutor deste elo. É fácil deduzir, então, que a qualidade de vida é fonte de prevenção de várias doenças crônicas, além de fator que reflete uma maior inserção social do idoso.

A Enfermagem pode ser considerada como uma prática social, política e historicamente construída, que não apenas visa a cuidar do ser humano em todas as fases e momentos da vida, como também contribui para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. O percurso que a enfermagem vem fazendo e trazendo consigo, ainda guarda diversos estigmas e preconceitos que são reproduzidos e intensificados pelo fato de que, além de ser uma profissão cuja prática e desempenho é em sua maioria das vezes físico e manual. Carrega também a fragilidade de que em todos os tempos, ter sido exercida e vem sendo exercido principalmente por mulheres, os quais ainda sofrem preconceitos, o que influencia na estigmatização da enfermagem como um trabalho inferior, realizado por “sexos frágeis”, o que leva, infelizmente, a desvalorização da profissão e do próprio trabalho em si (COSTA et al, 2005).

Em relação à atenção básica ao idoso, a prática de enfermagem requer um diálogo contínuo, por meio de uma interação subjetiva entre o profissional e o idoso, o que deverá incluir, também, pessoas que participam do contexto de vida daquele. A participação em grupos de idosos torna-se bastante importante ao reconhecer as suas expectativas assistenciais e, conseqüentemente, as suas necessidades de saúde (LIMA & TOCANTIS, 2009).

Esta participação do profissional de enfermagem possibilita maior impacto, e ações mais efetivas, pois leva em consideração hábitos e valores, contextualizando melhor, a pessoa e suas necessidades. Compartilhar idéias para tomada conjunta de decisões é um caminho necessário para implementar um princípio ético da autonomia, principalmente quando relacionado aos idosos, cuja independência é de extrema relevância para sua auto-estima e, é claro, para sua qualidade de vida (NÉBIA, 2004).

O envolvimento participativo dos indivíduos em decisões conjuntas pode ser o meio pelo qual se pode efetivar uma humanização na atenção básica à saúde, desenvolvendo a liberdade do idoso, fazendo-o participante ativo através de suas experiências compartilhadas com a área assistencial, um cooperador de sua própria autonomia e bem-estar, o que coloca o idoso na posição não de um paciente passivo, mas sim, de um paciente ativo e colaborador de sua própria saúde. A solução escolhida para este envolvimento foi à descoberta iniciada por uma percepção mais compreensiva focado para o horizonte de vivências e experiências do idoso o que permite revelar e/ou identificar as suas necessidades de saúde em sentidos mais amplos, contribuindo para uma mudança de paradigma nas ações assistenciais (CALDAS, 2003).

O indivíduo idoso possui expectativas em relação às ações não técnicas da enfermagem, o que é caracterizado como uma necessidade de receber alegria, companheirismo, respeito, tolerância, tranqüilidade, proteção, consolo, conforto, afeição, agrado, carinho, entre outros, para que se levante sua moral, seu espírito de viver, de sair do isolamento e do sentimento de solidão. Atuando de forma a auxiliar numa mudança de percepção do mundo a sua volta. Neste encontro, importantíssimo e delicado, cria-se a necessidade de poder conversar e resolver diversos problemas através do dialogo, assim enfermeiros e idosos se entregam juntos a tarefa, não somente de cuidar da saúde, mas sim de educar para ela (FRANZEN et al, 2007).

Estudos demonstraram que através da maneira com que é abordado um paciente e, a relação construída e desenvolvida com ele, fornece ao profissional de enfermagem melhores indicadores de suas necessidades de saúde e das práticas assistenciais. Portanto, a atitude de diálogo, respeito e interesse da enfermagem é fundamental para que se alcance o bem-estar e a saúde do idoso, pois este responde com satisfação ao receber uma assistência e cuidado que prima pela

compreensão de sua pessoa, na visualização de seu contexto social e o reconhecimento de suas necessidades mais específicas e sutis (LIMA & TOCANTIS, 2009).

Os profissionais de enfermagem, especificamente os enfermeiros, possuem responsabilidades na educação e orientação dos seus pacientes no que diz respeito aos seus problemas de saúde, a necessidade de se auto-cuidar e valorizar-se e prevenir-se em relação a conseqüências evitáveis por meio de bons hábitos. O fator de educar e orientar os pacientes sobre a necessidade e a importância de serem mais ativos em seus cuidados com própria saúde torna o enfermeiro um componente-chave para a qualidade da assistência e ações em saúde (CAMACHO, 2002)

Para que o enfermeiro possa torna-se um componente-chave ainda melhor é necessário focar o desenvolvimento, também, de sua competência técnica, intelectual e interpessoal, para que seja possível ter a eficiência, por exemplo, para a coleta, identificação e interpretação das informações sobre seus pacientes. Além de também de traçar planos corretos das intervenções a serem realizadas e, conseqüentemente, para a obtenção dos resultados aguardados. O diagnóstico realizado por enfermeiros, visto como base e suporte necessários para diversas intervenções em saúde vêm tornando-se cada vez mais, um passo essencial e importante para o processo de práticas em enfermagem com foco no objetivo de promover e prover os idosos um cuidado eficiente e com a máxima qualidade (KARSCH, 2003).

A orientação e educação pelo enfermeiro sobre a maioria das doenças crônicas deve-se ser caracterizado pela contínua e extensiva responsabilidade que os pacientes devem ter consigo mesmo. Deve-se envolver o paciente com o seu próprio cuidado o que, segundo Franzen (2007), denomina-se de auto-cuidado ou seja a habilidade do indivíduo de manejar seu próprios sintomas, lidar com seu tratamento e conseqüências físicas e psicológicas, além de realizar mudanças no seu estilo de vida que relaciona-se inerentemente com uma condição de desenvolvimento de doenças crônicas.

Infelizmente, para muitos indivíduos, principalmente para o gênero masculino, o auto-cuidado é difícil de ser atingido e persistido, o que é demonstrado pelo o ignorara de guias de saúde ou de qualidade de vida, a falta de vontade com o próprio tratamento. Conseqüentemente, irá se observar a diminuição na qualidade

de vida e no bem-estar psicológico e social. Ações estratégicas têm sido desenvolvidas e praticadas para aumentar o envolvimento dos pacientes em seus tratamentos focalizando-se na prevenção de crises, reconhecendo e evitando os fatores desencadeantes, observando e realizando a monitoramento dos sintomas, ajustando e orientando para a adesão às medicações prescritas (LIMA & TOCANTIS, 2009).

Outras estratégias tendem a focalizar-se em diversos assuntos como mudanças de estilo de vida, técnicas para lidar com o estresse, terapia e atividade física em grupo, desenvolvimentos de hobbies e atividade manuais, encontros de terceira idade etc. No contexto das doenças crônicas, é fundamental que o paciente participe do processo de decisão no tratamento ou nos diversos níveis de ação para que se possa alcançar um cuidado em saúde mais efetivo e de qualidade, o que torna possível a obtenção de resultados progressivos e cada vez mais concretos. O idoso paciente deve ter a compreensão e aprovação de novas práticas e responsabilidades o que evidencia a necessidade de uma interação compreensiva e constante entre os idosos pacientes e os profissionais de enfermagem (FRANZEN et al, 2007).

Portanto, aqui podemos observar a variedade de estratégias, práticas em saúde, ações de promoção, proteção, recuperação da saúde do idoso que o profissional de enfermagem, especificamente o enfermeiro, deve-se utilizar para exercer um trabalho efetivo e de qualidade. O enfermeiro ultrapassa o horizonte da área assistencial ao trabalhar por meio de ações educativas os indivíduos e sua comunidade tornando-se, assim, um elemento chave, um agente condutor em provocar mudanças que possam melhorar a vida das pessoas, reabilitar o próprio idoso em relação a sua comunidade, devolver-lhe a dignidade, integridade, a auto-estima.

Diante disso, percebemos que a promoção à saúde do idoso é uma questão de relevância indiscutível para oferecer uma qualidade de vida que a todos nós pertencemos. Pois uma sociedade saudável dar as condições perfeitas para um indivíduo saudável e, sendo a velhice, uma fase em que todos nós temos que passar e que, devemos dar o melhor de nosso empenho e dedicação a fim de exercemos o serviço de qualidade. O enfermeiro agindo desta forma realiza-se como um verdadeiro profissional de excelência, no qual todos tendem a ganhar, a sua equipe, a comunidade e principalmente os seus pacientes.

Também reconhecemos a necessidade do idoso torna-se um paciente ativo e colaborador com os profissionais de enfermagem. A orientação e conscientização para que estes idosos atuem no cuidado próprio é muito importante para o sucesso de qualquer tratamento e ação de prevenção. O enfermeiro atua, portanto, como um agente transformador de hábitos, paradigmas e cultura na sociedade.

CONCLUSÃO

Com base no referencial teórico exposto, conclui-se que jamais justificará estigmas, preconceitos e discriminações que uma parcela crescente da população brasileira vem sofrendo. Tais situações seguem um fluxo totalmente contrário à uma preocupação cada vez maior da sociedade com a qualidade de vida. Principalmente, com o aumento da expectativa de vida das pessoas, a qualidade de vida se torna – se um assunto cada vez mais central na existência de todos.

Portanto, desse ponto que se desdobra a importância do enfermeiro e suas práticas em saúde no que se refere à promoção a saúde do idoso, através de uma estratégia de ação que visa contextualizar de maneira personalizada cada idoso juntamente com sua comunidade, sua situação social, econômica, política, cultural, biológica e psicológica. A abordagem em relação com sua família é importante fator de conciliação entre membros para a formação de valores como respeito, dignidade, integridade e solidariedade.

A atenção ao idoso deve ser mais intensa devido ao fato desta faixa etária possuir altos índices de doenças crônicas, baixa auto-estima, limitações físicas, dependência funcional, o que indevidamente, os expõe aos diversos estigmas da inutilidade, fragilidade, ultrapassado e decadência desta população. Agir de forma a superar tais situações que prejudicam a qualidade de vida do idoso, favorecendo ainda mais o surgimento de doenças crônicas e múltiplas criando demandas desnecessárias aos serviços de saúde devido à má orientação e o péssimo contexto social que condiciona a formação da uma terceira idade com sentimento de incapaz, doente e inútil, torna-se necessário a qualquer profissional da área de enfermagem.

Faz-se fundamental o conhecimento teórico conectado à práticas de saúde coletiva para promover a saúde integral do idoso. Compreender a atenção básica à saúde baseada na educação e orientação visa a estimular capacidades e potenciais do controle da própria saúde, interferindo de maneira positiva no contexto que silencia, marginaliza e faz sofrer uma população cada vez mais crescente, cuja experiência em muito tem a contribuir com nossa sociedade, especificamente, para nós, à saúde coletiva.

É necessário, portanto, rever e reformular conceitos, estratégias e práticas

para que o profissional de enfermagem obtenha êxito na sua tarefa de ampliar a expectativa de vida com qualidade e saúde integral desta população idosa. E tal êxito somente será obtido à medida que as práticas e teorias em saúde interagem com todos os agentes sociais, o que desencadeia o papel importante do enfermeiro como agente condutor de tais mudanças.

REFERÊNCIAS

BALTES, M. & SILVENBERG, S.. **A dinâmica dependência-autonomia no curso da vida**. In: Neri A, editor. Psicologia do envelhecimento. Campinas: Papyrus; 1995; p. 73-110. cap.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1395 de 10 de dezembro de 1999. Fixa a Política Nacional de Saúde do idoso. Brasília (DF): Secretaria de Documentação; 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, n. 19, 2007.

BRÊTAS, A. C. P. **Políticas públicas de saúde para o idoso**. A terceira idade 2002; 13(24): 38-47.

CALDAS, C.P. **Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família**. Caderno de Saúde Pública 2003; 19(3):733-81.

CAMACHO, A. C. L. F. **A Gerontologia e a Interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, vol.10, no.2, Mar./Apr. 2002.

COSTA, A. E. et al. **Os pré-juízos e a tradição na enfermagem**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 261-266, Dez. 1995.

FRANZEN, E. et al. **ADULTOS E IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**. Rev 30 HCPA 2007; 27(2) Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/viewFile/2045/1113>. Acesso: 10 out. 2009.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **População idosa em Minas Gerais e políticas de atendimento**. Belo Horizonte, 1993, v. 1: Perfil da população idosa e políticas de atendimento na Região Metropolitana de Belo Horizonte [versão preliminar].

KARSCH, U.M. **Idosos dependentes: famílias e cuidadores**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.19, no.3, junho 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?lng=en>>. Acesso em: 11 set. 2009

LIMA, C. A.; TOCANTINS, F.R. **Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2009 maio-jun; 62(3): 367-73.

LIMA, J. A. P. **Ser Idoso: que Mudança, que Adaptação.** Nursing Revista Técnica de Enfermagem, Lisboa, ano 10, n.113, p.28, jul./ago. 1997.

MINAYO, M.C.S. **Violência contra idosos: relevância para um velho problema.** Caderno de Saúde Pública 2003; 19:783-91.

NÉBIA, M. A. F. Ensinando a cuidar em saúde pública. Práticas de enfermagem. São Caetano do Sul, SP, Yendis Editora, 2008, p. 230-237.

NITRINI R. & CARAMELLI P. **Demências.** In: Nitrini, L.E. Bacheschi (orgs). **A neurologia que todo médico deve saber.** São Paulo: Editora Atheneu, 2003 (pp. 323-334).

PAPALEO, N. M. et al. **Fisiologia do envelhecimento.** In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M, editores. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 43-62.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico.** Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2004. p. 01-60.

PINELLI, L. A. P. et al. **Prevalência de doenças crônicas em pacientes geriátricos.** Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS, v. 20, n. 47, jan./mar. 2005

ROSA, A.G.F et al. **Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil).** Rev. Saúde Pública, 26:155-60, 1992

SANTOS, S.M.A. **Algumas Reflexões Sobre o Ensino de Enfermagem Geronto-Geriátrica na UFSC.** Texto e Contexto Enfermagem 1998 janeiro/abril; 8(1):174-85.

SILVESTRE, J. A & COSTA NETO, M. M. **Abordagem do idoso em programas de saúde do idoso.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.19, no.3, junho 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?lng=en>>. Acesso em : 10 out. 2009

SOUSA, L. et al. **Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, vol.37, no.3, Junho, 2003.

STANHOPE, M & LANCASTER, J. **Enfermagem comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos.** Lisboa: Lusociência; 1999. cap. 30. p. 635-56.

UCHÔA, E. **Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso.** Caderno de Saúde Pública 2003; 19(3): 849-53.

VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil.** 2ª ed. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994. 224 p.

VERAS, R. P. **Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: Novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira.** Revista USP, 2001, 51:72-85.

VILAR, J. M. **A crise no setor saúde e o ranking da OMS.** Revista Brasileira de Home Care, 2000, 6:22.