

DESAFIOS DA GESTÃO EM SERVIÇOS GERIÁTRICOS DE SAÚDE

Dayane Eusenia Rosa¹

RESUMO

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que em 2015 haverá 1,2 bilhões de pessoas com 60 anos, crescimento não visto em relação a nenhuma outra faixa etária. Essa mudança no perfil populacional acarreta alterações em toda sociedade, que já deve se preparar para o atual quadro de envelhecimento populacional. Desde a elaboração da Constituição de 1988 o papel do Estado como promotor da saúde está definido, sendo este direto e obrigatório para todos os cidadãos brasileiros. Dessa maneira, fica incluso que as políticas de saúde devem contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas de maneira saudável e com menor grau de comprometimento possível. É exatamente a garantia de um envelhecimento saudável e ativo o grande desafio dos serviços geriátricos, uma vez que o envelhecimento é um processo complexo e heterogêneo, o qual reflete as diversas trajetórias de velhice que compõe a realidade dos brasileiros. O setor da saúde se depara com um perfil de idoso ativo que goza de um estado saudável e com outro perfil que possui altos níveis de comorbidades advindos principalmente de doenças crônicas. Equilibrando essas duas realidades que a gestão dos serviços geriátricos deve implantar novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de serviços, cuja finalidade seja permitir que o idoso tenha uma vida saudável de forma independente, não fragilizado e livre de diversas doenças.

Palavras-chave: Gestão. Idoso. Serviços de saúde.

1. Introdução

Embora, há mais de 40 anos o Brasil vem transformando seu perfil epidemiológico, ou seja, deixando de apresentar altos níveis de doenças infecto-parasitárias e passando para um quadro composto por doenças complexas e onerosas, como câncer e doenças neurodegenerativas o setor de saúde ainda não está estruturado para atender essa nova demanda. Assim todo o setor se depara com aumento nos gastos com tratamentos médicos e hospitalares, por não possuir planejamentos que esteja de acordo com essa realidade os gastos se tornam cada vez mais onerosos (VERAS, 2003).

Diante disso, fica cada vez mais evidente a necessidade de estruturar o setor de forma efetiva e rápida, englobando assim: criação e implantação de novos modelos e métodos de

¹ Mestranda em ciências da saúde pela Universidade Estadual de Campinas. Especialização MBA em Gestão e Auditoria em Serviços de Saúde. Graduada em Farmácia-Bioquímica pela Universidade Federal de Mato Grosso. Professora do Cesuc. E-mail: dayanerosa@gmail.com

planejamento, gerência e prestação de serviços de saúde. Indo de acordo com as estimativas que apontam para o envelhecimento da população é necessário a capacitação do setor para atender uma população de idosos que ultrapassará os 15 milhões de brasileiros. (LIMA, 2008).

O processo de envelhecimento sempre foi motivo de inquietação por parte da sociedade, isso porque vem associado a valores, crenças e atitudes, sendo que seu marco principal é estar em oposição à juventude, o que traz certa depreciação tanto para os idosos quanto para a comunidade na qual ele está inserido. A velhice se torna muitas vezes sinônimo de déficits na previdência, no sistema de saúde e até mesmo como um gerador de gastos e problemas no ambiente familiar. O envelhecimento fica conceituado, erroneamente, como uma fase de declínio e de dependência que certamente culminará em morte (NERI e JORGE, 2006).

Os conhecimentos gerontológicos ainda são escassos, o que pode contribuir para uma avaliação equivocada sobre a velhice, já que não relata a realidade de todos os idosos. Logo, se têm como resultados denominações, afirmações, modelos de tratamento, experiências e políticas que não condizem com a real situação do idoso. Diante do recente surgimento, os estudos e os serviços na área de gerontologia oferecem um novo campo de atuação profissional que se abre exigindo qualificação dos recursos humanos e pesquisas sobre as características da terceira idade com o objetivo de elencar pontos para se tenha uma boa qualidade de vida no envelhecer em favor da saúde econômica (NERI e JORGE, 2006).

A desinformação sobre esse assunto constitui a principal barreira para a transformação de atitudes e comportamentos diante da velhice. O artigo propõe um contato com esse *universo*, trazendo conceitos e informações importantes levantadas pelos principais órgãos de saúde e autores renomados que já vem pesquisando e consolidando a participação brasileira no estudo da gerontologia.

2. Envelhecimento populacional

Segundo a OMS, a proporção mundial de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento. Acredita-se que o envelhecimento global causará um aumento das demandas sociais e econômicas em todo o

mundo, fato que negligenciará as pessoas da 3ª idade, que já são ignoradas em relação às políticas de saúde pública (OMS, 2005).

Trata-se de um importante contingente populacional que, certamente, tem experiência de vida, qualificação e potencialidades a oferecer à sociedade. Em termos absolutos, a proporção acima citada significa, ao mesmo tempo, que o País deve estar preparado para atender, já, demandas sociais, sanitárias, econômicas e afetivas – de magnitudes muitas vezes desconhecidas (LEBRÃO E DUARTE, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde,

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado, sendo um dos fatores que caracteriza o envelhecimento populacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, pg. 8).

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Nos países europeus, o envelhecimento da população se consolidou em um período de 140 anos. Deste modo, mudanças culturais, sociais e econômicas e familiares acompanharam o desenvolvimento da sociedade, assim como, sua evolução através do tempo pelas gerações, protegendo, de certo modo, as pessoas da terceira idade neste continente. Outro fator determinante para a longevidade na Europa são as excelentes condições de vida, sociais e de saúde (MINAYO, 2005).

Já nos países em desenvolvimento, o envelhecimento da população desenvolveu-se de forma rápida devida à melhoria das condições sanitárias e políticas públicas de saúde. No Brasil, o aumento da longevidade da população não demorou mais que algumas décadas. Este fenômeno afeta sobremaneira a gestão de saúde pública, as políticas sociais, as questões de ordem econômica e previdenciária (FLORÊNCIO, 2007).

Segundo a OMS, em 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. Entre 1980 e

2000 a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. Este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida (OMS, 2005).

Chegar aos oitentas anos já se tornou uma realidade, e aos cem já é algo atingível. A questão agora é oferecer qualidade a esses anos acrescidos, uma vez que há relatos de sofrimento, angústia e desesperança para os indivíduos e sua família, tendo idosos marcados por doenças, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. Com o envelhecimento da população a questão levantada é: como conseguir que os anos vividos a mais sejam plenos de significado, dignidade e respeito. Os idosos querem viver, não meramente sobreviver (PASCHOAL, 2005).

Outro ponto que merece destaque é a negligência de cuidados á idosos, que ás vezes está ao lado da violência contra os mesmos. Como relatado anteriormente, o envelhecimento populacional não foi acompanhado por medidas preventivas ou educativas na sociedade. Esse despreparo mostra a falta de qualificação profissional para o adequado atendimento ao idoso, além de preconceito sócio-cultural em relação á idade avançada, fato que dificulta ainda mais a constatação da violência nesses pacientes (QUEIROZ, 2005).

Baseado nesse contexto, o Brasil deverá criar medidas eficazes para lidar com os diferentes tipos de velhices, construídas por meio de trajetórias diversas, ora acompanhadas por altos níveis de co-morbidades e doenças crônicas, ora por saúde e bem-estar (LIMA, *et al.* 2008). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como sendo:

“um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OMS, 2005, pg. 26)”.

Diante de alguns conceitos e teorias as pesquisas gerontológicas atuais, colocam em evidência a discussão de conceitos que definiriam o que seria um envelhecimento saudável e como isso será possível, entre algumas propostas estão: o funcionamento mental e físico excelentes; baixo risco de desenvolver doenças e suas incapacidades funcionais; e o envolvimento ativo com a vida. Em suma, o envelhecimento saudável se trata de um processo multidimensional de cunho físico, social, emocional e cognitivo, todavia os estudos estão mais direcionados sobre o envelhecimento patológico e pouco se sabe das multidimensões da forma saudável (CUPERTINO, 2007).

Alguns artigos europeus apresentavam evidências que os idosos muito longevos passam o final de seus dias com elevado índice de comprometimento funcional, dependência e solidão. Sendo assim, os autores acreditam que investir nos múltiplos fatores envolvidos no processo de envelhecimento e em ações que se destinem á inclusão social possa ter influências positivas sobre os idosos (BALTES E SMITH, 2006).

A partir de trabalhos inovadores na área de gerontologia, o termo envelhecimento deixou de estar associado com a deterioração do organismo, e passou a ser visto como uma fase do ciclo vital, tão respeitável quanto qualquer outra, possuindo suas virtudes e desafios (LIMA, 2008).

3. Atual perfil do idoso: envelhecimento ativo

O envelhecimento ativo foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como: “o processo de *otimização* das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005). O termo “ativo” vai além da capacidade física e da participação na força de trabalho, ao envolvimento do indivíduo idoso nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis.

Diversos fatores determinantes da saúde no processo de envelhecimento foram relacionados ao estilo de vida ativo no envelhecimento - como cultura, gênero, promoção da saúde e prevenção de doenças, saúde mental, fatores psicológicos, hábitos de vida saudáveis, genética, fatores ambientais, apoio social, educação, fatores econômicos e trabalho. Itens que trazem benefícios a um estilo de vida ativo e socialmente engajado (BIRREN & BENGSTON, 1988).

A discussão sobre envelhecimento ativo é bastante nova, os primeiros estudos gerontológicos datam da década de 50 e 60, feitos principalmente por pesquisadores europeus, uma vez que já era possível encontrar uma grande proporção de idosos saudáveis nessa população. Foram esses estudos que permitiram modificar a noção de que envelhecimento estaria associado com a deteriorização do organismo (LIMA, 2008).

Diante de alguns estudos, estima-se que o envelhecimento ativo é possível, e é real através da interligação entre alguns fatores como: ambiente físico; serviços sociais e de saúde e determinantes econômicos, sociais, pessoais e comportamentais. (OMS, 2005). Com essa nova discussão a respeito do envelhecimento ativo, também chamado de envelhecimento

bem-sucedido é possível trazer à tona os principais desejos e necessidades de uma população que exige qualidade de vida, estando essa diretamente ligada à saúde.

O termo envelhecimento ativo e envelhecimento bem sucedido são bastante utilizados como sinônimos, no entanto os termos são igualmente sujeitos a críticas. Dados internacionais e brasileiros convergem quanto aos seguintes aspectos, na definição do construto:

-físico: saúde física, capacidade funcional, capacidades de auto-cuidado, evitar fatores de risco como álcool e tabaco e envolvimento com atividades físicas;

-social: engajamento em atividades de lazer, trabalho, satisfação com a carreira, suporte social, amigos e família e ter uma pensão adequada;

- emocional: satisfação com a vida geral e com a saúde em particular;

- pessoal: ter atitudes favoráveis ao envelhecimento e senso de controle e motivação para transmitir conhecimentos as pessoas mais jovens, relações sociais (ROWE & KAHN, 1998).

Embora haja algumas definições sobre o tema, o conceito inicial foi proposto por Havighurst em 1961, posteriormente foi melhor definido por meio de duas teorias, que hoje predominam na literatura: Teoria do Desengajamento e Teoria da Atividade. Essas teorias visam explicar o envelhecimento e como ocorre o ajustamento social do indivíduo diante das perdas na velhice (RIBEIRO, 2009).

A Teoria do Desengajamento defende o afastamento social como um processo funcional para o idoso e para a sociedade, como um fator natural e espontâneo que diminui as interações e atividades sociais, um processo inevitável e inerente ao envelhecimento (LIMA, *et al.*; 2008). Ao lado da Teoria do Desengajamento, surgiu a Teoria da Atividade sendo então uma reação à Teoria do Desengajamento Social, argumentando-se que, apesar das perdas físicas, psicológicas e sociais, comuns na velhice, o indivíduo idoso mantém suas necessidades psicossociais. Segundo esta perspectiva, a manutenção de atividades relaciona-se à satisfação e ao auto-conceito positivo na velhice (BIRREN & BENGSTON, 1988).

A literatura aponta que são necessárias mais informações para explicar o que realmente modula o envelhecimento ativo. Lembrando que se propõe um equilíbrio e não um estado de *nirvana*, uma vez que a experiência do envelhecimento é adaptativa (LIMA *et al.*; 2008). Não obstante a relevância do estilo de vida ativo para o envelhecimento em suas dimensões biológicas e psicossociais, poucos estudos vêm buscando descrever o engajamento da população idosa em atividades gerais - de estilo de vida- e analisar a relação desse engajamento com aspectos sóciodemográficos e/ou de saúde.

No contexto brasileiro ainda há compreensão limitada sobre a importância social e preventiva que o estilo de vida ativo pode ter para o envelhecimento. O padrão de engajamento em atividades entre os idosos precisa ser explorado para que ações interventivas possam ser planejadas com maior cautela (RIBEIRO *et al.*; 2009). As opiniões e as ações dos cientistas e dos profissionais de saúde, segundo Schaie (1993), possuem grande peso na formação das atitudes e crenças em relação à velhice, o problema é que essas são muitas vezes preconceituosas. Vejam-se exemplos:

- Considerar os idosos como uma categoria homogênea, sem levar em conta que diferentes condições de saúde e de estilo de vida refletem-se em diferentes manifestações de competência comportamental;
- Atribuição prévia de dependência física, depressão e doença aos sujeitos idosos;
- Inadequação de instrumentos, instruções, equipamentos e ambientes usados nas situações de avaliação e de coleta de dados;
- Confusão entre os efeitos da velhice com os da pobreza, da doença, ou do baixo nível educacional;
- Desconsideração das circunstâncias históricas como determinantes de estilos e vida e de valores dos mais velhos.
- - Desconsideração dos limites que o envelhecimento normal impõe ao funcionamento dos seres humanos, em favor da falsa crença no poder irrestrito da ciência de impedi-lo ou de restaurar a juventude.

Neri (1997) encontrou em seus estudos reflexos das condições acima citadas, o que retrata a incapacidade dos profissionais em lidar com a velhice, de uma maneira natural e eficiente, muitos ainda se deixam contaminar com claros traços de preconceito influenciando a pesquisa brasileira sobre velhice e conseqüentemente a gestão dos serviços geriátricos.

Por isso, é necessário avaliar criteriosamente as variáveis. Um exemplo é a influência direta dos indicadores sociais- renda e escolaridade- como determinantes do estilo de vida, constituindo-se em variáveis significativas para a investigação da variabilidade do envelhecimento ativo. Supõe-se que não seja o aumento da idade isoladamente, mas, principalmente, a diminuição das capacidades físicas o que determina o menor engajamento do idoso em um estilo de vida ativo. Em concordância com esta argumentação, alguns estudos demonstraram que melhor estado de saúde associou-se ao maior engajamento em diversas atividades nos indivíduos idosos.

Aartsen *et al.* (2002), apontaram que fatores sociodemográficos estão associados a diferentes padrões de realização de atividades instrumentais, sociais e intelectuais. A relação entre atividade e idade foi tênue, pois somente se detectou menor realização de atividades instrumentais em pessoas acima de 80 anos. Sugere-se que futuras investigações dêem continuidade ao levantamento do estilo de vida dos idosos brasileiros residentes na comunidade e que avancem a investigação sobre o conceito de envelhecimento ativo e suas implicações no bem-estar físico e psicológico dessa população (RIBEIRO, 2009).

Otimizar as oportunidades de saúde significa manter as habilidades que ainda estão preservadas, adotar métodos para mantê-las ou aprimorá-las. Não é o bastante oferecer apenas aumento na expectativa de vida se essa não estiver associada com qualidade de vida. Envelhecer não é uma questão individual, mas sim um processo que deve ser facilitado pelos serviços geriátricos de saúde, o qual engloba as políticas públicas (LIMA, 2008).

Toda essa gestão deve estar sustentada, segundo a OMS, pelo tripé: Participação, saúde e segurança. A participação envolve fornecer subsídios aos idosos, afim de que possam continuar contribuindo seja com atividades remuneradas ou não remuneradas. A saúde necessita da implementação de uma estrutura eficaz para atender e manter a demanda de doenças crônicas e declínio funcional baixo, tornando as pessoas mais saudáveis e capazes de cuidar da própria vida. E por fim, a segurança foca na garantia dos direitos do idoso a segurança social, física e financeira, com objetivo de assegurar sua proteção e dignidade (OMS, 2005).

4. Serviços geriátricos de saúde

Com base no contexto apresentado é possível perceber que os serviços geriátricos necessitam de novos rumos afim de garantir o acesso e a satisfação de um grupo de indivíduos que já são a maioria na população, os idosos. O atual perfil desse tipo de serviço é reflexo do processo de envelhecimento populacional brasileiro, explicado anteriormente, o qual possui um caráter de implantação rápido, logo sem estrutura e/ou planejamento algum. Assim a sociedade não está preparada para atender uma população que cresce rapidamente, mas que não se tem conhecimento sobre seus anseios e necessidades.

Enquanto em todos os ramos da economia a incorporação de novas tecnologias vem reduzindo custos e melhorando produtos e serviços, no setor da saúde os produtos e serviços ficam cada vez mais caros, sem que necessariamente melhore a qualidade do processo. Para se ter a cura e a melhora efetiva da qualidade de vida dos idosos são necessários profissionais

treinados e qualificados, e em nossos pais ainda há uma enorme carência desse tipo de profissionais, com formação específica e cursos reconhecidos pela qualidade acadêmica.

Somado a isso, o nosso sistema de atenção á saúde é precário e desorganizado, não cria as condições para que esses recursos sejam utilizados melhor e mais adequadamente. Não que com isso os gastos em saúde com os idosos deixem de ser mais elevados nos países mais desenvolvidos; contudo, são aplicados de forma mais judiciosa e com maior resolutividade. O aumento dos idosos na população implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, um maior número de problemas de longa duração, que frequentemente exigem intervenções custosas, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado (VERAS, 2001).

O funcionamento do sistema de saúde não está adequado para atender um paciente idoso, pois, geralmente ele é portador de uma doença crônica que traz consigo sérias complicações, exigindo um acompanhamento médico constante e medicação contínua. Outro fato que também colabora para a ineficácia do sistema é a forma tradicional que o médico utiliza no momento da consulta, focando em uma queixa principal e em alguns sinais para chegar a um único diagnóstico, sem levar em consideração as particularidades que só o idoso apresenta. Consequentemente, a precariedade dos serviços ambulatoriais, a falta de atendimento domiciliar, hospitais-dia e centros de convivência, fazem com que o primeiro contato médico ocorra em um estágio mais avançado da doença, assim eleva os gastos bem como reduz as chances de um prognóstico favorável (MENDES, 2001).

O maior desafio do serviço geriátrico é lidar com alto índice de doenças crônicas e incapacidade funcional. Associado a isso oferecer qualidade de vida a uma parcela da população que apresenta necessidades distintas entre si, resultado de trajetórias de vidas variadas. A gestão deve então estruturar programas e intervenções dirigidas ao envelhecimento compatíveis com o perfil do idoso atendido. O planejamento, a avaliação das necessidades, o monitoramento são imprescindíveis na prática assistencial (ALKEMA *et al.*, 2006).

Um estudo divulgado por Baltes e Smith (2006) constatou que os idosos nos países europeus com idade superior aos 85 anos, apresentaram um maior risco de envelhecer portando múltiplas doenças crônico-degenerativas e outras patologias. Tanto que 50% dos indivíduos participantes que tinham noventa anos ou mais eram portadores do Mal de Alzheimer, uma patologia de caráter neurodegenerativo que leva à demência com perda de habilidades cognitivas e funcionais de maneira progressiva. Outro fato observado foi que a maioria dos idosos muito longevos chegou ao final de seus dias com elevado índice de comprometimento funcional, dependência e solidão. Logo, os autores sugeriram que investir

em estratégias, que se destinem à inclusão social, e que envolvem os múltiplos fatores do processo de envelhecimento, pode ter impactos positivos sobre essa população.

Outro aspecto relevante divulgado por Uchôa Firmo e Lima-Costa (2002), foi que ao investigarem os idosos de uma comunidade descobriram que os mesmos não se autodeclararam como velhos, uma vez que a palavra velhice denota doença, declínio, dependência e estagnação. Já os cuidadores e familiares eram os que possuíam crenças mais negativas sobre envelhecimento do que os próprios idosos, demonstrando claramente que o preconceito e a discriminação estão na sociedade. O que se desejava é que o envelhecimento aconteça com qualidade, mantendo a autonomia, preservado sua participação no meio social a fim de minimizar a possibilidade de exclusão (LIMA, 2008).

Ramos e seus colaboradores (1993) e Ramos (2003) realizaram um estudo no município de São Paulo e observaram que os idosos residentes em regiões periféricas e empobrecidas apresentaram maiores índices de doenças crônicas, dependência nas atividades de vida diária e declínio cognitivo do que aqueles residentes em regiões centrais, onde a população dispunha de um nível socioeconômico mais favorecido. Assim os dados encontrados indicam que as próprias condições sociais são intrínsecas ou diretamente relacionadas ao status de saúde dos indivíduos. Sendo assim, fica claro que a questão financeira está relacionada à saúde, ainda que a aposentadoria seja modesta, pelo menos concede uma pequena autonomia (LIMA, 2008).

Os fatores econômicos exercem uma importante influência na qualidade de vida da população, pois a situação econômica oferece suporte material para o bem-estar do indivíduo, interferindo nos graus de qualidade de habitação, com as pessoas que os rodeiam, com a independência econômica e com estabilidade financeira (JOIA, 2007).

Diante de toda essa problemática que é o envelhecer saudável, diversas iniciativas internacionais estão trabalhando para que esse processo seja positivo, considerando essa fase como um momento da vida para se cultivar o bem-estar, prazer e qualidade de vida. (LIMA, 2008). O uso da internet é um exemplo notório de serviço que vem crescendo junto as pessoas de idade mais avançada. Alguns estudos apontam que os idosos com acesso a essa ferramenta são mais bem informados e estão mais aptos a tomarem decisões sobre sua saúde.

Com maior acesso à informação e à participação ativa em diferentes vivências, outra marca da sociedade globalizada, o idoso vem tendo oportunidades, nos mais diversos âmbitos, inclusive no contexto de lazer, de ressignificar sua existência, sua aprendizagem, sua importância como cidadão detentor de direitos e garantias legais, seu envelhecimento sua

própria velhice e os níveis de sua efetiva participação dentro da sociedade. Isso caracteriza o público idoso como bastante atrativo frente a investimentos (MIRANDAS e FARIA, 2009).

Pesquisas indagaram o idoso sobre o que é importante para a qualidade de vida, e esses consideraram a saúde como o elemento mais importante, ao lado da independência. Outras razões mencionadas estavam: sistema de apoio, serem aceitos pela comunidade, afetividade, descrição positiva do casamento e condições familiares que reforçam a percepção do convívio social e familiar (JOIA, 2007). Uma modalidade recente que vem se difundindo tanto no setor privado quanto no público é o atendimento domiciliar, cuja, a principal finalidade é reduzir os gastos com internações hospitalares, buscando assim uma saída para aplicar melhor os recursos financeiros disponíveis. Neste serviço abrange desde cuidados pessoais como higiene íntima, alimentação, banho, locomoção e vestuário, quanto cuidados com a medicação, fazer curativos de ferimentos, tratar escaras. Sendo que, se necessário, até a realização de nutrição enteral/parenteral, diálise, transfusão de hemoderivados, quimioterapia e antibioticoterapia, com acompanhamento médico e de enfermagem 24 horas/dia (FLORIANI e SCHRAMM, 2004).

Atualmente o foco do modelo de atenção ao idoso está centrado na doença e na internação. Necessita-se criar medidas que possibilite a permanência do idoso o máximo possível em seu ambiente, preservando seus espaços saudáveis. O cuidado integrado atua contra a fragmentação dos serviços e visa propiciar resultados melhores, com menos desperdícios, maior eficiência e uma experiência menos frustrante para os idosos e seus familiares. Com isso é capaz de fornecer qualidade de vida e de assistência, fatores indispensáveis para se ter uma velhice digna (DUARTE, 2010).

Duarte (2010) ainda cita que o maior desafio dos serviços geriátricos na saúde é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita. Com uma nova visão das necessidades dos idosos, espera-se que os serviços geriátricos vençam os desafios e norteiem suas ações de maneira a:

- Permitir o estabelecimento de bons cuidados no dia-a-dia das pessoas idosas e o manejo efetivo de doença aguda a partir de um diagnóstico preciso, um tratamento lógico e um prognóstico adequado. Similarmente, quando ocorre uma crise social,

avaliação e resposta efetivas são necessárias. Frequentemente há componentes de saúde e sociais num episódio agudo;

- Identificar as necessidades contextuais das pessoas idosas e facilitar o acesso aos serviços sociais e de saúde necessários;
- Contribuir para a melhora, e se isto não for possível, manutenção de um desempenho funcional adequado da pessoa idosa: maximizar a saúde efetiva;
- Propiciar o fornecimento de cuidado efetivo continuado para aqueles que necessitam de cuidados de longo prazo, vigilância (situações de risco) e reabilitação;
- Facilitar e monitorar a realocação de pessoas idosas que receberam alta institucional na volta para a comunidade: a recepção apropriada das pessoas idosas é crucial para o seu cuidado continuado;
- Facilitar e gerenciar a realização de cuidado adequado para pessoas idosas em seu processo de finitude, especialmente quando eles desejam morrer em casa;
- Propiciar apoio e alívio a cuidadores informais pelo estabelecimento de serviços efetivos de ajuda;
- Atuar como defensor dos direitos de uma pessoa idosa em situações em que isso se fizer necessário;
- Colaborar para que as pessoas idosas consigam cuidar de si mesmas educação e encorajamento para o auto-cuidado;
- Identificar e estabelecer um planejamento assistencial pró-ativo às pessoas idosas consideradas em situações “de risco”: por exemplo, pessoas vivendo sozinhas, pessoas com mais de 75 anos, os enlutados e aqueles que recentemente receberam alta do hospital;
- Atuar sempre com uma abordagem de equipe para a provisão de cuidado envolvendo tanto profissionais de saúde como da área social, que devem formar uma equipe de cuidado comunitário. Problemas de saúde e sociais estão inevitavelmente ligados e ambos necessitam atenção se a situação geral precisa ser melhorada;
- Gerenciar o estabelecimento de uma rede de apoio comunitária efetiva;
- Facilitar e gerenciar as relações entre os serviços de cuidados comunitários e em hospitais ou outras instituições sociais e de saúde de forma a propiciar o estabelecimento de serviços responsivos às demandas (DUARTE, 2010). A Organização Mundial da Saúde argumenta que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil

implementarem políticas e programas de envelhecimento ativo que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos. A hora para planejar e agir é agora. (OMS 2005).

5. Conclusão

O envelhecimento pode ser uma experiência prazerosa e com qualidade de vida. Para isso é imprescindível que tanto o idoso quanto os profissionais ligados á esse indivíduo saibam que não existe um padrão único de velhice. Só assim, com um olhar amplo e social é que se pode entender o envelhecimento, como um fenômeno complexo e heterogêneo, que envolve questões de responsabilidade individual e social. Mapeando assim, as diversas trajetórias de velhice com as quais se podem deparar e que estão diretamente ligados ao bem-estar, qualidade de vida na velhice. Com base nessa revisão literária, permite-se afirmar que envelhecer não é sinônimo de doença, inatividade e contração geral no desenvolvimento - apesar de as crenças e atitudes negativas sobre a velhice ainda serem hegemônicas em alguns contextos culturais.

Com gestores qualificados e atentos á necessidade da terceira idade, é possível criar programas e intervenções dirigidas ao envelhecimento compatíveis com o perfil do idoso atendido. Basta se valer de diferentes estratégias para acompanhar as necessidades dos idosos, inclusive, quando for o caso, usar de questionários e escalas validadas para auxiliar a entender a demanda de cada indivíduo e aferir sua subjetividade.

O planejamento, a avaliação das necessidades, o monitoramento e os resultados obtidos são imprescindíveis nas práticas assistenciais. É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa.

REFERÊNCIAS

AARTSEN, M.J.; SMITS, C.H.M.; TIBURG, T.; KNIPSCHIEER, K.C.P.M; DEEG, D. J.H. *Activity in older adults: cause or consequence of cognitive functioning? A longitudinal study*

on everyday activities and cognitive performance in older adults. Journal of Gerontology: Psychological Sciences. v.57, n.2, p.153-162. 2002.

ALKEMA, GE; REYES, J.Y; WILBER, K.H. *Characteristics associated with home and community-based service utilization for medicare managed care consumers.* Gerontologist, v. 46, n. 2, p. 173-182, 2006.

BALTES, PB; SMITH, J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. **A Terceira idade**, v.17, n.36, p.7-31, 2006.

BIRREN, J.E. & BENGSTON, V.L. *Emergent theories of aging.* New York: Springer. 1988

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CUPERTINO, A. P. F. B.; ROSA, F. H. M.; RIBEIRO, P. C. C. Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.20, n.1, p.81-86, 2007.

DUARTE, Yeda A. de Oliveira. **Cuidado gerontológico.** São Paulo. Disponível em: <<http://www.usp.br/noodle/redealuno>>. Acesso em: 15 Set 2010.

FLORENCIO, M.V.L. Ferreira, MOF, Sá, LD. **A violência contra idoso:** dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. Revista eletrônica de Enfermagem, v.09, n.03, 2007, p. 847-857.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Revista caderno de saúde pública.** Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.986-994, jul./ago. 2004.

JOIA, Luciane Cristina; RUIZ, Tania; DONALISIO, Maria Rita. **Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos.** Rev Saúde Pública. v.41, n.1, p. 131-8, 2007.

LEBRÃO, Maria Lúcia, DUARTE Yeda A. de Oliveira. **SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento** – o projeto sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LIMA, A.M.M.; SILVA, H.S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: Trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface - comunicação saúde, educação**, v.12, n.27, p.795-807, out./dez., 2008.

MENDES, W. **Home Care:** uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade. 2001

MINAYO, M.C.S. **Violência contra idosos:** o avesso do respeito á experiência e á sabedoria. Brasília: Secretária Especial de direitos humanos, 2 edição, 2005.

MIRANDA, Leticia Miranda; FARIAS, Sidney Ferreira. **As contribuições da internet para o idoso:** uma revisão de literatura. COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO. v.13, n.29, p.383-94, 2009.

NERI, A. L.; JORGE, M.D. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. **Estudos de psicologia.** Campinas, v.23, n.2, p.127-137, abr./ jun. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS- **Envelhecimento ativo:** uma abordagem política da saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Desafios da longevidade:** qualidade de vida. O mundo da saúde. São Paulo. v. 29, n.04, p. 608-612. 2005.

QUEIROZ, Zally P.V. **Identificação e prevenção de negligência em idosos.** O mundo da saúde. São Paulo. v. 29, n.04, p. 613-616. 2005.

RAMOS, L.R. et al. Perfil do Idoso em uma área metropolitana na região sudeste do Brasil: Resultados de um inquérito domiciliar. **Revista de saúde pública,** v.27, n.2, p.87-94, 1993.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Revista caderno de saúde pública,** v.19, n.3, p.793-798, 2003.

RIBEIRO, P. C. C.; et al. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. **Psicologia em estudo,** Maringá, v.14, n.3, p. 501-509, jul./set. 2009

ROWE, J. W. & KAHN, R. L. **Successful aging.** New York:Pantemon Books. 1988
Sociedade e cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.25-35.

UCHÔA, E.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA. **Envelhecimento e saúde:** experiência e construção cultural. In: MINAYO, M.C.; COIMBRA, C.E.A. (Orgs.).

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

VERAS, Renato. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso:** revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p.705-715. 2003.