

ENVELHECIMENTO E SAÚDE: UM PROBLEMA SOCIAL EMERGENTE

Rosa Maria Lopes Martins*

* Professora-Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Viseu e Doutoranda na Área de Investigação de Gerontologia/Geriatria.

Como já vem sendo amplamente referido pela comunicação social, o nosso país, à semelhança de outros, está a passar por uma rápida transição demográfica, caracterizando-se esta por um aumento progressivo e acentuado da população adulta e idosa. São tendências pesadas com fortes implicações estruturantes, mas uma das principais consequências desta transformação dá-se a nível do sector da saúde.

A insuficiência de dados sobre o estado de saúde e o grau de autonomia das pessoas idosas em Portugal, bem como a sua diferenciação por regiões, obriga a proceder a um diagnóstico de situação, a par de medidas concretas que aceleram e melhorem as formas de intervenção necessárias.

É de facto desejável conhecer e compreender melhor a realidade da saúde e envelhecimento da população portuguesa, quer no presente, quer no futuro, de forma a promover novas e melhores abordagens preventivas, curativas e de continuidade de cuidados.

Os conhecimentos científicos actuais sobre a importância da promoção da saúde ao longo da vida, para prevenir ou retardar situações de doença ou dependência, sobre os factores de risco e as doenças mais frequentes nas pessoas e sobre o seu impacto nos cuidados de saúde exigem a definição de linhas orientadoras para a manutenção de um envelhecimento saudável, a promoção da autonomia e a melhoria da intervenção dos prestadores de cuidados.

Não há dúvida que o envelhecimento da população revela-se como uma tendência positiva, que está intimamente ligada à maior eficácia das medidas preventivas em saúde, ao progresso da ciência no combate à doença, a uma melhor intervenção no meio ambiente e, sobretudo, à consciencialização progressiva de que somos (nós) os principais agentes da nossa própria saúde.

Nesta perspectiva, devemos considerar que as pessoas idosas são o primeiro recurso para a promoção da sua própria saúde e, por isso, torna-se necessário encorajá-las a participar neste processo.

Já sabemos que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira. A par dos factores genéticos que determinam muito do processo, há que realçar que não é igual envelhecer no feminino ou no masculino, sozinho ou no seio da família, casado, solteiro, viúvo ou divorciado, com filhos ou sem filhos, no meio urbano ou no meio rural, na faixa do mar ou na intelectualidade das profissões culturais, no seu país de origem ou no estrangeiro, activo ou inactivo (Ministério da Saúde, 1998).

É um facto constatável a que Portugal não foge, na medida em que o envelhecimento da população portuguesa não se manifesta de forma homogénea em todo o território.

Os fortes movimentos migratórios externos e internos têm deixado mais envelhecido o interior com a migração das gerações mais jovens para o estrangeiro e no território nacional, para os grandes centros urbanos do litoral (Ministério da Saúde, 1998).

As características mais importantes do envelhecimento humano são, pois, a sua individualidade e diversidade, e estas características apresentam reflexos bem acentuados no estado de saúde.

Em nossa opinião, esta é uma regra básica que deve estar subjacente a todas as políticas de saúde a instituir.

Paralelamente às transformações demográficas, tem também havido uma transição nos perfis da saúde no nosso país, que se caracteriza por uma diminuição da mortalidade materno-infantil, e por um aumento de mortalidade por enfermidades complexas e mais onerosas, típicas das faixas etárias mais avançadas.

Se o início e as etapas do envelhecimento assentam em alterações estruturais e funcionais suficientemente significativas e evidenciáveis, as causas e a natureza do processo estão ainda longe de se considerarem esclarecidas.

O envelhecimento tem início relativamente precoce no final da segunda década de vida, perdurando por longo tempo pouco perceptível, até que surjam no final da terceira década as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais. Admite-se como regra geral, que ocorre a cada ano a partir dos trinta anos de idade perda de 1% da função.

O ritmo de declínio das funções orgânicas varia não só de órgão para órgão, como também entre idosos da mesma idade. Tal facto justifica a impressão de que o envelhecimento produz efeitos diferentes de uma pessoa para a outra.

ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS E FUNCIONAIS

O envelhecimento diferencial envolve preferencialmente os órgãos efectores e resulta de processos intrínsecos que se manifestam a nível dos órgãos, tecidos e células :

- Assim, a pele envelhece mais rapidamente que o fígado.
- As complicações vasculares afectarão o sistema cardíaco principalmente.
- A arteriosclerose acumulada por má alimentação, pelo stress e contaminação bacteriana, poderá ocorrer mais cedo ou mais tarde, de acordo com hábitos prevalentes e resistência orgânica.

Seja qual for o mecanismo e o tempo de envelhecimento celular, este não atinge simultaneamente todas as células e, conseqüentemente, todos os tecidos, órgãos e sistemas.

Cada sistema tem o seu tempo de envelhecimento, mas sem a interferência dos factores ambientais há alterações que se dão mais cedo e se tornam mais evidentes quando o organismo é agredido pela doença.

Diz Ermida (1999), que a "diminuição de função renal em cerca de 50% aos 80 anos - condiciona a farmacoterapia do idosos", "as alterações orgânicas a nível das mucosas digestivas, são determinante frequente de problemas nutricionais"; "as alterações a nível de arquitectura dos ossos, a dismetabolia cálcica, propiciam fracturas frequentes"; a "diminuição da água intracelular (perda de 10 a 15% aos 80 anos) torna o idoso extremamente sensível aos desequilíbrios hidroelectrolíticos"; e o "aumento da massa gorda favorece a obesidade com todo o seu cortejo de conseqüências".

A nível do sistema nervoso, existe fundamentalmente perda de neurónios substituídos por tecido glial, a diminuição do débito sanguíneo, com conseqüente diminuição da extracção da glicose e do transporte do oxigénio e a diminuição de neuromodeladores que condicionam a lentificação dos processos mentais, alterações da memória, da atenção, da concentração, da inteligência e pensamento .

Para além de tudo isto, temos ainda a considerar as diminuições orgânicas e funcionais, que originam significativas alterações na forma e na composição corporal com o decorrer dos anos. Talvez as condições mais relevantes a ter em consideração para a sobrevivência do idoso e para a sua qualidade de vida sejam, no entanto, a diminuição da sua reserva fisiológica e a consequente dificuldade na reposição do seu equilíbrio homeostático quando alterado.

As modificações fisiológicas que se produzem no decurso do envelhecimento resultam de interações complexas entre os vários factores intrínsecos e extrínsecos e manifestam-se através de mudanças estruturais e funcionais que se encontram sintetizadas no quadro 1.

Quadro 1 - Modificações fisiológicas do envelhecimento

ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS	ALTERAÇÕES FUNCIONAIS
	Sistema cardiovascular
Células e tecidos	Sistema respiratório
Composição global do corpo e peso corporal	Sistema renal e urinário
Músculos ossos e articulações	Sistema gastrointestinal
Pele e tecidos subcutâneos	Sistema nervoso e sensorial
Tegumentos	Sistema endócrino e metabólico
	Sistema imunitário
	Ritmos biológicos e sono

Fonte: Pessoas Idosas: uma abordagem global (Berger e Poirier, 1995).

Com todo este leque de alterações, há inevitavelmente entidades patológicas que se tornam mais frequentes nos idosos.

ENTIDADES PATOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NOS IDOSOS

As alterações de estrutura e as perdas funcionais ocorrem em todos os órgãos e sistemas do corpo humano. No entanto, para Berger (1995), os principais problemas de saúde dão-se a nível de sistema nervoso central, aparelho locomotor, sistema cardiovascular e sistema respiratório.

Num relatório publicado recentemente pelo Ministério da Saúde sobre "Principais problemas de saúde dos idosos", dizia-se: "... há inevitavelmente entidades patológicas que são mais frequentes nos idosos, no entanto, e entre elas, destacam-se as demências, até pelas suas consequências e dependência".

A sua prevalência embora baixa (5%) vai aumentando com a idade (20% acima dos 80 anos), salientando-se duas formas:

- a degenerativa ou doença de Alzheimer (de evolução mais dramática);
- a de multi-enfartes ou arteriopática.

Esta última durante muitos anos foi relacionada com arteriosclerose, quando, de facto, a única ligação estabelecida é com a história pregressa de hipertensão arterial.

Para Hoeman (2000), viver mais tempo aumenta as probabilidades em 80% de contrair uma ou mais doenças crónicas, bem como limitações físicas incapacitantes. Acrescenta que em muitos casos é difícil de distinguir se se trata de alterações decorrentes do processo de envelhecimento ou se são manifestações patológicas.

De qualquer modo, os principais efeitos do processo de envelhecimento e/ou doença crónica manifestam-se aos níveis:

- Cardiopulmonares;
- Musculo-esqueléticas;
- Cutâneos;
- Neurológicos;
- Padrões do sono;
- Função intestinal;
- Função geniturinária;
- Função hepática;
- Renais;

- Endócrinos.

Existe de facto uma relação estreita entre incapacidades e idosos, mas para Zimmerman e cols., as três condições mais frequentes dessas incapacidades em pessoas com mais de 65 anos são: artropatias, hipertensão arterial sistémica e cardiopatias, numa relação de prevalência de 47,2%, 41,4% e 30,4%, respectivamente.

Deve ser ressaltado que a presença de múltiplas afecções associadas na mesma pessoa (situação frequente nos idosos) aumenta a probabilidade de incapacidade para uma ou mais actividades de vida diária (AVD).

Estas incapacidades, no entender de Fedrigo (2000), estão a tornar--se cada vez mais prevalentes e têm importância crucial, na medida em que não têm diagnóstico de resolutividade rápida e absorvem grandes quantidades de recursos materiais e de profissionais especializados (nomeadamente de reabilitação).

Os problemas de saúde considerados "típicos da terceira idade", e que apresentam uma alta taxa de prevalência, foram denominados por Bernard Isaacs como os "gigantes da geriatria" e de entre eles destaca:

- Incontinência urinária;
- Instabilidade postural e quedas;
- Imobilidade;
- Demência;
- Delirium;
- Depressão.

Além dos défices de carácter físico e intelectual anteriormente descritos, com o envelhecimento podem verificar-se modificações nas reacções emocionais; acúmulo de perdas e separações, solidão, isolamento e marginalização social.

As principais características do envelhecimento emocional são: redução da tolerância aos estímulos, vulnerabilidade à ansiedade e depressão, sintomas hipocondríacos, autodepreciativos ou de

passividade, conservadorismo de carácter e de ideias, e acentuação de traços obsessivos (Souza, e cols. 1996).

Considerando os aspectos mencionados, fica claro que, apesar da senescência ser um processo natural com o aumento da idade, aumenta a probabilidade do aparecimento de entidades patológicas, cuja hierarquia é variável para os diversos autores. No quadro 2 podemos observar globalmente os principais problemas de saúde de que são alvo preferencial a população idosa.

Quadro 2 - Principais problemas de saúde dos idosos

	Demências
	Doenças neurológicas
Sistema Nervoso Central	Padrões de sono
	Delírium
	Depressões
	Limitações físicas incapacitantes
	Artropatias
Aparelho Locomotor	Imobilidade
	Instabilidade postural / quedas
	Reumatismos
	Arteriosclerose
Sistema Cardiovascular	Hipertensão
	Cardiopatias
Sistema Respiratório	Afecções pulmonares
Sistema Urinário	Incontinência
	Perturbações renais

Apesar de uma importante parcela deste grupo etário relatar estar bem de saúde e de se verificar alguma variabilidade de opinião relativamente às alterações mais prevalentes nos idosos, persiste a ideia que a maioria dos problemas de saúde são de carácter crónico e que, portanto, vão perdurar 15, 20 ou mais anos.

Outra ideia comum, e que tem sido confirmada por vários estudos, é que em relação a outras faixas etárias os idosos consomem muito mais do nosso sistema de saúde e que este maior custo não tem revertido em seu benefício.

Isto leva-nos a pensar que o modelo existente de assistência aos idosos não se adequa à satisfação das suas necessidades. Os problemas de saúde dos mais velhos, além de serem de longa duração, requerem pessoal qualificado, equipas multidisciplinares, equipamentos próprios e exames complementares mais esclarecedores.

O conhecimento desta problemática permite-nos perceber que os clássicos modelos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, não podem ser mecanicamente transportados para os idosos sem que significativas e importantes adaptações sejam executadas.

Nesta perspectiva, torna-se urgente que as instituições promotoras de saúde se organizem no sentido de responder adequadamente às necessidades de saúde da população idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERGER, Louise – Cuidados de enfermagem em gerontologia. In BERGER, Louise ; MAILLOUX-POIRIER, Danielle – *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN 972-95399-8-7. p. 11-19.

BERGER, Louise ; MAILLOUX-POIRIER, D. M. – *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa : Lusodidacta, 1995. ISBN 972-95399-8-7.

ERMIDA, José Gomes – Avaliação demográfica compreensiva. Temas Geriátricos. Lisboa : Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. Vol. 1, (1995).

FEDRIGO, Claudia R. A. M. *Fisioterapia na terceira idade – O futuro de ontem é a realidade de hoje* [online]. Available from World Wide Web: <<http://www.fisiohoje.fst.br/>>

As gerações mais idosas. Lisboa : INE, 1999.

HOEMAN, Sirley P. – Enfermagem de reabilitação: aplicação e processos. 2ª ed. Lisboa: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde – Estudo da qualidade de vida do idoso: aplicação de um instrumento de avaliação: relatório. [Lisboa] : Direcção - Geral da Saúde, 1995.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Os mais velhos: relatório de actividades. Lisboa : Ministério da Saúde, 1998.

SOUZA, Fernando P. [et al.] – Sobrevoo: da autogénese passando pela infância e detendo-se na velhice. *Rev. Psicofisiologia*. 2 (1), 1998.