



Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil

A reflexion on health care for older people in Brazil

Una reflexión sobre la asistencia a la salud del anciano en Brasil

Rosadélia Malheiros Carboni ¹, Maria Ângela Reppetto ¹¹

RESUMO

O Brasil se depara com uma demanda por serviços médicos outrora restrita aos países industrializados. Estudo objetivou refletir sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil e analisar os fatores envolvidos nas internações e reinternações de idosos nas instituições de saúde. Pesquisa bibliográfica compreendida entre 1990 e 2006, em base de dados LILACS. No Brasil, embora existam problemas em virtude da pobreza e falta de acesso à saúde por muitos, em virtude de difícil acesso, analfabetismo e economia instável, o investimento em vacinas ao longo dos anos e o auxílio da tecnologia propiciaram aumento da expectativa de vida. Esse aumento, entretanto, ocasionou maior prevalência e incidência de doenças e condições crônicas que culminam, muitas vezes, com internações e reinternações hospitalares de idosos. São fatores envolvidos nas internações: doenças crônico-degenerativas e, conseqüentemente incapacidades geradas e a falta de serviços ambulatoriais adequados. São fatores envolvidos nas reinternações: estações do ano; dificuldades de freqüentar UBS para controles e acompanhamento, fazer uso de medicamentos prescritos e alimentação adequada, muitas vezes, pela dependência de um familiar e analfabetismo. O conhecimento dos fatores envolvidos nas internações e reinternações nos tornam responsáveis por participar de mudanças que possibilitem melhor qualidade de vida aos idosos do futuro.

Palavras chave: Idoso; Direito à saúde; Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Brazil comes across medical services prosecution, formerly limited to the industrialized countries. The study aimed to reflect upon the health care for older people in Brazil. Bibliographic research comprised between 1990 and 2006, in LILACS data base. In Brazil, although there are problems due to the poverty and lack of access to health by

many people, and to the difficult access, illiteracy, instable economy, the investment in vaccines over the years and the support of technology propitiated the increase in life expectancy. This increase, however, resulted in more prevalence and incidence of diseases and chronic conditions that culminated, many times, with hospital internments and reinternments of older people. Factors involved in the internments are: Chronic degenerative diseases and, consequently, generated incapacities and lack adequate ambulatory services. Factors involved in the internments are: Seasons of the year; difficulties in attend UBS to controls and follow-up, using prescribed drugs and appropriate food, many times, by the dependence of a member of the family and illiteracy. The knowledge of factors included in the internments and re-internments make us responsible for making part of changes that make possible the better life quality to the elders of the future.

Key words: Older people; Right to health; Nursing care.

RESUMEN

El Brasil si parece con una demanda para los servicios de la salud, restringido hace tiempo a los países industrializados. El estudio tuvo por objetivo reflexionar con respecto de la salud del anciano en Brasil y analizar los factores involucrados en los internamientos y reinternamientos de ancianos en las instituciones de salud. Investigación bibliográfico con levantamiento bibliográfico comprendido entre los años 1990 y 2006 hecho

¹ Enfermeira, Mestre em Educação, arte e história da cultura – Universidade Mackenzie- São Paulo (SP). Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Nove de Julho. São Paulo/SP E-mail: adelia@uninove.br

¹¹ Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). E-mail: mareppetto@uol.com.br

en base de datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud). En Brasil, aunque existan muchos problemas en virtud de la pobreza y la falta de acceso a la salud por muchos, en virtud de difícil acceso, analfabetismo, economía inestable, la inversión en vacunas y campañas a lo largo de los años y el auxilio de la tecnología han proporcionado el aumento de la expectativa de vida. Ese aumento, sin embargo, ocasionó una mayor predominancia e incidencia de enfermedades y condiciones crónicas que culminan, muchas veces, con internamientos y reinternamientos hospitalarios de ancianos. Como factores involucrados en los internamientos: las enfermedades crónico-degenerativas y,

consecuentemente incapacidades generadas y la falta de atención dispensarial adecuados. Como factores involucrados en los reinternamientos: las estaciones del año; dificultades de frecuentar Unidad Básica de Salud-UBS para control y acompañamiento, usar los medicamentos prescritos y alimentación adecuada, muchas veces, por depender de un pariente y analfabetismo. El conocimiento de los factores involucrados en los internamientos y reinternamientos nos hace responsables por intentar participar de cambios que posibiliten mejor calidad de vida a los ancianos del futuro.

Palabras clave: Anciano; Derecho a la salud; Asistencia de enfermería.

INTRODUÇÃO

A atuação em hospitais públicos na cidade de São Paulo, supervisionando graduandos de enfermagem em ensinos clínicos, nos permitiu a observação do aumento de idosos internados em clínicas médicas. Possibilitou também saber, mediante anamnese, sobre suas reinternações, as dificuldades que passam por descaso das famílias, por desconhecimento da complexidade que envolve seus diagnósticos, tratamentos e cuidados de enfermagem, por problemas financeiros, ou mesmo, por não ter vontade de buscar orientações e acompanhamento, acreditando que suas vidas têm pouco valor.

O que percebemos, ao ler os prontuários dos idosos internados, é que as causas dessas internações/reinternações geralmente são as doenças crônico-degenerativas, como hipertensão, diabetes mellitus, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, mal de Alzheimer, dentre tantas outras e suas complicações. Isso propicia internações, reinternações e o direito que eles têm a uma vida digna e o direito à saúde, estabelecido

pela Lei Orgânica da Saúde fica desrespeitado⁽¹⁾.

Os países desenvolvidos já se deparam com o problema das doenças crônico-degenerativas há muitos anos, em virtude de uma melhor expectativa de vida gerada pela qualidade de vida das pessoas que os habitam.

Passados alguns anos, a sociedade brasileira se depara com um tipo de demanda por serviços médicos e sociais, outrora restrita aos países industrializados.⁽²⁾

O envelhecimento ativo é um processo saudável que é muito mais do que a ausência de doenças. O objetivo é que todos possam apreciar uma boa qualidade de vida e serem reconhecidos como úteis na sociedade. Ironicamente os maiores fatores determinantes de uma saúde melhor estão fora do sistema de saúde. São apontados entre outros: o conhecimento, o meio ambiente limpo, o acesso aos serviços básicos, sociedades equânimes, respeito pelos direitos humanos, bons governos, a capacitação do povo em decisões relevantes de sua vida⁽³⁾.

O processo de envelhecimento de qualquer pessoa é sempre diferente do que foi

para seus pais e avós. Pode-se espelhar no que eles vivenciaram e tentar aproveitar sua experiência, mas as condições objetivas, os valores da sociedade, as expectativas dos indivíduos, as soluções possíveis, tudo muda no passar das gerações. Além disso, para cada pessoa, o processo apresenta inúmeras possibilidades de resultado final, dependendo dos caminhos escolhidos e dos determinantes desse envelhecimento: ótima ou péssima qualidade de vida, com variadas situações intermediárias⁽⁴⁾.

Por um lado, vemos a população idosa carente com uma saúde precária e por outro, as autoridades governamentais, com o alto custo com procedimentos de alta complexidade, internações, reinternações freqüentes e atendimentos em pronto-socorros.

Embora existam programas que trabalhem com saúde preventiva, como o Programa de Saúde da Família, percebemos durante nossa vivência, que muito ainda tem que ser feito, pois ao nos depararmos com pacientes idosos que ocupam os leitos, principalmente dos hospitais públicos, o que vemos é que, principalmente os mais carentes, estão muito aquém do alcance da atenção primária. Observamos neles feridas múltiplas, cegueira, amputações, atrofia de membros, caquexia, desconhecimento quanto à doença e tratamento, tratamentos crônicos, como hemodiálise e diálise peritoneal, entre outros. Notamos que apresentam problemas econômicos e de analfabetismo muito sérios.

O Estado, envolvido com doenças transmissíveis e mortalidade infantil, não foi capaz de aplicar estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-

degenerativas e suas complicações. Os idosos não encontram amparo adequado no serviço público, acabam acumulando seqüelas de suas doenças e ficam com incapacidades, perdendo qualidade de vida⁽²⁾.

A pessoa idosa é portadora em média de pelo menos três enfermidades crônicas e a probabilidade de internação hospitalar em decorrência de agravo à saúde é 20% maior. Em razão disto, os dilemas e conflitos éticos nessa faixa etária podem ser identificados no mais largo espectro, indo desde a discutível competência dos atos até a aproximação da morte. Incorpora-se ainda outro dilema, como a freqüente incapacidade de dar o consentimento para decidir sobre a manutenção da vida ou a retirada de suporte de vida. Ou seja, a medida que a idade progride, a autonomia declina. O fato é que, nessas circunstâncias, a alocação de recursos exige uma maior atenção da sociedade quanto à sua aplicação, em detrimento de resultados nem sempre compensadores em qualidade.⁽⁵⁾

O Brasil é um dos países em desenvolvimento, onde, embora haja um crescimento da preocupação com o envelhecimento populacional, principalmente por parte do estado, na prática ainda se observa o idoso excluído dos planos de ação governamentais⁽⁶⁾.

Mediante essas considerações faz-se importante refletir sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil assim como analisar os fatores envolvidos nas internações e reinternações de idosos nas instituições de saúde. Discutir sobre esse assunto deve ser preocupação dos profissionais de saúde, em virtude do ser humano na terceira idade ser um cliente muito presente nas instituições de

saúde, do alto número de internações, assim como de reinternações e os fatores que contribuem para isso. O compromisso profissional não pode ser passivo, deve ser dotado de ações e reflexões sobre a realidade, por meio de valores humanos fundamentados cientificamente ⁽⁷⁾.

Assim neste artigo de atualização têm-se como objetivos refletir sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil e analisar os fatores envolvidos nas internações e reinternações de idosos nas instituições de saúde.

Trata-se de um estudo realizado com base em pesquisa bibliográfica descritiva. O levantamento bibliográfico foi realizado na base de dados LILACS e compreende o período entre 1990 e 2005. A referência de 1990 é a Lei Orgânica da Saúde, relevante para o estudo.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO NO BRASIL: UMA APROXIMAÇÃO

No Brasil, embora existam muitos problemas em virtude da grande pobreza e falta de acesso à saúde por muitas pessoas, por várias razões; sejam elas, difícil acesso, desconhecimento, analfabetismo, uma economia instável, a desigual distribuição de renda; percebeu-se que o investimento em vacinas e campanhas ao longo dos anos e o auxílio da tecnologia propiciaram uma melhora na qualidade de vida das pessoas e, conseqüentemente, o aumento da expectativa de vida.

Embora milhões de pessoas continuem vivendo em graus absolutos de miséria ou pobreza, as conquistas tecnológicas da medicina moderna (asepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos e exames

complementares de diagnóstico, entre outros), ao longo dos últimos 60 anos, conduziram aos meios que tornaram possível prevenir ou curar muitas das doenças fatais do passado ⁽⁸⁾.

Estas conquistas contribuíram para o aumento da expectativa de vida nos países desenvolvidos e até nos em desenvolvimento. Segundo fontes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, a população de idosos está em torno de 14.536.029. A expectativa de vida do brasileiro ao nascer em 1940 era de 39 anos. De 1960 para 1980 essa expectativa ampliou-se para 63,4 anos. De 1980 a 2000 houve um aumento para 5 anos e de 2000 para 2025, deverá haver um aumento de 3,5 anos ⁽⁹⁾.

O País ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade

O processo de transição demográfica no Brasil caracteriza-se pela rapidez com que os aumentos absoluto e relativo das populações adulta e idosa modificaram a pirâmide populacional. Até os anos 60, todos os grupos etários registravam um crescimento quase igual; a partir daí, o grupo de idosos passou a liderar esse crescimento ⁽⁸⁾.

Isso pode indicar desenvolvimento e investimentos, mas, sabe-se que grande parte da população é carente de condições dignas de vida.

As mudanças significativas da pirâmide populacional começam a acarretar uma série de previsíveis conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas, às quais o Brasil ainda não está preparado para enfrentar. A infraestrutura necessária para responder às demandas deste grupo etário, em termos de

instalações, programas específicos e mesmo de profissionais de saúde adequados quantitativa e qualitativamente, ainda é precária ⁽⁸⁾.

A população idosa brasileira está não só vivendo mais, como também melhor, pois os indivíduos que conseguem sobreviver a idades mais avançadas são selecionados por melhores condições de saúde e melhor qualidade de vida. Os avanços tecnológicos ocorridos nas áreas da saúde contribuíram muito para a longevidade. Com o intuito de sanar as lacunas que ainda existem em relação à saúde e às condições de vida do idoso brasileiro, são necessárias mais ações, políticas e programas que enfoquem as necessidades do grupo etário. A abordagem do envelhecimento deve ser incluída como parte integrante das estratégias pressupostas nacionais, a fim de fortalecer o potencial de desenvolvimento dos idosos de forma sistemática e focalizada ⁽⁶⁾.

Esforços foram feitos e o aumento da expectativa de vida tornou-se possível. Entretanto, isto ocasionou uma maior prevalência e incidência de doenças e condições crônicas que culminam, muitas vezes, com internações e reinternações hospitalares de idosos. Como fatores envolvidos nas internações de idosos, podem ser citados as doenças crônico-degenerativas e, conseqüentemente incapacidades geradas e a falta de serviços domiciliares e/ou ambulatoriais adequados.

Mediante o envelhecimento da população brasileira e a conseqüente elevação do número de doenças crônico-degenerativas, tem-se observado aumento da demanda de leitos hospitalares por pacientes idosos ⁽¹⁰⁾.

ANÁLISE DOS FATORES ENVOLVIDOS NAS INTERNAÇÕES E REINTERNAÇÕES DE IDOSOS NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas. Tem-se desenvolvido uma rápida transição nos perfis de saúde no Brasil que se caracteriza primeiramente, pelo predomínio das enfermidades crônicas não transmissíveis e, em segundo lugar, pela importância crescente de diversos fatores de risco para a saúde e que requerem, complexamente, ações preventivas em diversos níveis. As doenças infecto-contagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes ocorridas no país, hoje são responsáveis por menos de 10%, enquanto que com as doenças cardiovasculares ocorreu o oposto: em 1950 eram responsáveis por 12% das mortes e hoje representam mais de 40% das mortes em nosso país ⁽⁸⁾.

A longevidade é acompanhada pela maior incidência e prevalência de doenças e condições crônicas que exigem dada a sua natureza, acompanhamento contínuo. As condições crônicas não irão desaparecer e, portanto, constituem o desafio deste século. Para reverter esses cenários serão necessários esforços coordenados e sustentados de tomadores de decisão e lideranças na área de saúde de cada um dos países do mundo. Além disso, ressaltamos que o envelhecimento saudável vai muito além da idade cronológica. Representa a capacidade do indivíduo em responder às demandas da vida cotidiana de forma autônoma e independente e na sua motivação e capacidade para continuar na

busca e realização de objetivos e conquistas pessoais e familiares ⁽¹¹⁾ .

Observa-se nas clínicas médicas das instituições públicas um número muito alto de pacientes com idade superior a 65 anos, com doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, infecção do trato urinário, doenças cardíacas, pneumopatias, dentre tantas outras. Foram avaliados retrospectivamente, 75 pacientes, com média de idade de 74,5 anos (entre 70-88 anos) submetidos à operação cardiovascular no Serviço de Cirurgia Torácica e Cardiovascular do HC-UFPR, entre janeiro de 1995 e janeiro de 1999, sendo observado que as principais características clínicas do grupo desses pacientes foram angina, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio e diabetes mellitus ⁽¹²⁾ .

Na medida em que o Brasil passa por uma rápida transição demográfica e nos perfis de saúde, cresce a necessidade de quantificar os recursos que a sociedade tem que arcar para fazer frente às necessidades específicas da população idosa. Estudos populacionais realizados em São Paulo têm demonstrado que o aumento da sobrevida acarreta um aumento da prevalência de doenças crônicas, perda da independência funcional e da autonomia. Dados de internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1997 demonstram que de um custo total de R\$ 2.997.402.581,29, grande parcela (23,9) foi consumida pelos idosos ⁽⁸⁾ .

A falta de serviços domiciliares e/ou ambulatoriais adequados faz, muitas vezes, com que o primeiro atendimento se dê em estágio avançado no hospital, aumentando os

custos e diminuindo a possibilidade de um prognóstico favorável. Os problemas de saúde dos mais velhos, além de serem de longa duração, requerem pessoal qualificado, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares ⁽⁸⁾ .

A expansão da população na *cuarta edad*, a dos idosos incapacitados, traduz-se numa crescente população de pessoas incapacitadas que necessitam de alguma forma de cuidados de longo prazo: cuidados diários, em serviços de cuidados domiciliares, cuidados domiciliares na convalescença, cuidados domiciliares de enfermagem intermediários e especializados ⁽¹³⁾ .

Em relação às readmissões, foi observado que as principais causas em um hospital geral de médio porte do interior de São Paulo, nos anos de 1996 e 1997, foram ocasionadas por doenças do aparelho respiratório e circulatório ⁽¹⁴⁾ . Muitos fatores podem contribuir para isso. Dentre eles, as estações do ano, pois o inverno propicia doenças do sistema respiratório; as dificuldades de freqüentar UBS para controles e acompanhamento, fazer uso de medicamentos prescritos, alimentação adequada e exercícios físicos recomendados, muitas vezes ocasionadas pela dependência de um familiar e ou das precárias condições financeiras, o analfabetismo e a busca por tratamentos alternativos.

As mudanças bruscas de temperatura típicas do inverno são responsáveis por um aumento significativo de mortes na cidade de São Paulo. Analisando o número de óbitos por causas não-externas (mortes naturais) na capital entre 1991 e 1994, constatou-se que para cada diminuição de um grau na temperatura abaixo de 20° C (comum no

inverno) observou-se um aumento de 4% no número de mortes em crianças e 5,5% em idosos. A infância e a velhice são dois momentos da vida em que o organismo está mais suscetível a doenças ⁽¹⁵⁾ .

Em relação aos problemas gerados pela dependência familiar, como alimentação, medicamentos, frequência em UBS, é importante ser ressaltado que o abandono na velhice é provocado por circunstâncias relativas a perdas, as quais se refletem basicamente em deficiências funcionais do organismo e na fragilidade das relações afetivas e sociais, que por sua vez conduzem a um distanciamento, podendo culminar no isolamento social. Abandono é um sentimento de sofrimento trazido por essas circunstâncias, o que impede o indivíduo de viver e conviver plenamente e de permanecer inserido na família, no grupo e na cultura. Essa situação rompe o contato vital com o mundo, favorece a inércia do corpo e rouba a possibilidade de ser e de conhecer. A solidão e o abandono constituem pesados fardos para os idosos, pois as famílias tendem, não raro, a excluir aqueles tidos como incômodos demais.

O idoso espera da família que ela cumpra com o papel estabelecido pela sociedade. Crê que esse grupo social seja o seu mantenedor final e que possa lhe dar a atenção necessária para enfrentar as agruras que a vida impõe. Essa crença é fortificada pela intensidade das relações pessoais estabelecidas com o grupo familiar. A perda das forças, o surgimento de doenças, as dificuldades para estabelecer e manter um diálogo podem colocar o idoso numa situação de necessidades e de abandono. É agravante dessa situação o fato de não ter condições de saúde para manter relações

sociais fora do seu meio familiar e as dificuldades financeiras. Da mesma forma, a dependência, que gera a necessidade de cuidados especiais e de auxílio para a realização das atividades de vida diária, pode fazer com que o idoso seja deixado de lado pelos familiares, sem que lhe seja dispensada a atenção necessária ⁽¹⁶⁾ .

A família, muitas vezes, também não tem interesse em investir na saúde do idoso, resultado de uma cultura que se preocupa com o belo e o jovem. Isso contribui para que o idoso não siga as orientações profissionais, como exercícios, controles e uso de medicamentos. O aposentado é definido como um indivíduo que sofre discriminação, levando à inatividade, com retorno à sua casa e ocasionando alteração no papel simbólico familiar, submetendo-o à uma sociedade que prega a eficiência, a produção e a estética, considerados valores essenciais ⁽⁷⁾ .

As características socioeconômicas, como baixo nível de renda e de escolaridade, atividade remunerada em idades avançadas e carência de saneamento básico são indicadores da precariedade das condições e da qualidade de vida para a grande maioria dos idosos no Brasil, em especial na zona rural ⁽¹⁷⁾ .

É grande o número de brasileiros analfabetos. Esse pode ser um fator que colabora para a timidez da população idosa carente em buscar acompanhamento e orientação dos profissionais da saúde, associado ao pouco conhecimento das patologias, assim como do quadro clínico das mesmas, ou, até mesmo, da compreensão da linguagem usada pelos profissionais em relação a elas. O uso de linguagem técnica por profissionais de saúde contribui para a

incompreensão de seu estado de saúde, fazendo com que o idoso busque, muitas vezes, alternativas de cura e tenha agravos em seu quadro clínico, o que o leva novamente aos hospitais.

As crenças podem ser um dos componentes que influenciam a adesão ou não de comportamentos que conduzam à promoção da saúde ⁽¹⁸⁾.

Um grande problema para o idoso hoje é adaptar-se às exigências do mundo moderno. Isto se deve, em parte, à deficiência educacional desta geração, de uma época em que freqüentar escola era um privilégio de poucos. Por isto, o alto índice de analfabetismo, que atinge 5,1 milhões de idosos no país. Na Região Nordeste, concentram-se as maiores proporções: eram 56,1% em 2000. A média de anos de estudos dos idosos da cidade de Niterói (no Rio de Janeiro) é de 8,2. No Piauí, nos municípios de Barra de Alcântara e de Novo Santo Antônio, os idosos têm uma média de 0,2 anos de estudo ⁽⁹⁾.

Mediante a isso, esforços têm de ser feitos a fim de possibilitar mais qualidade de vida aos idosos, prevenindo-se as complicações de doenças crônico-degenerativas que trazem cada vez mais incapacidades. É importante ressaltar que além de ser privado do convívio familiar, quando internado, o idoso tem risco de adquirir infecção hospitalar e isso pode prolongar a internação ou ainda levá-lo a óbito. Portanto, a ação do Estado, dos profissionais de saúde, setores afins e da própria população faz-se importante para melhorar a realidade na qual vivemos. Mas este é um trabalho árduo, pois é necessário também buscar mudança de

comportamento das pessoas idosas e seus familiares.

A promoção da saúde implica em atividades voltadas a grupos sociais e indivíduos através de políticas públicas abrangentes, incluindo ambiente físico, social e político, econômico e cultural e do esforço comunitário, na busca de melhores condições de vida ⁽¹⁹⁾.

Idosos e familiares não podem considerar a si próprios, nem mesmo serem vistos como receptores passivos de serviços de saúde. Eles precisam e devem ser agentes ativos na construção de um novo cuidado à saúde participando do tratamento e sendo apoiados nesse sentido. Esse cuidado envolve informações atualizadas, instruções compartilhadas e rede de atenção integrada de forma a atuar na minimização dos efeitos incapacitantes das doenças e na diminuição do risco de óbito precoce ⁽¹¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da expectativa de vida, propiciado pela evolução dos últimos anos, requer mais atenção por parte do Estado, dos profissionais de saúde e de toda a sociedade. O investimento para sermos mais longevos foi e continua sendo feito. Porém, qual a vantagem de alcançarmos a idade de 70 ou 75 anos com as incapacidades observadas, como amputações, cegueira, caquexia, feridas, entre outros, decorrentes das complicações das doenças crônico-degenerativas, principalmente entre os mais carentes? Há de se investir mais em saúde primária, melhorando o acesso das populações mais carentes à saúde e indo até elas através do atendimento domiciliar, desenvolvendo ações de saúde a fim de

tentarmos possibilitar um envelhecer mais digno. Ao Estado, cabe melhorar o atendimento ao idoso, através da Política Nacional do Idoso (PNI)⁽²⁰⁾ e rever aposentadorias.

Conhecer os fatores envolvidos nas internações e reinternações nos torna responsáveis por tentar participar de mudanças a médio e longo prazo que possibilitem melhor qualidade de vida aos idosos do futuro.

REFERÊNCIAS

1. Anderson M.I.P. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. Textos sobre envelhecimento [serial on line] 1998 nov [cited 2006 jun 22]; 1(1). Available from: URL: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59281998000100002&lng=pt&nrm=iso.
2. Alvarenga MRM, Mendes MMR. O perfil faz readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP. Revista Latino-americana de enfermagem 2003 mai-jun; 11(3): 305-311.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1395/GM de 10 de dezembro de 1999. Política de Saúde do Idoso. Brasília, 1999. [cited 2006 out 25] Available from: URL: <http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>.
4. _____. Ministério da Saúde. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
5. _____. Congresso. Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF., 5 jan. 1994. Seção 1, ano 132, n.3.
6. Brundtland GH. Second World Assembly on Ageing - Main Assembly Statement from World Organization. 2002 abr 9 [cited 2006 mar 20]. Available from: URL: http://www.who.int/director-general/speeches/2002/english/20020409_ageingmainmadrid.html.
7. Camacho ACLF. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. Revista Latino-am de enfermagem 2002 mar-abr; 10(2): 221-228.
8. Cartana MHF, HECK, R.M. Contribuições da antropologia na enfermagem: refletindo sobre a doença. Texto Contexto Enfermagem 1997 set-dez; 6(3): 233-240.
9. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Revista Saúde Pública 1997; 31(2): 184-200.
10. Costa SI.F. Bioética clínica e a terceira idade. VI Congresso Brasileiro de Bioética; 2005 set; Foz do Iguaçu, Brasil.
11. Dalmaso ASW; Nemes Filho, A. Promoção à saúde. Manual de condutas médicas. [cited 2006 fev 20]. Available from: URL: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/36manual_condutas.pdf.
12. Drane J, Pessini L. Bioética, medicina e tecnologia. Desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo (SP): Centro Universitário São Camilo e Edições Loyola; 2005.
13. Duarte YAO, Lebrão ML. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia. O Mundo da Saúde 2005 set-dez; 29 (4):566-574.
14. Herédia VBM, Cortelletti IA, Casara MB. Abandono na velhice. Textos sobre Envelhecimento [serial on line] 2005 [cited 2006 jun 26]; 8(3). Available from: URL: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000300002&lng=pt&nrm=iso
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil – 2000. [cited 2003 out 25]. Available from: URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/default.shtm>.
16. Jorge M. Os males que o inverno traz. Espaço aberto [serial on line] 2004 jun [cited 2006 mai 26]; (44). Available from: URL: <http://www.usp.br/espacoaberto/arquivo/2004/espaco44jun/0capa.htm>.
17. Loures DRR, Carvalho RG, Mulinari L, Silva Jr AZ., Schmidlin CA, Brommelströet M et al. Cirurgia cardíaca no idoso. Rev Bras Cir Cardiovasc [serial on line] 2000 mar [cited 2003 out 21]; 15(1). Available from: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v15n1/v15n1a01.pdf>.
18. Paschoal SMP. Desafios da longevidade: qualidade de vida. O Mundo da Saúde 2005 set-dez; 29(4):608-612.
19. Pereira RJ, Cotta RMM, Priore SE. Políticas sobre envelhecimento e saúde no mundo. O Mundo da Saúde 2005 set-dez; 29(4):475-482.

20. Pedreira LC, David, R.A. R.; Nápoli, I. Perfil clínico-demográfico de idosos em internamento domiciliar. Nursing 2002 nov; (54): 25-27.

Artigo recebido em 25.10.06

Aprovado para publicação em 30.04.07