

ANA PAULA GONÇALVES DA SILVA

**A FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO IDOSO: uma revisão
da literatura**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Branca Maria de Oliveira Santos

**FRANCA
2005**

ANA PAULA GONÇALVES DA SILVA

A FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO IDOSO: uma revisão da literatura

Presidente:

Prof(a). Dr(a). Branca Maria de Oliveira Santos
Universidade de Franca

Titular 1:

Prof(a). Dr(a). Wilson Mestriner Júnior
Universidade de São Paulo

Titular 2:

Prof(a). Dr(a). Marisa de Cássia Registro Fonseca
Universidade de São Paulo

Franca, ____/____/____

À minha filhinha Ana Clara, que chegou de repente nesse momento da minha vida em que eu buscava mais uma conquista, e muitas vezes sua presença me deu força e coragem para continuar essa jornada.

Ao meu esposo Edi, que acompanha minha vida e sempre me conforta nos momentos difíceis.

À minha mãe Neuza, luz da minha vida, que muitas vezes deixou de realizar seus sonhos para realizar os meus. Amo-te mais que a mim mesma!

Ao meu pai, que para mim é o meu amigo, meu mestre, minha vida!

Ao meu irmão Paulo, que sempre tem uma palavra de incentivo e é um exemplo de força e de disciplina.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que sempre estão presentes em minha vida, dando seus exemplos de força e determinação;

à minha filha, que foi um grande presente que a vida me proporcionou;

a você, Edí, que é o meu companheiro e sempre me proporciona momentos felizes ao seu lado;

ao meu irmão Paulo e sua esposa Marilda, que sempre me incentivaram e ajudaram para a realização desse trabalho;

à Silvana, que me ajudou nos momentos mais difíceis, dessa jornada, seja com uma palavra amiga ou através de um ato;

à minha vovó Laura (in memória) é muito difícil nesse momento da minha vida não tê-la ao meu lado, apesar de ter consciência que estás sempre presente em meu coração;

à minha vovó “Santa” que sempre me traz alegrias, e é um exemplo de vida;

às minhas amigas de viagem, Taísa e Patrícia, quanta dificuldades enfrentamos juntas, no decorrer desse curso, quantos risos, e quantas lágrimas, mas vencemos. Adoro vocês, obrigada!;

às Profas. Dras. Marisa de Cássia Registro Fonseca e Branca Maria de Oliveira Santos pelas valiosas sugestões por ocasião do Exame de Qualificação;

ao meu mestre Dr. Wilson Mestriner Junior, que contribuiu com suas palavras sábias para o meu enriquecimento, não só acadêmico, mas também moral;

aos idosos, que sempre estiveram em minha vida, no qual, o amor que sinto por essas pessoas é resumido em admiração e respeito, sempre me proporcionando momentos de aprendizado e respeito ao próximo.

Se não houver frutos, valeu a beleza das flores; se não houver flores; valeu a sombra das folhas; se não houver folhas, valeu a intenção da semente.

Henfil

RESUMO

SILVA, Ana Paula Gonçalves. **A fisioterapia na atenção primária do idoso:** uma revisão da literatura. 2005 f. 73 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

O presente estudo, de revisão da literatura, de caráter descritivo-exploratório, teve como objetivo compilar as informações obtidas da literatura acerca da fisioterapia na atenção primária do idoso, ressaltando os aspectos concordantes e conflitantes sobre o tema. Não foram levados em consideração os locais de atuação do profissional frente à atenção primária do idoso, e sim se realmente há participação dele nesse nível de atenção, junto à população idosa. Para tanto, foi possível percorrer o histórico da atenção primária à saúde e a polêmica que há ao se tentar conceituá-la. Já ao envolver esse nível de atenção e o profissional fisioterapeuta, a literatura corrente pesquisada demonstra que muito pouco ele atua, e que sua participação tem estado mais ligada aos níveis secundário e terciário. Ao inserirmos os idosos dentro desse contexto, foi possível perceber, através dos estudos, que a fisioterapia na atenção primária, envolvendo especificamente essa população é muito carente e ainda se encontra em um processo de construção. Sendo assim, ao ser realizada uma revisão da literatura com trabalhos científicos atualizados acerca desse assunto, foi possível indicar a necessidade de maiores possibilidades que emergem da participação da fisioterapia. Esse profissional deve ser um membro integrante de uma equipe de trabalho na área da saúde envolvendo o idoso, orientando e incentivando as atividades físicas. Sempre que necessário, servir de porta de entrada no sistema, podendo ser o profissional de primeiro contato, permitindo a inclusão do idoso no sistema de saúde, com vista a melhorar a qualidade de vida dessa parcela da população.

Palavras-chave: fisioterapia; atenção primária; idoso; promoção de saúde.

ABSTRACT

SILVA, Ana Paula Gonçalves. **A phisioterapy in the basic primary attention care of the age**: a review of the literature. 2005. 73 f. Dissertation (Masters in Health Promotion) – Universidade de Franca, Franca.

The present study, a review of the literature, of exploring-description feature character, had the aim to collect the news gotten from the literature about the phisioterapy in the basic care with the age, emphasizing the agreement and disagreement points about the theme. It was not considered the places of performance of this professional in front of the basic care of the age, but if really there is its participation in this level of attention, next to age population. Afterwards, it was possible to run through the history of the basic attention to health and the discussion in trying to define it. In envolving this level and the phisioterapic profissional, the current literature searched shows that there is no very long time he acts in this level of attention, where, his participation is more connected to secondary and the third degree levels. Inserting in this contexture the ages, it was possible to see to perceive, by the studies that phisioterapy in the basic attention, involving specificaly that this very destitute population is yet in a building process. To by proceeding a review of the actual literature of scientific words about this subject, it was possible to indicate to show the necessity of better possibilities that appear from the participation of the phisiotherapy, where this profissional must be a component member of a staff of work in this area of health, involving the age, guiding and estimulating the physic activities and when it will be necessary, always, to act as in entrance to the system, because he must be the professional of first meeting contact, permitting the age inclusion in the health system, in order to improve her quality of life of this part of population.

Key-words: physiotherapy; basic attention; age; health promotion.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	9
LISTA DE QUADROS	10
INTRODUÇÃO	11
1 METODOLOGIA	14
1.1 ENFOQUE METODOLÓGICO	14
1.2 SELEÇÃO DAS FONTES DE PESQUISA.....	15
1.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	19
2 REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 FISIOPATOLOGIA DO ENVELHECIMENTO	21
2.1.1 Transição demográfica e epidemiológica do idoso	32
2.2 CONCEITO DE SAÚDE E DOENÇA	35
2.2.1 Promoção da saúde	37
2.2.2 Políticas públicas de saúde para o envelhecimento	39
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA: uma visão holística sobre o assunto	41
2.4 ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO IDOSO	48
2.4.1 A fisioterapia na atenção primária do idoso	51
3 DISCUSSÃO	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 — Diferença na estatura do adulto e do idoso	27
Figura 2 — Diferenciação entre um cérebro adulto e um cérebro envelhecido	29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 — Levantamento bibliográfico através das principais Bases de Dados.....	17
Quadro 2 — Atenção primária proposta pela Carta de Lubiana	42
Quadro 3 — Política para a prevenção de incapacidades associadas ao envelhecimento.....	51

INTRODUÇÃO

O contato freqüente com pessoas de idade mais avançada no decorrer de minha vida e minha profissão, principalmente quando comecei a trabalhar diretamente na área de geriatria, gerou uma preocupação com a qualidade de vida dessa parcela da população.

Essa vivência acabou por despertar, em mim, cada vez mais a vontade de aprofundar nos estudos envolvendo as áreas de geriatria e gerontologia.

A cidade onde resido, conta com um grande suporte de atendimento para o idoso, onde muitas atividades são oferecidas pela Fundação Municipal de Educação e Cultura-Funec, através do trabalho da Universidade Aberta à Terceira Idade-UNATI e, ainda pelo Clube do Coronariano, onde são proporcionadas atividades esportivas, recreativas, aulas de artesanatos, pinturas, trabalhos manuais, dança, canto, computação, inglês, alfabetização solidária, palestras, etc.

Os serviços de fisioterapia são oferecidos gratuitamente a essas pessoas através de um setor de geriatria implantado pela Funec, onde os alunos do último ano da graduação realizam o estágio supervisionado por docentes; além disso, é realizado esse mesmo tipo de atendimento em uma instituição para idosos.

Atualmente a literatura ligada as áreas de Geriatria e Gerontologia, indicam que há uma preocupação mundial com o envelhecimento populacional, observado no final do século XX, ocorrido pelo aumento no tempo de vida; porém, com consideradas diferenças de povos, países e condições no planeta.

O fato de a fisioterapia ser uma das profissões mais recentes surgidas no

campo da saúde no Brasil faz com que seja, muitas vezes, vista como uma profissão voltada apenas para a reabilitação, pois no início era essa sua principal função. No entanto, o profissional fisioterapeuta pode atuar em conjunto com os demais profissionais da área da saúde na atenção primária, onde a atenção ao idoso está inserida, exigindo, assim, o conhecimento fisioterapêutico específico para o atendimento das necessidades de saúde dessa faixa da população.

A necessidade deste trabalho justifica-se, pelo fato de não haver amplos estudos, principalmente no Brasil, a respeito da fisioterapia na atenção primária do idoso. No entanto, é importante deixar claro, que não se pretende questionar a atuação do fisioterapeuta em locais específicos de atenção primária, como Programas de Saúde da Família (PSF), hospitais, creches, casas de repouso, abrigos para idosos, etc. O que surge como forma de questionamento independe do local de atuação, tendo como interesse interrogar se o profissional atua realmente na atenção primária à saúde do idoso ou não.

Diante do exposto este estudo tem como *objetivo geral* organizar as informações obtidas da literatura acerca da participação do fisioterapeuta na atenção primária do idoso, ressaltando os aspectos concordantes e conflitantes sobre o tema, com vistas a identificar a possível inserção e atuação do profissional nesse tipo de atenção à saúde da população idosa.

A seqüência dos capítulos que ora é apresentada, permite compreender o caminho percorrido para alcançar os objetivos propostos.

Assim, a dissertação descreve inicialmente a metodologia utilizada para desenvolver o estudo, pois, de acordo com Moles (1981, contracapa): “Há algo mais belo que as mais belas descobertas, é o conhecimento da maneira, do método, pelas quais são feitas”.

Na Revisão da Literatura, em seu primeiro capítulo, é desenvolvido o percurso teórico, apontando os aspectos relacionados à fisiopatologia do envelhecimento, envolvendo as transições demográficas e epidemiológicas.

O conceito de saúde e doença é apresentado no segundo capítulo para em seguida adentrar no assunto promoção da saúde e no contexto das políticas públicas de saúde para o envelhecimento.

Já no terceiro, surge a importância de se aprofundar na questão da atenção primária à saúde, envolvendo seu histórico e ainda a comparação com a atenção secundária e terciária, onde o interesse nestes dois últimos é apenas a contextualização, para melhor entendimento. Ainda nesse capítulo, encontram-se esclarecimentos a respeito da participação dos profissionais do serviço de saúde voltada à atenção primária do idoso.

Porém, é no quarto capítulo que vamos conhecer mais sobre a atuação do profissional fisioterapeuta na atenção primária do idoso, suas definições e funções na visão de vários autores.

Na seqüência será apresentada a discussão, onde será identificada a possível inserção e participação do fisioterapeuta no nível de atenção primária do idoso, na visão dos autores abordados.

1 METODOLOGIA

1.1 ENFOQUE METODOLÓGICO

O trabalho apresenta uma pesquisa de revisão da literatura, de caráter descritivo-exploratório que objetiva proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, procurando o estabelecimento de relações entre variáveis. Partindo desse princípio, “coletam descrições detalhadas de variáveis existentes e usam os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou fazer planos mais inteligentes para melhorar as práticas de atenção à saúde” (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p. 111).

Para os autores, a utilização desse estudo permite ao investigador buscar informações sobre as características dos sujeitos de pesquisa, grupos, instituições ou situações e que um fato importante, nesse tipo de trabalho, é o de que a revisão da literatura é capaz de propor uma ampliação da base de conhecimento sobre um determinado assunto; muitas vezes preenchendo lacunas remanescentes na literatura, onde a busca de teorias feita pelo pesquisador pode ser realizada através de consultas preliminares em livros e revistas.

Ao planejarmos uma pesquisa de revisão da literatura, buscamos delimitar o período de abrangência dos estudos utilizados, que no caso, foram dos quinze últimos anos, partindo da idéia de que sua extensão condiz com a realidade e com o que há de mais recente a respeito do assunto envolvendo o tema em estudo.

Spector (2001) chama a atenção para o fato de que a revisão da literatura

cumprir o papel de obrigar o autor a aprofundar-se na literatura pertinente e relatar de forma didática o conhecimento atual sobre o tema. Com base nessa opinião, a revisão da literatura não deve ser confundida com um livro-texto; e ainda faz uma observação acerca da importância em delimitar o objeto da revisão literária, daí o fato do presente estudo focar a fisioterapia na atenção primária do idoso.

1.2 SELEÇÃO DAS FONTES DE PESQUISA

A partir da delimitação do período de abrangência da coleta das informações, o levantamento bibliográfico foi desenvolvido junto às principais Bases de Dados da área da saúde, como também nos principais periódicos correntes da área.

As Bases de Dados são serviços de indexação e resumo que listam os trabalhos produzidos em uma determinada área, com a finalidade de facilitar a identificação e acesso à informação que se encontra dispersa em um grande número de publicações (CENDÓN, 2000).

As principais Bases de Dados na área da saúde no Brasil são coordenadas pelo Bireme, que é um centro especializado da Organização Panamericana de Saúde – OPAS e da Organização Mundial da Saúde – OMS, estabelecido no Brasil desde 1967, em colaboração com o Ministério de Saúde, o Ministério da Educação, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e a Universidade Federal de São Paulo, cuja missão é contribuir com desenvolvimento da saúde fortalecendo e ampliando o fluxo de informação em Ciências da Saúde.

Dentre as Bases de Dados consultadas temos:

- Lilacs: compreende a literatura relativa às Ciências da Saúde, publicada nos

países da América Latina, a partir de 1982. Contém artigos de cerca de 670 revistas conceituadas da área da saúde, atingindo mais de 350 mil registros, e outros documentos tais como: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais (BIREME, 2004);

- Medline – é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela NLM (National Library of Medicine, USA) e que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 4.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países. Contém aproximadamente 11 milhões de registros da literatura desde 1966 até o momento, que cobrem as áreas de: medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. A atualização da base de dados é mensal (BIREME, 2004);
- Scielo – A Scientific Electronic Library Online – SCIELO, é uma Base de Dados que não é coordenada pela Bireme, no entanto, para a área científica é de fundamental importância. Trata-se de uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. É o resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em parceria com a BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. A partir de 2002, o Projeto conta com o apoio do CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. O Projeto tem por objetivo o desenvolvimento de uma metodologia comum para a preparação, armazenamento, disseminação e avaliação da produção científica em formato eletrônico (SCIELO, 2004).

O levantamento bibliográfico, a partir das referidas fontes foi feito nos períodos de janeiro a março de 2004, utilizando-se de unitermos como recurso para o cruzamento de campos, com os seguintes descritores: Promoção da Saúde; Atenção Primária; Atenção Básica, Terceira Idade; Fisioterapia, idoso.

Quadro 1 – Levantamento bibliográfico através das principais Bases de Dados

Fonte/Revista	Autor/Ano	Palavras-Chave	Metodologia
Revista de Saúde Pública	PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO, 1998.	Promoção de Saúde	< http://www.sielo.br >
Envejecimiento y políticas de salud	PIERME, A., 2005.	Idoso -Atenção primária	Palestra proferida no Curso de Especialización em Salud de la familia, USP Ribeirão Preto, Faculdade de Enfermagem.
Fisioterapia Brasil	RIBEIRO, K. S. Q., set./out., 2002.	Fisioterapia Atenção Primária à Saúde	Lilacs: < http://www.bireme.br >
O movimento da promoção de saúde na década de 1990	ROCHA, D. G., 2001.	Promoção de Saúde	Lilacs: < http://www.bireme.br >
Arq. de Geriatria e Gerontologia	RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, 2000.	Idoso	Lilacs: http://www.bireme.br >
Fisioterapia em Movimento	SAMPAIO, R. F., abr./set., 2002.	Promoção de Saúde	< http://www.sielo.br >
Fisioterapia Brasil	SILVA, M. A. G., nov./dez., 2003.	Idoso - Fisioterapia	< http://www.sielo.br >
Ciência & Saúde Coletiva	VERAS, R. P.; CALDAS, C. P., 7 abr. 2004.	Idoso	< http://www.uerj.unati.br >
Journal of Gerontology	BENGSTON, V. L.; BURGESS, E. Q.; PARROT, 1997.	Idoso	Bireme: http://www.bireme.br >
Fisioterapia em Movimento	CECCATO, M. W. et al., out. 91/mar.	Fisioterapia - Atenção Primária	< http://www.sielo.br >
Handbook of theories of aging	DANNEFER, D.; UHLENBERG, 1999.	Idoso - Promoção Saúde	Bireme: http://www.bireme.br >
Revista Latino Americana de Enfermagem	FREITAS, M. C. de et al., 2002.	Idoso - Promoção Saúde	< http://www.sielo.br >
Revista Ciências Médicas	GARCIA, M. A. A.; RODRIGUES, M. G.; BOREGA, 2002.	Fisioterapia - Atenção Primária	< http://www.sielo.br >
Journal Public Health Policy	GILPIN, M., 1991.	Fisioterapia - Promoção Saúde	Bireme: http://www.bireme.br >
História, Ciências e Saúde	GROISMAN, D., 2004.	Idoso	< http://www.sielo.br >
Avaliação da importância da fisioterapia na rede primária de atenção à saúde	KATO, D. S., 1994.	Atenção Primária - Fisioterapia	Bireme: http://www.bireme.br >
Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição	LOURENÇO, R. A.; MOTTA, L. B., 1999.	Terceira Idade	< http://www.sielo.br >
Revista de Ciências Médicas	ORGATA, M. N.; PEDRINO, H. C., abr./jun.2004.	Promoção Saúde	< http://www.sielo.br >

Vale considerar que foram também consultados os principais periódicos científicos da área da Saúde, com acesso em suporte impresso, além dos livros, que tiveram uma grande contribuição para o enriquecimento da pesquisa.

As seguintes fontes foram selecionadas, por apresentarem estudos voltados aos idosos:

- Revista da Universidade Aberta à Terceira Idade-UNATI;
- Fisioterapia Brasil;
- Revista Brasileira de Fisioterapia;
- Revista de Saúde Pública;
- Ciências Médicas;
- Revista Latino Americana de Enfermagem;
- Artigos de Geriatria e Gerontologia;
- História, Ciências e Saúde;
- Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo;
- Arquivos Brasileiros de Medicina;
- Diagnóstico & Tratamento;
- Fisio & Terapia;
- Fisioterapia em Movimento;
- Geriatria em Síntese;
- Jama Brasil;
- Jornal Brasileiro de Medicina;
- Journal of Epidemiology and Immunol.
- Journal of Internal Medicine;
- Nursing;
- Reabilitar;

- Revista Baiana de Saúde Pública;
- Revista Brasileira de Enfermagem;
- Revista Brasileira de Medicina;
- Revista da Escola de Enfermagem da USP;
- Revista Panamericana de Salud Pública;
- Revista Paulista de Enfermagem;
- Revista Paulista de Medicina: Medical Journal;
- Serviço Social & Sociedade.

A partir da busca nesses periódicos, foram selecionados aqueles estudos que continham informações do assunto abordado.

Foi realizada ainda, no levantamento bibliográfico, a busca em livros através de autores e títulos, registrando com exatidão e cuidado o que potencialmente poderia interessar na solução do problema proposto.

1.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para organizar o conteúdo do material bibliográfico, foi utilizado um formulário para os textos originados de artigos, que tornou possível a identificação do artigo, o objetivo do estudo, a caracterização da amostra, os procedimentos técnicos, os resultados e a conclusão.

Para os textos teóricos (livros) foi realizado um fichamento, onde era registrado, com exatidão e cuidado o que potencialmente representaria algum tipo de solução para o problema.

Depois, por meio da análise das informações neles contidas, com muita objetividade e imparcialidade, procurou-se detectar nos textos, as intenções dos autores, sem procurar julgá-las.

De posse do material bibliográfico selecionado, procedeu-se a leitura exploratória, tendo em mente as seguintes diretrizes:

- identificar as informações e os dados constantes do material impresso;
- estabelecer relações entre as informações e os dados obtidos com o problema proposto;
- analisar a consistência das informações e dados apresentados pelos autores.

Ao término desta fase, e sem perder de vista os objetivos propostos, separou-se o material de real interesse à pesquisa e procedeu-se a leitura analítica dos textos selecionados com a finalidade de ordenar e sumarizar as informações neles contidas, onde através da análise das referências localizadas, os resultados foram agrupados em itens, que serão apresentadas na revisão que se segue.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 FISIOPATOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

A investigação na área de Geriatria e Gerontologia a respeito do envelhecimento populacional é extensa e pode ser observada em todo o planeta.

O fenômeno do envelhecimento vem causando grande interesse, por parte da comunidade científica, uma vez que, segundo Rebelatto e Morelli (2004), a observação do crescimento da população idosa tem proporcionado problemas variados, entre eles, os relacionados ao elevado custo da assistência ao idoso.

O conceito de envelhecimento é dado por Rodrigues, Marques e Fabrício (2000, p. 16), como sendo: “um processo dinâmico e progressivo, onde há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente”. Complementam ainda que na velhice, além dessas modificações, há também as alterações fisiológicas em nível individual, e ainda alterações nos processos sociológicos.

Segundo Douglas (2000, p. 300), “o processo evolutivo do indivíduo de desenvolvimento, amadurecimento e envelhecimento se caracteriza por modificações permanentes”, na qual, cada fase evolutiva da vida difere de uma para outra. O autor considera que, apesar de sabermos, por experiência pessoal quando se está referindo a uma criança, adulto ou velho, é complexo determinar exatamente as características de cada período

e compreender como elas ocorrem.

Esse mesmo autor define envelhecimento como sendo o conjunto de processos através do qual o indivíduo se torna velho, isto é, atinge a velhice. Completa dizendo que este é o estado resultante do envelhecimento. Sendo assim, relata que o indivíduo começa a envelhecer já no momento do nascimento, porém cita que, para alguns, pode-se considerar o início do envelhecimento após a adolescência, ou, mais ainda, depois dos 25 anos, idade em que se atinge o desenvolvimento biológico máximo.

“A Organização das Nações Unidas, desde 1982, considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. No Brasil, a Lei nº 8.842/94, adota essa mesma faixa etária, presente no Art. 2 do capítulo I” (MENDES, 2001, p. 37).

Rodrigues, Marques e Fabrício (2000) consideram que, ao discutir sobre o envelhecimento, não se deve considerar apenas o critério cronológico, mas também a manifestação de eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período, pois são eles que estão relacionados às mudanças da imagem corporal que mais chamam a atenção das pessoas quando se refere ao envelhecimento.

Segundo Lustri e Morelli (2004) as alterações que caracterizam o processo de envelhecimento podem ser observadas com facilidade e também sentidas por todos nós; porém, em grande parte, os mecanismos biológicos que ocorrem para chegar a esse processo permanecem desconhecidos.

Hill (2002, p. 50) refere-se ao fato de que toda discussão acerca das diferenças culturais relacionadas ao idoso, se não forem mencionadas as teorias a esse respeito, será uma discussão incompleta. Sendo assim, muitas teorias importantes sobre esse assunto foram discutidas ao longo dos anos.

Neri (2002, p. 32) baseia-se no fato de que o uso delas fornece pelo menos quatro vantagens: “a integração do conhecimento, a explicação do conhecimento (como e porque os fenômenos ocorrem), a predição e a orientação de intervenções que melhoram a

condição humana”.

São inúmeras aquelas que tentam explicar o envelhecimento, Rodrigues, Marques e Fabrício (2000) classificam-nas conforme a natureza do fenômeno, sendo elas: biológicas, psicológicas e sociológicas.

Segundo esses mesmos autores, as teorias biológicas do envelhecimento explicam as mudanças no corpo, determinando as alterações ocorridas, os fatores que afetam o envelhecimento e a longevidade; de um modo geral, estudam o processo de envelhecimento físico. Sendo que, são várias as que tentam explicar o mecanismo da gênese do envelhecimento celular, porém há uma grande dificuldade em conhecer esse processo por completo.

Para Vandervoort (2002) o envelhecimento celular é a base de uma das teorias biológicas mais importantes, partindo da idéia da existência de um grupo essencial de células, cuja deterioração daria início a efeitos em todo o organismo, tendo como consequência o envelhecimento.

O mesmo autor chama a atenção para dois conceitos que devem ser levados em consideração no que se refere ao envelhecimento. O primeiro como sendo o envelhecimento dentro da seqüência normal, que vai do desenvolvimento à morte, um evento geneticamente programado. O segundo, é que o envelhecimento ocorre devido ao colapso gradativo das funções celulares. Baseado em pesquisas realizadas em células fibroblásticas que demonstram que o envelhecimento pode estar programado pela regulação genética do código celular do DNA.

Groisman (2002, p. 66) é abrangente ao afirmar que “do ponto de vista biológico, o envelhecimento é descrito como um estágio de degeneração do organismo que se iniciaria após o período reprodutivo”, sendo muitas as alterações que compõem o conjunto de características biológicas do envelhecimento.

O referido autor menciona que a literatura, freqüentemente, atenta para o fato

de que, o processo de envelhecimento pode ser influenciado por agentes internos e externos, propiciando o envelhecimento acelerado de alguns sistemas e a preservação de outros, mudando as características biológicas de indivíduo para indivíduo.

Em complemento às teorias citadas, dentre os mecanismos básicos para explicar o envelhecimento biológico, o “modelo genético” de Lustrì e Morelli (2004, p. 38) tenta explicar o fenômeno do envelhecimento como: “decorrente de erros no material genético durante o desenvolvimento celular, em que os mecanismos de reparo, embora existentes, não corrigem os erros ou o fazem de maneira ineficiente, de modo que a função de tais genes seja reprimida”.

Segundo os referidos autores, existem outros defensores da teoria do relógio biológico, seguindo o raciocínio de que, o envelhecimento está relacionado com os genes responsáveis por esse fato, sendo a duração máxima da vida das espécies determinada por um relógio biológico controlado por seu padrão genético. Para melhor compreensão, citam como exemplo, os inúmeros estudos que demonstram a função genética de forma bem definida em certas fases da vida, por exemplo, a dentição em crianças, pêlos pubianos em adolescentes, entre outros.

Assim, na teoria do relógio biológico, existe a ação de um mecanismo intrínseco, no qual os eventos seriam decorrentes de pré-programação no genoma, como uma extensão dos processos de crescimento e desenvolvimento dos seres humanos, concluindo que, a duração máxima da vida é determinada pelo padrão genético.

Na opinião de Douglas (2000, p. 305) entre as várias teorias que tentam explicar o mecanismo biológico do envelhecimento, duas seriam fundamentais: a denominada genética, que explica o envelhecimento através de um “fenômeno programado geneticamente”, no qual, há um tempo definido, biologicamente pré-programado, ou seja, “existem mecanismos ligados estreitamente ao fator tempo que normalmente podem estimular ou inibir os processos vitais ao longo de toda a vida”; e as teorias ambientais, que tentam

explicar o envelhecimento pela ação de fatores que ocorrem aleatoriamente, exemplificando sua ação através de uma redução eventual da capacidade adaptativa do organismo e limitação de seu potencial de sobrevivência.

No que diz respeito ao envolvimento do sistema imunológico, Lustri e Morelli (2004) relatam que alguns pesquisadores tentam explicar o envelhecimento como uma deficiência no sistema de defesa do organismo, dando origem às doenças auto-imunes, no qual, o próprio organismo cria anticorpos que os atacam.

Neste sentido, há também a teoria das ligações cruzadas, citadas pelos mesmos autores, que referem que ao envelhecer, ocorre aumento da síntese de colágeno e assim aumenta também a formação das ligações cruzadas, ocasionando menor elasticidade aos tecidos, bem como modificações do código e a informação genética, ocorrida entre as cadeias DNA.

Douglas (2000) aborda esta teoria, como sendo de entrecruzamento molecular, mencionando que nos indivíduos idosos ocorrem modificações físico-químicas entre macromoléculas, e cita como exemplo, a proteína de DNA ou a de colágenos. Esclarece que, ao ocorrer o entrecruzamento entre as moléculas, há o surgimento de uma biomolécula, muito maior ao compará-la com a original. Sendo esta de tamanho maior, complexidade molecular mais avançada e com limitação na digestibilidade da enzima, ocasiona uma alta estabilidade molecular, tornando o tecido rígido, com conseqüente redução da integridade celular, alterações funcionais, quanto à permeabilidade e ao fluxo de substâncias.

Segundo o mesmo autor, as ligações entrecruzadas manifestam-se no envelhecimento pelo aparecimento de rugas na pele, pela rigidez na parede arterial e ainda falta de elasticidade no cristalino, que se manifesta através da visão apagada quando os objetos se localizam próximo ao olho.

Para o referido autor, o entrecruzamento de moléculas, característico do envelhecimento, pode ter como conseqüência a produção acumulada de radicais livres.

Nesse sentido, Carvalho Filho e Alencar (2002) mencionam que Denham Harmon, em 1956, propôs a teoria envolvendo os radicais livres, para explicar o processo de envelhecimento, considerando que qualquer espécie química, com número ímpar de elétrons na sua camada externa, pode ser definida como radical livre.

A principal fonte de radical livre é o oxigênio, sendo que, para esses mesmos autores, eles podem provocar alterações orgânicas devido a reações com enzimas, lipídeos, colágeno e hormônios, tendo como consequência, a essas reações, alterações celulares, teciduais e também genéticas.

Uma vez que o oxigênio está diretamente relacionado à produção de radicais livres, a quantidade variável de oxigênio poderia controlar a taxa de radicais livres e a intensidade da lesão celular. É mencionado ainda pelos referidos autores, que ao elevar a pressão parcial de oxigênio, as células morreriam mais precocemente, em consequência dos radicais livres.

Lustri e Morelli (2004) relatam que a teoria envolvendo os radicais livres na gênese do processo de envelhecimento teve como base os estudos realizados com animais, apresentando vida mais curta aqueles em que o oxigênio administrado foi em maior quantidade, uma vez que este representa a maior fonte de radical livre do nosso organismo.

Esses mesmos autores lembram que, os radicais livres agem durante toda a vida, atuando na deterioração de componentes nucleares e citoplasmáticos, ocasionando perda progressiva da função celular.

Na opinião desses autores e na de Carvalho Filho e Alencar (2002) fatores extrínsecos, como: temperatura, altitude, alimentação, poluição, radiação ultravioleta e tensão emocional, necessitam ser mais profundamente estudados para melhor compreensão de suas ações no processo de envelhecimento.

Pela análise da literatura compilada dos textos publicados nos livros selecionados, pode-se observar a demonstração de que muitas são as alterações que compõem

o conjunto de características biológicas e fisiológicas do envelhecimento. Algumas alterações são inevitáveis a qualquer organismo de um ser humano em processo de envelhecimento, destacando dentre os mais importantes:

- *alterações de postura*: de acordo com Lustri e Morelli (2004) com o avanço do processo de envelhecimento, o indivíduo depara-se com uma perda de estatura, estimada em um centímetro por década, iniciando esse processo geralmente por volta dos quarenta anos. Essa alteração é decorrente da diminuição da estatura, principalmente o desabamento do arco plantar, o aumento das curvaturas da coluna e diminuição hídrica dos anéis intervertebrais (Figura 1).

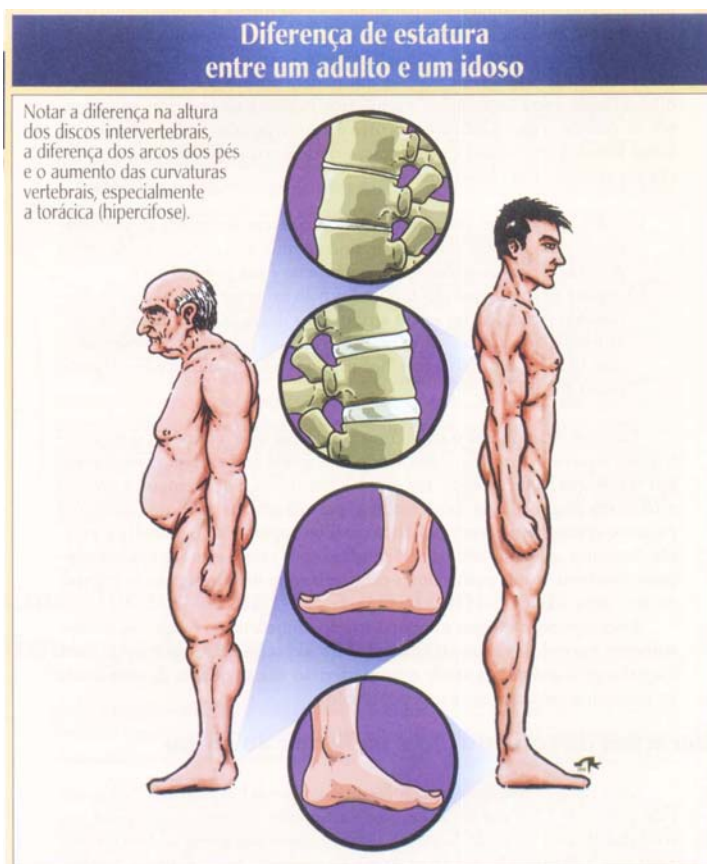


Figura 1 – Diferença na estatura do adulto e do idoso
Fonte: LUSTRI; MORELLI. 2004, p. 60.

- *pêlos*: nota-se também uma diminuição geral de pêlos no corpo, que também perdem sua pigmentação e estrutura, com alterações que tendem a torná-los fracos e escassos, com exceção das narinas, da orelha e das sobrancelhas (CARVALHO FILHO; ALENCAR, 2002);
- *pele*: esta, devido à diminuição hídrica celular, enfraquece, tornando-se mais fina, flácida e enrugada. Com a diminuição da atividade das glândulas sebáceas ela torna-se mais áspera e seca, sendo as alterações mais visíveis no rosto, mãos e pescoço (LUSTRI; MORELLI, 2004);
- *sistema esquelético*: segundo os referidos autores, esse sistema sofre alterações em sua composição, tornando os ossos menos resistentes, e mais susceptíveis a fraturas e processos degenerativos. Conseqüência essa, causada pelo envelhecimento, no qual, há perda de massa óssea que é característica de desequilíbrio no processo de modelagem e remodelagem do osso. Pode ocorrer uma diminuição da atividade dos osteoblastos e aumento da atividade dos osteoclastos ou até mesmo a combinação de ambos;
- *sistema nervoso central*: há na velhice, uma diminuição da velocidade de condução axonal, bem como de diversos neurotransmissores, podendo determinar alterações graves do funcionamento neural (DOUGLAS, 2000).
Lustri e Morelli (2004) descrevem uma perda de 10% do volume e peso cerebral, em indivíduos com noventa anos, em relação ao peso e volume cerebral apresentado aos 30 anos de idade (Figura 2);

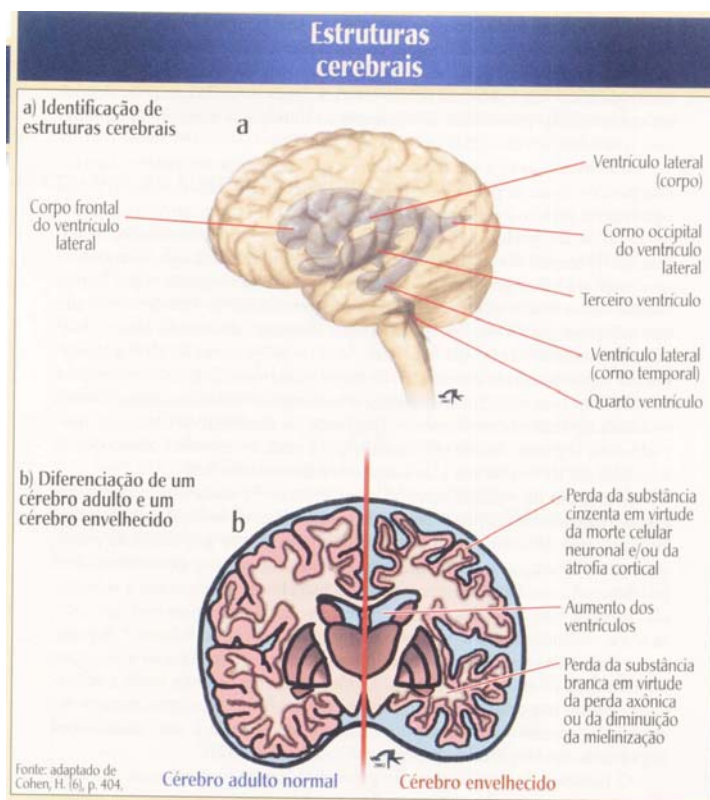


Figura 2 – Diferenciação entre um cérebro adulto e um cérebro envelhecido

Fonte: LUSTRI; MORELLI, 2004, p. 73.

- *sistema muscular*: em meio às alterações desse sistema no processo de envelhecimento, pode-se mencionar as ocorridas com as fibras musculares, muitas apresentando um processo degenerativo, sendo substituídas por tecido conjuntivo. Como consequência importante há o aumento do colágeno intersticial no músculo do idoso, levando à diminuição da eficiência na contração muscular (JACOB FILHO; SOUZA, 2002);
- *sistema articular*: com o envelhecimento, as articulações sinoviais sofrem alterações nas cartilagens articulares. Há uma diminuição em sua composição, ou seja, nos condrócitos, água, proteoglicanas. Ao mesmo tempo há um aumento no número e na espessura das fibras colágenas. Conseqüentemente, a cartilagem torna-se mais fina e com fendas e rachaduras na superfície (LUSTRI; MORELLI, 2004);

- *tecido adiposo*: esse tecido também sofre alterações quanto a sua distribuição. Ele “aumenta e se distribui em partes distintas do corpo; nas mulheres com mais frequência nas nádegas e no homem, no tronco” (RODRIGUES; MARQUES; FABRÍCIO, 2000, p. 18).

Thompson (2000) relata que o envelhecimento fisiológico ocorre através de uma perda gradual das funções orgânicas. Já para Jacob Filho e Souza (2002) fisiologicamente, logo após o término da fase de desenvolvimento e estabilização, inicia-se o processo de envelhecimento, considerado por eles, relativamente precoce, uma vez que permanecem por um longo período pouco perceptível, até tornarem evidentes.

Segundo esses mesmos autores, por volta da segunda década de vida, há uma relativa estabilidade fisiológica, até ao fim da terceira década, onde surgem as principais alterações atribuídas ao envelhecimento que, em geral, são progressivas, porém de início, discretas.

Como mencionado anteriormente, para Rodrigues, Marques e Fabrício (2000) as teorias sobre o envelhecimento podem ser classificadas conforme a natureza do fenômeno, em biológicas, psicológicas e sociológicas.

Para uma abordagem psicológica as teorias enfatizam as mudanças no comportamento e papéis sociais, ao longo da vida, partindo da opinião de que as vivências pessoais são diferentes, uma vez que, durante seu desenvolvimento, cada indivíduo passa por experiências particulares.

Neri (2002, p. 45) relata que, “o envelhecimento é uma experiência heterogênea, isto é, que pode ocorrer de modo diferente para indivíduos que vivem em contextos históricos e sociais distintos”. Comenta ainda que, existe uma relação direta para isso, relacionada às circunstâncias histórico-culturais, de personalidade, de fatores intelectuais e da incidência de patologias durante o envelhecimento normal.

Sendo assim, esse mesmo autor conclui que, as teorias conhecidas sobre o

envelhecimento surgiram em diferentes momentos e estão relacionadas aos paradigmas, onde esses em geral, referem que, “o envelhecimento, tal como o desenvolvimento, é determinado pela interação constante e acumulativa de eventos da natureza genético-biológica, psicossocial e sociocultural” (p. 45).

Siqueira (2002) menciona que Bengston, Burgess e Parrot, em 1997, propuseram a classificação das teorias sociológicas através de um critério de gerações e também em níveis, de acordo com sua unidade de análise. Sendo assim, chama a atenção para as elaboradas entre 1949 e 1969 que são referentes à primeira geração, na qual, a unidade de análise é primordialmente o indivíduo, sendo enfatizados os papéis sociais e normas ajustáveis ao inevitável declínio causado pelo envelhecimento, ou seja, são distantes da realidade do contexto e dos fatores sociais, pelo fato de propor modelos de aplicação universal.

Segundo os autores citados por Siqueira, na segunda geração temos as teorias elaboradas entre 1970 e 1985, cuja análise ocorre a nível macrossocial, ou seja, é dada ênfase às transformações do processo de envelhecimento, relacionando-o com as condições sociais, onde o idoso é inserido em situação de categoria social.

Nessa teoria, o envelhecimento encontra-se diretamente relacionado à organização da sociedade, dentro de uma hierarquia social, passando a ressaltar mais as estruturas sociais do que os aspectos individuais do envelhecimento.

Sendo assim, a terceira geração reúne os níveis micro e macrossocial de análise, e citam Dannefer (1999) que relata que a mais importante contribuição das teorias da terceira geração é a proposta de que, o envelhecimento é um processo ecológico, ou seja, é influenciado, na vivência de cada um pelas condições circundantes.

Ainda nas teorias sociológicas, Rodrigues, Marques e Fabrício (2000, p. 19) destacam a importância dos aspectos relacionados às condutas, valores e crenças, baseado em um contexto social, no qual, o indivíduo é influenciado pela família ou grupo cultural a que

pertence. “O processo de sociabilização inicia-se na infância e avança à medida que o ser humano vai se desenvolvendo, postulando diferentes condutas e papéis sociais”.

Siqueira (2002) chama a atenção, para a importância acerca do estudo de teorias, referindo que essa, por sua vez, tem a função de poder orientar os pesquisadores, e os que atendem os idosos, a encontrar explicações para seus problemas e incentivá-los a explorar novas questões. Conclui que, as teorias sobre a velhice tiveram um grande progresso nos últimos quarenta anos, tendo como referencial o contexto norte-americano. Ressalta que há que se considerar ainda que, no início desse processo, a busca era de formular teorias amplas, que abrangessem os diversos aspectos da velhice e do progresso de envelhecimento. Porém, com o aumento do conhecimento da área de gerontologia social e as intensas mudanças sócio-demográficas, surgiu a necessidade de elaboração de micro-teorias, focadas para aspectos específicos, de modo a permitir uma compreensão maior e mais profunda da velhice e do envelhecimento, abrangendo seus aspectos individuais e estruturais.

Esse mesmo autor atenta para a importância de ser utilizado o conhecimento já sistematizado pelas teorias sociológicas do envelhecimento, para dinamizar um processo de elaboração teórica adequado à explicação de como e porque se envelhece na realidade brasileira.

2.1.1 Transição demográfica e epidemiológica do idoso

A Epidemiologia tem sofrido evoluções e ampliado o seu campo de atuação. É definida pela Associação Internacional de Epidemiologia (IEA), no Guia de Métodos de Ensino, em 1973, como: “o estudo dos fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas” (ROUQUAYROL, 1999, p. 15).

Segundo esse mesmo autor, para os norte-americanos e europeus o conceito de Epidemiologia é baseado nas relações existentes entre os fatores do ambiente, do agente e do hospedeiro. Já na América Latina, a Epidemiologia é vista como um instrumento de transformação social, onde se enfatiza a estrutura sócio-econômica na busca de explicações para o processo saúde-doença.

O objetivo geral da epidemiologia é o de “concorrer para o controle dos problemas de saúde da população, através do melhor conhecimento da situação, de seus fatores determinantes e das melhores oportunidades de prevenção, de cura e de reabilitação” (PEREIRA, 2000, p. 5).

Nesse sentido, por meio de dados epidemiológicos, Freitas et al. (2002) fizeram observação acerca do crescimento da população idosa em nosso país, mencionando que o declínio da fecundidade e a diminuição da taxa de mortalidade estão diretamente relacionados a esse quadro.

Garcia, Rodrigues e Borega (2002, p. 223) reforçam a questão ao relatarem que: “o declínio da mortalidade ocorreu a partir da década de sessenta e a queda da fecundidade a partir de oitenta”. Observaram ainda que, o fator principal da queda da fecundidade ocorreu devido ao uso de métodos contraceptivos, sendo maior no Brasil, ao compará-lo a outros países.

Para os referidos autores, a transição demográfica iniciada nos países desenvolvidos no século XIX, resulta do processo de bem-estar social, ocasionado pela ampliação das políticas sociais de saúde, educação, habitação, saneamento e emprego. No Brasil, esta transição é tida como consequência de um predomínio da ação médico-sanitária e não por transformações estruturais, dificultando a qualidade de vida.

Mendes (2001, p. 25) enfatiza esse comentário ao relatar que a transição demográfica nos países desenvolvidos transcorreu de forma mais lenta, acompanhando a melhoria das condições de saneamento, moradia, educação, emprego, nutrição e saúde. Nos

países menos desenvolvidos o processo começou mais tarde, mas com maior rapidez, referindo que “o acesso aos avanços tecnológicos, tais como assepsia, vacinas, antibióticos e variados recursos de terapia e diagnose, foram os maiores motivos da aceleração do processo de transição epidemiológica nesses países”.

Através de dados estatísticos, Cançado (1994) relata que o Ministério da Saúde no Brasil, por intermédio de sua Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde-Divisão de Epidemiologia, realizou pesquisas anuais durante o período de 1978 até 1989, dos atestados de óbitos, intituladas *Estatísticas de Mortalidade no Brasil*, cuja fidedignidade dos dados está entre 70 e 75%. A importância desse estudo está nas conclusões obtidas, indicando que se por um lado, as doenças típicas do subdesenvolvimento, como malária, tuberculose, tripanossomíase, amebíase, etc., estão sendo vencidas, por outro, a presença constante de sinais, sintomas de afecções mal definidas, mostram a deficiência do sistema de saúde, uma vez que, nesse item são incluídos os óbitos sem causa definida.

No período de realização da pesquisa, o autor relata que, a principal causa de mortalidade no Brasil e também nos países desenvolvidos foram as doenças cardiovasculares, pressupondo que no futuro daria lugar às neoplasias e/ou causas externas.

Pereira (2000) também menciona que no início a morbi-mortalidade tinha como causa maior as doenças infecciosas e parasitárias, cedendo lugar mais tarde às condições crônico-degenerativas, que passam a acometer principalmente os idosos.

Para Ramos (2002) esse processo de mudança do perfil de morbi-mortalidade que acompanha o processo demográfico, denomina-se transição epidemiológica. E ainda, menciona que, embora a grande maioria dos idosos seja portadora de pelo menos uma doença crônica controlada, eles podem ser considerados saudáveis se comparados com um idoso com a mesma doença, porém sem controle dela.

Vilela e Mendes (2000) comentam que há necessidade da adoção de um conceito de saúde que possa ser administrado de forma que possa perceber a associação entre

fatores de risco e o binômio saúde-doença.

2.2 CONCEITO DE SAÚDE E DOENÇA

Ogata e Pedrino (2004) fazem uma observação acerca da palavra saúde, mencionando que esta se origina do latim *salute*, que significa salvação, conservação da vida.

Na opinião desses autores, um marco histórico no Brasil na busca da construção de um novo conceito de saúde, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Em relatório, consideram que a saúde não é um conceito abstrato, e que se encontra na sociedade, dentro de um contexto histórico, no qual, deve estar presente nas lutas cotidianas de cada indivíduo.

A Organização Mundial da Saúde no preâmbulo da sua Constituição em 1946, a define como: “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência da doença ou enfermidades” (Douglas, 2000, p. 89). A definição exige teoricamente que todas as funções estejam dentro da faixa estimada de normalidade; além disso, estipula a presença de uma sensação de bem-estar, concluindo que, um indivíduo não pode ser considerado sadio se suas funções orgânicas estiverem normais, porém, não se sentir bem.

“A saúde, portanto, seria uma experiência de bem-estar, resultante de um equilíbrio dinâmico, que está inter-relacionado aos aspectos físicos e psíquicos do organismo, assim como suas necessárias interações com o meio ambiente natural e social” (DOUGLAS, 2000, p. 92).

Minayo (2000, p. 15) afirma que: “A saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais”.

Rodrigues, Marques e Fabrício (2000) comentam que não foi somente o conceito de saúde que evoluiu muito nos últimos anos, mas também o de envelhecimento, constituindo-se em tarefa difícil para os estudiosos, uma vez que, podem retardar ou acelerar o processo de senilidade da população.

Para Vilela e Mendes (2000, p. 44) o conceito de saúde é relativo e entendido como: “um fenômeno multidimensional, envolvendo aspectos físicos, psicológicos e sociais, interdependentes de saúde individual, social e ecológica”. Capra (1998, p. 305), complementa a questão saúde como: “um estado de equilíbrio entre influências ambientais, modos de vida e os vários componentes da natureza humana”.

Na opinião de Douglas (2000, p. 92) esta não é exatamente o oposto da doença, pois para ele, ambos os processos podem estar juntos, explicando que somente há um predomínio com tendência à persistência de um sobre o outro; isto é, “num determinado momento, o indivíduo é mais saudável que doente, mas logo após, pode ser mais doente que sadio, mais depois retornar ao estado de saúde predominante”. A doença seria, portanto, uma conseqüência da desarmonia e desequilíbrio.

Pereira (2000, p. 31) refere que a saúde pode ser definida como ausência de doença. E a doença inversamente conceituada como falta ou perturbação da saúde. Menciona que, embora sejam concepções simplistas, elas são muito usadas no cotidiano, porém, constata em estudo que as definições mais elaboradas acerca do conceito de saúde são as da OMS, citadas anteriormente. Para esse autor, em vez de considerar saúde e doença como do tipo presença/ausência, seria mais adequado concebê-la como um "processo, no qual, o ser humano passa por múltiplas situações, que exigem do seu meio interno um trabalho de compensações e adaptações excessivas".

Minayo (2000, p. 194) comenta que a doença:

é sinônimo de infelicidade individual e coletiva: representa o rompimento do homem com seus limites estabelecidos pelas normas e regras da sociedade. Em

contrapartida, a Saúde significa bem-estar e felicidade: ela própria, explicitamente ou no silêncio do corpo, é a linguagem preferida da harmonia e do equilíbrio entre o indivíduo, a sociedade e seu ecossistema.

Carvalho, Rocha e Leite (2002, p. 1052) atentam para a necessidade prover uma adequada atenção à necessidade de saúde dos idosos, assim como, também, uma adequada relação entre idosos, profissionais e instituições de saúde.

2.2.1 Promoção da Saúde

O termo *Promoção da Saúde* e a sua relação com outros termos semelhantes, como educação em saúde e bem-estar, prevenção e saúde pública, vem sendo, amplamente discutido, desde a década de 80 (HENLEY; TWIBLE; KREMER, 2002).

Esses autores relatam que em 1986, a OMS organizou em Ottawa, no Canadá, uma Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no qual, o resultado foi uma carta intitulada como Carta de Ottawa, que definiu os requisitos básicos para a saúde, como sendo: paz, habitação, alimentação, renda, educação, recursos seguros, estabilidade do sistema ecológico, justiça social e igualdade social.

Ainda segundo eles, a Carta de Ottawa, para promoção de saúde, possui três componentes principais: “criação de uma política de saúde pública, criação de um ambiente favorável, fortalecimento das atividades comunitárias; desenvolvimento das capacidades individuais e reorientação dos serviços de assistência à saúde”.

Veras e Caldas (2004, p. 426) referem que a Carta de Ottawa representa um marco deste movimento, no qual, o termo promoção da saúde é definido como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo

uma maior participação no controle deste processo”.

É mencionado por Vilela e Mendes (2000) que a OMS, a partir de 1994, direcionou o propósito da promoção da saúde para estabelecer melhora e proteção à saúde pública, partindo tanto de ações individuais, como coletivas.

Além da Carta de Otawa, outro documento intitulado como Relatório Lalonde, elaborado no Canadá, em 1974, define critérios para promoção da saúde, onde estabelece o modelo do "campo da saúde", composto por quatro pólos:

[...] a biologia humana, que inclui a maturidade e envelhecimento, sistemas internos complexos e herança genética; o sistema de organização dos serviços, contemplando os componentes de recuperação curativo e preventivo; o ambiente, que envolve o social, o psicológico e o físico; e finalmente, o estilo de vida (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 305).

Esses mesmos autores citam alguns dos vários programas e projetos envolvendo o movimento da promoção da saúde, dentre eles, o da saúde ambiental, definida como prioridade social e presente na Agenda 21, inserida no contexto da Conferência Mundial pelo Meio Ambiente, conhecida como ECO 92, promovida pela Organização das Nações Unidas, no Rio de Janeiro.

Em estudo realizado por Rocha (2001) no Brasil, na década de 90, houve uma busca para a compreensão da constituição e implementação do movimento da promoção da saúde, partindo da opinião de documentos profissionais relacionados à área. Concluiu que um papel fundamental nesse processo foi o da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), sendo que, no Brasil, sua difusão ocorreu após a segunda metade da década de 90, evidenciando que, esse movimento foi constituído principalmente por documentos, como as cartas e declarações das conferências internacionais.

Vilela e Mendes (2000, p. 73) abordam a ação da promoção da saúde, citando a Conferência em Adelaide (Austrália) em 1988, sobre a formulação de políticas públicas sadias, envolvendo quatro áreas, como um compromisso de todos os níveis de governo: 1-

apoiar a saúde das mulheres; 2- permitir que as pessoas tenham acesso à alimentação e à nutrição saudável; 3- reduzir o cultivo de fumo e reduzir a produção, comercialização e consumo de álcool; 4- criar ambientes de apoio, ou seja, a preservação de recursos naturais.

Para Rodrigues e Rauth (2002, p. 108) existe unanimidade entre os idosos no que se refere à preocupação com os serviços de saúde, em detrimento à forma como o atendimento pelo SUS está estruturado, falta de medicamentos, longas filas nos ambulatórios, falta de leitos nos hospitais. Os autores atentam para o fato, de que: “os recursos nessa área são mal aplicados, e pouca atenção se dá aos idosos como grupo de necessidades específicas”.

Os referidos autores relatam que as políticas de manutenção da saúde e qualidade de vida, deveriam estar voltadas para aquelas pessoas que se mantêm saudáveis e ativas até a idade avançada. Sendo assim, o importante seria à prevenção de doenças, para que na velhice a pessoa possa saber fazer distinção do que é patológico e do que é próprio do processo de envelhecimento.

A promoção da saúde, em favor do envelhecimento bem-sucedido, requer a ampliação e a renovação dos modelos de atenção, cuidado, prevenção, reabilitação e as diretrizes das ações coletivas, incluindo as alternativas que permitam a participação popular desde suas formulações, visando à defesa dos direitos sociais e da cidadania em favor do ‘viver melhor’, traduzindo como qualidade de vida (SAYEG; MESQUITA, 2002, p. 1084).

2.2.2 Políticas públicas de saúde para o envelhecimento

Na Constituição Federal de 1988, registrado no artigo 196, pela primeira vez foi assegurado o direito à saúde: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos; e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e

recuperação” (SAYEG; MESQUITA, 2002, p. 1083).

Os referidos autores mencionam que, uma política de saúde deve ter como objetivo principal os interesses e aspirações da sociedade, ou seja, há que levar em conta os problemas de grupos populacionais, gênero, áreas territoriais e ambientais. Em resumo, a política visa à integração da população, uma vez que relatam que a escassez de recursos públicos na população menos favorecida acarreta maiores problemas sociais e de saúde.

Na Segunda Assembléia Mundial sobre o envelhecimento, realizado em Madri, em abril de 2002, foi aprovado um documento intitulado como PIAE – Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, representando um compromisso internacional, criado devido ao rápido envelhecimento da população mundial. Esse plano recomenda três áreas prioritárias: “1- como inserir o envelhecimento populacional na agenda do desenvolvimento; 2- a importância singular e global da saúde; e 3- como desenvolver políticas de meio-ambiente tanto físico, quanto social” (VERAS; CALDAS, 2004, p. 427).

Para Sayeg e Mesquita (2002, p. 1087) os idosos, na realidade brasileira, ganham maior representatividade, pelo crescimento numérico e também pelo envelhecimento saudável, pois estes devem assumir seu papel de sujeitos sociais, ativos, participativos e construtivos, contribuindo dessa maneira com a sociedade, visando bem-estar global. Complementam ainda que, “nunca houve no mundo tantos idosos, demandando políticas (realçando a prevenção) capazes de promover a manutenção da capacidade funcional e, assim, a vida integrada e participativa na comunidade porfiando-se em reduzir as desigualdades sociais”.

Veras e Caldas (2004) são da opinião de que, as políticas públicas têm o dever de garantir os direitos fundamentais de alimentação, renda, habitação, e ainda desenvolver ações voltadas às necessidades específicas da população idosa, como assistência especializada à saúde, serviços de apoio domiciliar ao idoso, centros de convivência, programas de medicamentos, universidades da terceira idade, etc.

Rodrigues e Rauth (2002, p. 109) atentam para o fato de que muitos municípios investem seus recursos apenas nas crianças e nos adolescentes, esquecendo-se quase que totalmente dos idosos, realçando a necessidade das políticas sociais e de saúde serem implementadas a curto prazo, sendo capazes de dar respostas às demandas dos próprios idosos, das suas famílias e das comunidades. Sendo assim, enfatizam a necessidade de “avançar no sentido de derrubar mitos e preconceitos, e ainda reconhecer as pessoas idosas como sujeitos das ações nas áreas de educação, cultura, lazer, justiça, esporte, turismo e de saúde, assistência social e previdência social”.

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA: uma visão holística sobre o assunto

Foi no Reino Unido, em 1920, que segundo Mendes (2002, p. 9) através do Relatório Dawson (Lord Dawson of Penn, 1920), surgiu uma moderna concepção de atenção primária à saúde, tendo como interesse a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis, sendo: “os centros de atenção a saúde, os centros secundários de atenção a saúde e os hospitais de ensino”.

Porém, Starfield (2002, p. 19) relata que foi em 1996, que a comunidade Européia adotou um conjunto de princípios criado pela OMS, para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde. Conhecida como a Carta de Lubliana, ela propõe que os sistemas de atenção à saúde deveriam ser de acordo com os apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Atenção primária proposta pela Carta de Lubliana

- ▶ dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
 - ▶ direcionados para a proteção e promoção da saúde;
 - ▶ centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
 - ▶ focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
 - ▶ baseados em financiamento sustentável para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo;
 - ▶ direcionados para a atenção primária.
-

Fonte: STARFIELD, 2002, p. 19.

O autor ainda ressalta que é lamentável o fato de que nem todas as nações concordam com esses princípios, apesar de terem sido criados para serem aplicados em todos os países. Este fato é confirmado pela sua condução nas nações industrializadas, onde parece estranho a ênfase sobre as “proximidades com as pessoas”, uma vez que baseia-se em tecnologia, na especialização, na supremacia do hospital e no currículo das escolas de medicina, que estão sob o controle de especialistas que trabalham em hospitais.

Entretanto Gilpin (1991 apud STARFIELD, 2002) cita a integração dos serviços médicos convencionais, associada aos serviços sociais e ambientais, ocorrida em Cuba, denominada como os novos “médicos de família”, residindo onde trabalhavam, atuando como membros da comunidade na qual serviam, interagindo quando houvesse necessidade de mudanças de circunstâncias ambientais ou sociais que necessitavam de melhoria.

Ribeiro (2002) relata que a atenção primária, também é conhecida como Medicina Comunitária, Cuidados Primários em Saúde e Atenção Básica, referindo que esta surgiu partindo da necessidade de expandir o acesso de grande parte da população, excluída até então dos serviços de saúde, na primeira metade do século XX, consequência esta causada

pelo modelo assistencial baseado na medicina científica, que era hegemônico.

Mendes (2002) faz um importante comentário a respeito do conceito de atenção básica à saúde, referindo que, na literatura internacional utiliza-se mais o termo atenção primária à saúde. E ainda complementa, afirmando que há muitas definições referentes a esse nível de atenção.

Starfield (2002) em 1994 organizou um rigoroso trabalho de comparação internacional entre sistemas de serviços de saúde em onze países desenvolvidos, onde foi demonstrado que os sistemas orientados pela atenção primária à saúde estão associados com menores custos, maior satisfação da população, melhores níveis de saúde e menor uso de medicamentos. Sendo assim, foi constatado que, não apenas os sistemas de serviços de saúde organizados pela atenção primária à saúde são superiores àqueles que não dão grande importância aos serviços básicos, como demonstra que os modelos de saúde da família são superiores aos modelos do tipo convencional.

Há várias formas para a organização dos sistemas de serviços de saúde, segundo Mendes (2002, p. 15). Porém, atualmente, eles agregam-se em duas opções alternativas: os sistemas fragmentados ou os sistemas integrados. Sendo assim, os fragmentados seriam aqueles ainda fortemente ligados ao modelo hegemônico, onde formam um conjunto de atenção à saúde, isolados e incomunicáveis entre si, incapazes de prestar atenção contínua às pessoas e de se responsabilizar por uma determinada população.

Já os sistemas integrados de serviços de saúde; “são aqueles organizados através de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, organizada pela atenção primária que presta uma assistência contínua a uma população definida”, responsabilizando-se pelos resultados econômicos e sanitários relativos a essa população (MENDES, 2002, p. 15).

É relatado por Vilela e Mendes (2000) que em 1978, realizou-se em Alma-Ata (URSS) a *Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde*, na qual, participaram delegações de 134 Estados, membros da OMS e representantes de 67 organizações e

organismos especializados das Nações Unidas e organizações não governamentais. Sendo assim, afirmou-se a declaração, nos debates em Alma-Ata de que, saúde é um direito humano fundamental e uma meta social mundial.

Em Alma-Ata, foi ainda confirmado pela Assembléia Mundial de Saúde, em maio de 1979, em reunião subsequente, o que seria dado como definição à atenção primária à saúde:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É, parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e de atenção continuada à saúde (OMS, 1978 apud STARFIELD, 2002, p. 30).

Para Ribeiro (2002) a atenção primária surgiu oferecendo suporte para a organização de um sistema de serviços de saúde, referindo que no Brasil, até a década de 1970, o fato de destinar o maior aporte de recursos à rede hospitalar, cujos serviços eram prestados predominantemente pela rede privada credenciada, teve como conseqüência a concentração dos atendimentos nesse nível de atenção, com uma demanda que poderia ser atendida em serviços de menor complexidade.

Starfield (2002, p. 43) relata de maneira clara que, “a atenção primária pode ser distinguida de outros tipos de atenção pelas características clínicas dos pacientes e seus problemas”, uma vez que estas características clínicas incluem os pacientes que já pertencem a uma unidade de saúde; e, possivelmente, ser com isto mais fácil a prevenção de doenças através de maior familiaridade dos profissionais com os pacientes.

Esse mesmo autor destaca que a definição mais recente sobre atenção primária é dada por um relatório do Instituto de Medicina, onde é tida como a oferta de serviços de atenção à saúde integrados e acessíveis por meios clínicos que sejam responsáveis por atender

a uma grande maioria de necessidades pessoais de atenção à saúde, interagindo junto a família e a comunidade. Essa definição difere da dada pela Associação de Medicina Canadense (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 1994 apud STARFIELD, 2002) que descreve a atenção primária como avaliação de um paciente, ao primeiro contato e oferta de atenção continuada para uma ampla variedade de questões de saúde, além de incluir, a abordagem de problemas de saúde, prevenção e promoção de saúde; e apoio continuado com intervenções familiar e comunitária, quando necessário.

Vilela e Mendes (2000) chamam a atenção para o fato de que da Conferência de Alma-Ata, originaram-se dois documentos: A Declaração de Alma-Ata e o Relatório Conjunto dos diretores da OMS e do UNICEF. Este último documento relata que principalmente nos países em desenvolvimento, para que atingissem um nível aceitável de saúde até o ano de 2000, descrito nesse documento como Cuidados Primários de Saúde, haveria necessidade de um consenso internacional quanto à adoção de uma política e de uma estratégia mundial de cuidados de saúde, mediante o qual, os países ricos deveriam empenhar-se na distribuição mais eqüitativa dos recursos internacionais de saúde.

Baseado nesse contexto, Starfield (2002) é da opinião de que, para que a atenção primária otimize a saúde, há necessidade de o enfoque maior ser o meio social e físico, no qual, as pessoas vivem e trabalham, e não focar no primeiro momento a enfermidade.

É ressaltado por Vilela e Mendes (2000) o erro de que o sistema de saúde, freqüentemente se limita aos cuidados médicos, uma vez que há problemas que vão além da assistência médica, onde muitos ocorrem devido à industrialização e também pela alteração do ambiente.

Para Paim (1998, p. 493), não basta o “olhar clínico” que a medicina insinuou entre as práticas de saúde coletiva. “É necessário ampliá-lo com um olhar epidemiológico e social sobre a problemática de saúde, que não ignore culturas e valores das sociedades e nem

as possibilidades políticas de mudança”. Partindo então, de um “novo olhar” sobre atenção primária à saúde de acordo com a realidade complexa da situação de saúde.

Dentre os vários conceitos e definições acerca da atenção primária, Starfield (2002) relata de forma abrangente e clara referindo que, esta é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece atenção sobre a pessoa, abordando problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, organizando e racionalizando o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Já a atenção secundária, é caracterizada por essa autora, como a atenção por consulta de curta duração.

Ruipérez e Llorente (2002, p. 28) mencionam que atenção ou prevenção secundária “identifica sinais de deterioração precoce, onde a intervenção possa atrasar a evolução” e a prevenção ou atenção terciária objetiva retardar o desenvolvimento de uma incapacidade existente e melhorar a função residual.

Na opinião de Starfield (2002) infelizmente há uma falta de clareza para distinguir atenção secundária (consultiva) da terciária (encaminhamento), mencionando que em muitos países a atenção é organizada de tal forma para que geralmente haja “[...] um profissional de atenção primária para cada mil a três mil pacientes, dependendo da idade e do nível de doença na população e sua distribuição geográfica” (p. 386). E complementa afirmando que:

Os hospitais comunitários atuam como um recurso para consultas e para hospitalizações não-complicadas. Hospitais de atenção terciária estão geralmente, associados a instituições de ensino médico e servem como local para encaminhar os pacientes com problemas incomumente complicados ou raros.

Para Lourenço e Motta (1999, p. 98) “os profissionais envolvidos com cuidados preventivos de saúde costumam classificar estes cuidados em: primário, secundário e terciário”. Baseados nesse relato, descrevem de forma simples e sucinta a prevenção primária, como um esforço direcionado à prevenção de doença, envolvendo orientações

quanto à saúde; a prevenção secundária, com o descobrimento da doença, ainda em sua fase assintomática; e, finalmente, a prevenção terciária, com uma relação direta aos cuidados necessários à prevenção da evolução das doenças e ao aparecimento de suas complicações e incapacidades.

Para Henley, Twible e Kremer (2002, p. 174) o termo educação de saúde, pode estar diretamente relacionado aos três níveis de atenção à saúde: no nível primário, o objetivo consiste em prevenção de doenças, ou seja, mantém relação direta com indivíduos saudáveis; já no nível secundário, o enfoque seria, principalmente, a informação com o interesse em melhorar o estado de saúde ou de prevenir uma piora; e ainda a educação terciária de saúde, onde consiste em informar tanto as formas que lhes permitam melhorar o seu estado de saúde, como as que lhes permitam “aproveitar ao máximo o seu potencial para uma vida saudável”.

As formas usadas pelos autores para definir atenção primária, secundária e terciária, diferem de um termo para outro, como mencionado no parágrafo acima, onde os autores fazem uso do termo educação de saúde. Já o autor Moriguchi (2002) utiliza-se do termo geriatria preventiva para designar o correspondente à estrutura, no mesmo padrão seguido pela pediatria preventiva. Aliás, a geriatria preventiva primária, deveria ter seu início na infância, uma vez que seus objetivos principais são as ações voltadas a diminuir ou retardar o aparecimento de disfunções e morbidades crônico-degenerativas associadas à idade.

Já a geriatria preventiva secundária, segundo o referido autor, tem como objetivo principal o diagnóstico e tratamento precoce de disfunções e morbidades crônico-degenerativas. Aqueles indivíduos que já apresentam quadros de doenças pertencem à geriatria preventiva terciária, onde o objetivo é prevenir recidivas.

Sendo assim, conclui:

[...] cada uma destas três estratégias preventivas na geriatria é cumulativa, ou seja, iniciamos durante a geriatria preventiva secundária, quando os indivíduos atingem idade de risco; e utilizamos a geriatria terciária como estratégia de manutenção e qualidade de vida quando os mesmos tornam-se doentes (MORIGUCHI, 2002, p. 607).

Silva (2003, p. 382) ressalta a importância de todo tipo de atenção, seja: primária, secundária ou terciária, considerando em primeiro plano “os fatores que talvez sejam os mais importantes causadores ou exacerbadores do sofrimento na velhice: o abandono e a solidão”, mencionando que ao ignorar esses fatores o sucesso torna-se impossível.

A atenção primária à saúde vem sendo adotada na história recente de diversos países, como uma forma de organização e de ordem de recursos do sistema de saúde, para que possam ir de encontro às necessidades das populações, através da melhor forma possível. A concepção de atenção primária “como pilar da estruturação dos sistemas de saúde, tende a superar visões mais restritas que a compreendem como um meio para ofertar serviços à população marginalizada ou unicamente um nível de assistência” (MENDES, 2002, p. 7).

2.4 ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO IDOSO

Os idosos possuem características importantes de heterogeneidade, principalmente no modo de viver e adoecer. Partindo dessa visão, é cada vez maior a necessidade do sistema de saúde investir em equipes multiprofissionais, “integradas por pensar, sentir e agir interdisciplinarmente, com enfoque gerontológico e geriátrico, para as intervenções no processo de saúde e doença” (SAYEG; MESQUITA, 2002, p. 1086).

Mencionam ainda esses mesmos autores, que a equipe multiprofissional, voltada para a atenção ao idoso é integrada por profissionais plenos, sendo: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, odontólogos, entre outros; e técnicos, como auxiliares, cuidadores e/ou acompanhantes e outros.

Inicialmente, Hammond e Puxty (2002, p. 423) entendem a avaliação

multidisciplinar como “um processo dinâmico que consiste em avaliação completa e multidimensional das condições sociais, físicas, psicológicas e funcionais do idoso”.

Acrescentam os referidos autores, que ao se avaliar a pessoa idosa, existem dois fatores significativos, que são: as alterações fisiopatológicas que modificam o ambiente interno do organismo e a reação deste diante da doença; e os fatores sociais, porque muitas pessoas idosas levam vida relativamente isolada e não dispõem de ninguém na família imediata que possa cuidar delas.

Para Ribeiro (2002), não basta aos profissionais de saúde ter apenas competência técnica, mas acima de tudo devem ter um grande embasamento relativo aos problemas de saúde e ainda, a compreensão de que a assistência à saúde é muito mais do que assistência à doença. Com isto a principal tarefa da atenção primária no processo de diagnóstico é a elucidação do problema do paciente e a descoberta de informações que levem a um diagnóstico e à melhor forma de lidar com o problema.

Os médicos da atenção primária, quando comparados com especialistas, agem de forma mais abrangente, com maior variedade de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham, tendo como principal vantagem o contato mais próximo do ambiente do paciente do que os especialistas, acarretando melhores condições para avaliar o processo de saúde e doença (STARFIELD, 2002).

Na visão desse autor, um dos desafios da atenção primária é decidir quando encaminhar a um subespecialista. Para ele, os subespecialistas e os médicos de atenção primária, deveriam atender de forma compartilhada ou decidirem entre si quem deveria ter a responsabilidade de tratar determinados tipos de problema.

O autor, ainda chama a atenção para o exemplo dos enfermeiros que podem fazer visitas domiciliares para ajudar a avaliar o problema do paciente e resolver algum problema social que esteja interferindo no tratamento médico.

Baseado nesse contexto comenta que a prestação de serviços de atenção

primária assumida pelos médicos, não funcionaria bem sem a participação de profissionais não médicos, atuando em papéis suplementares ou complementares. Porém, ressalta que pouco se sabe a respeito do quanto os serviços de saúde ou resultados de atenção à saúde são melhorados pelo trabalho em equipe, apesar de no Reino Unido esse tipo de trabalho na atenção primária estar sendo muito difundido, onde a prática é muito desenvolvida.

Carvalho, Rocha e Leite (2002, p. 1052) mencionam que o fato do envelhecimento ser multifatorial, gera a necessidade de respostas às demandas dos idosos, através de uma equipe interdisciplinar, com articulação de saberes e práticas que permita um atendimento do indivíduo em sua totalidade.

Segundo os referidos autores, é de fundamental importância que profissionais de saúde e idosos se integrem por meio de uma relação de diálogo e comunicação, para que ocorra um atendimento mais adequado às diversidades de saúde dos idosos. Sendo assim, os profissionais da saúde disponíveis para atendimento dessa parcela da população, devem estar aptos também a compartilhar com os demais membros da equipe, informações e experiências, para que haja um fortalecimento de trabalho de grupo.

Puime (2005) faz referência a um estudo realizado na cidade de Legames, na Espanha, entre os anos de 1993 e 2000, quando ficou constatado que para envelhecer com saúde são necessárias a prevenção de incapacidades e dependências, e ainda a implantação da Atenção Primária. O referido autor menciona que para que haja a prevenção de incapacidades associadas ao envelhecimento há a necessidade de formular uma política voltada para esse interesse e a proposta dessa política pode ser observada no Quadro 3.

Quadro 3 – Política para a prevenção de incapacidades associadas ao envelhecimento

- ▶ Melhorar a formação de médicos de atuação primária em geriatria, para o controle de transtornos crônicos e reduzir o número de pessoas designadas a cada médico de atenção primária, aumentando o tempo de consulta do paciente e resolvendo a cuidados de grande duração mediante situação a planos integrados de atenção a incapacidades;
- ▶ fortalecer os serviços de recuperação da função física e mental, através: fisioterapia, cirurgia de cataratas, saúde bucodental, detecção e tratamento da sintomatologia depressiva detecção e tratamento das demências leves;
- ▶ promover a integração social e o exercício físico;
- ▶ programas integrais de prevenção de quedas, vigilância do estado nutricional e da utilização de medicamentos;
- ▶ fortalecer os programas de ajuda à domicílio, de adaptação da moradia [...];
- ▶ eliminar as barreiras econômicas e o acesso aos serviços sociais comunitários que prestam as pessoas dependentes a ajuda necessária para cobrir as necessidades.

Fonte: Elaborado com base em PUIME, 2005, p. 15-16.

2.4.1 A fisioterapia na atenção primária do idoso

Segundo Ribeiro (2002), a fisioterapia surgiu inicialmente como uma especialidade da medicina, apesar de posteriormente ter se transformado numa profissão autônoma, permaneceu seguindo a lógica da especialidade, no que se refere à organização do sistema de saúde, sendo direcionada para serviços de atenção secundária e terciária.

Para esse autor, essa profissão vem sofrendo influência desde o seu surgimento e inserção na rede pública, pois teve seu início e evolução, caracterizados pela atuação na reabilitação.

Rebelatto e Botomé (1999, p. 20) também fazem referência aos conceitos da fisioterapia como aqueles que ainda mantêm o significado de “atenuar sofrimento, recuperar

condições de saúde perdidas e reabilitar o indivíduo para a realização de certas atividades”. Justificam ainda, o fato da fisioterapia no Brasil estar diretamente ligada à cura e à reabilitação das vítimas de acidentes de trabalho, acidentes estes, causados pela inexperiência dos trabalhadores com o avanço rápido do processo explorador de industrialização, com a conseqüente diminuição do trabalho rural. Assim, teria ela como principal função, reintegrar esse indivíduo vindo do campo e, portanto, sem formação adequada para o trabalho na indústria, o mais rápido possível ao sistema produtivo, ou no mínimo, atenuar o seu sofrimento.

Ceccato et al. (1992) chama a atenção para o fato de que a Fisioterapia é uma ciência antiga, baseando-se no passado, onde desde os tempos do Império Romano utilizava-se de condutas fisioterapêuticas profiláticas como terapias relaxantes e descongestionantes. E ainda, no Renascimento, surgiram as palavras manutenção e prevenção, tendo por base a preocupação em preservar as condições normais de saúde do indivíduo. Com o surgimento da Revolução Industrial nos séculos XIX e XX, manteve-se ainda, de forma significativa, a preocupação como doença instalada.

Portanto, com base nesse contexto, a Fisioterapia, como parte da “área da saúde”, sofreu oscilações, tendo suas formas e recursos de atuação voltados para o atendimento ao indivíduo doente.

Para Rebelatto e Botomé (1999), o próprio nome da profissão, ao utilizar a palavra terapia, enfatiza as atividades curativas, visando à recuperação e à reabilitação, ou as atenuadoras, utilizadas quando um organismo encontra-se em más condições de saúde.

Segundo Ceccato et al. (1992), mais tarde, com a Lei nº 6312 de 1975 foram criados os Conselhos Federais e Regionais de Fisioterapia, através do seu artigo 13, que citam os locais onde o fisioterapeuta devidamente identificado poderá exercer suas funções, tais como, estabelecimentos hospitalares, clínicas, ambulatórios, creches, centros de reabilitação e asilos. Surge, então, além da forma curativa e reabilitadora, a de recuperação, baseando-se na

política de assistência à saúde, vigente no país.

Pereira et al. (2002, p. 846) ressalta que “a fisioterapia é uma das profissões da área de saúde imprescindíveis para a atenção ampla do idoso no sistema de saúde”. Complementa, destacando as metas principais dessa profissão envolvendo o idoso: preservação das funções motoras; tratamento das alterações e dos sistemas provenientes de doenças e problemas associados; e, reabilitação funcional do idoso dentro das suas potencialidades e especificidades.

Esses mesmos autores relatam ainda, que o atendimento fisioterapêutico consiste de recursos como a cinesioterapia, que são movimentos terapêuticos, que podem estar associados a agentes eletrofototermoterápicos, tais como as correntes elétricas analgésicas e excitatórias, o infravermelho, o laser, o ultra-som, as ondas curtas, a crioterapia e a hidroterapia. Conclui que o encaminhamento preventivo melhora a capacidade funcional e que medidas preventivas também podem ser realizadas.

Na opinião de Augustine (2000), existem definições mais modernas de Fisioterapia, que incluem a atuação na atenção primária, como, por exemplo, a da American Physical Therapy Association (APTA), que define fisioterapia baseada em meios de aplicação de princípios científicos para evitar, identificar, avaliar, corrigir ou aliviar a disfunção aguda ou prolongada dos movimentos, cujo principal propósito é a promoção da saúde e da função.

O Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta apresenta como dever desse profissional, também a promoção de saúde do homem, considerando ainda a sua participação em programas de assistência à comunidade, sendo um dos únicos documentos que vai além da concepção baseada na visão puramente curativa ou reabilitadora (CECCATO et al., 1992).

Ribeiro (2002) afirma que, apesar dessa limitação, pode-se constatar através de definições mais recentes, que, é acrescentado a esse profissional atuar também na promoção e na manutenção da saúde.

Porém, Sampaio (2002, p. 20) relata que o profissional fisioterapeuta vem

desenvolvendo suas ações, voltadas para a “atenção secundária e terciária, atuando em clínicas, consultórios privados ou hospitais, com um papel de pouco destaque na atenção primária à saúde”. Menciona ainda que, na grande maioria, os currículos dos cursos de fisioterapia existentes no país, valorizam poucos modelos assistenciais que tenham como base a atenção primária, enfocando mais o nível curativo.

Em pesquisa realizada por Kato et al. (1994), com a participação de um grupo de alunos do primeiro ano dos cursos da área de saúde, que começaram a frequentar o Posto de Saúde do Centro Social Urbano, na região central de Londrina, após diversas visitas ao Posto de Saúde e atividades na comunidade circunvizinhas, notou-se que os vários profissionais da área de saúde têm atuação mais ou menos definida, com exceção do fisioterapeuta, figura que não consta do quadro de profissionais da rede de atenção primária à saúde, pelo menos em nível municipal.

Essa pesquisa constatou que em Londrina não há informações desse tipo de trabalho realizado por fisioterapeutas e nem deste atuando junto à equipe de atenção primária à saúde.

Nesse sentido, Sampaio (2002) considera que a pouca experiência do fisioterapeuta na atenção primária descaracteriza o profissional e suas possibilidades.

Rebelatto e Morelli (2004) alertam para o fato de que a fisioterapia tem um fator agravante no seu foco de atuação, por ser uma das profissões mais recentes surgidas no campo da saúde no Brasil.

Ribeiro (2002) enfatiza que na organização da Fisioterapia na Atenção Primária é necessária a reorientação da prática fisioterapêutica com igual importância às ações curativas e preventivas, de modo a atender às necessidades da população.

Para Ceccato et al. (1992) dentre as formas de atuação do fisioterapeuta, encontra-se a de orientador dos agentes de saúde, que são membros da comunidade e estão mais diretamente em contato com estes, vivenciando os seus problemas básicos, orientando a

comunidade por meio da atenção primária, visando a conscientização e educação dos preceitos básicos de saúde, abrangendo todas as áreas em que a Fisioterapia possa atuar.

Na pesquisa realizada por Sampaio (2002) o Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (DFIT/UFMG) vem realizando atividades que possibilitam aos alunos ampliar sua atuação prática, além de conhecer a realidade de saúde do município. Nesse sentido, lhes é oferecida uma oportunidade de atuar na atenção primária à saúde, no Centro de Saúde São Gabriel (CSSG), dando prioridade à promoção de saúde e à qualidade de vida das pessoas freqüentadoras do Centro.

Nesta perspectiva, é importante analisar a forma como se trabalha na área da fisioterapia e como se compreende as necessidades de inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção primária do idoso, atuando em conjunto com os demais profissionais da área da saúde. Puime (2005), de forma abrangente, esclarece que a fisioterapia deve atuar junto ao idoso, na atenção primária, para que seja cada vez maior a busca pela qualidade de vida, através da prevenção.

3 DISCUSSÃO

O envelhecimento, processo irreversível a que todos estamos sujeitos, deve ser melhor compreendido, pois, nunca em toda a história da humanidade, populações apresentaram expectativas de vida tão altas, conseqüência esta, principalmente da implantação de políticas de saúde pública e de medicina preventiva, como vacinação contra diversas moléstias infecto-contagiosas, planejamento e controle sanitário.

O século XX marcou definitivamente a importância do estudo da velhice, uma vez que, o aumento do número de idosos em todo o mundo exerceu pressão passiva sobre o desenvolvimento de estudos nas áreas de geriatria e gerontologia.

Nos dizeres de Rodrigues, Marques e Fabrício (2000) o envelhecimento é um processo que vai gradativamente ocorrendo de acordo com o ciclo da vida, resultando assim, na dificuldade do indivíduo de se adaptar às modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas.

Nessa linha de pensamento, Douglas (2000) salienta a dificuldade em determinar as características de cada período do envelhecimento, considerando as diferenças de um indivíduo para outro, e acrescenta que o envelhecimento se caracteriza por mudanças constantes no decorrer da vida.

Rodrigues, Marques e Fabrício (2000) complementam a idéia desse autor, acrescentando que os eventos biológicos freqüentes contribuem para que ocorram mudanças corporais, e ainda mencionam a importância em entender o envelhecimento por meio das teorias classificando-as em: biológicas, psicológicas e sociológicas.

Já Vandervoort (2002) segue o pensamento de que o envelhecimento tem

início com a deterioração celular, dentro de uma seqüência da vida normal até a morte, e explica que isso ocorre devido ao colapso gradativo das funções celulares.

Groisman (2002) concorda com esse autor e acrescenta que, o estágio de degeneração do organismo inicia-se após o período reprodutivo.

Na opinião de Lustri e Morelli (2004) o envelhecimento é justificado como desacerto no material genético durante o desenvolvimento celular, e comentam ainda que o tempo de vida dos indivíduos, na teoria do relógio biológico, é marcado pelo padrão genético de cada ser humano.

Esses autores discutem ainda o sistema imunológico, enfatizando o envelhecimento como doença auto-imune e também a teoria das ligações cruzadas, que destaca o processo do envelhecimento como sendo decorrente do aumento da síntese de colágeno.

Seguindo nessa mesma linha de raciocínio Douglas (2000), também se refere a esse sistema como sendo de entrecruzamento molecular em indivíduos idosos quando ocorrem modificações físico-químicas entre macro-moléculas, e continua afirmando que as ligações entrecruzadas se manifestam no envelhecimento pelo aparecimento de rugas na pele, pela rigidez na parede arterial e falta de elasticidade no cristalino; salienta ainda, que pode ter como conseqüência à produção acumulada de radicais livres.

Thompson (2000) menciona o estudo sobre o envelhecimento fisiológico, relatando que este ocorre através de uma perda gradual das funções orgânicas. Tanto para ele, como para Jacob Filho e Souza (2002), por volta da segunda década de vida, ocorre uma relativa estabilidade fisiológica, até ao fim da terceira década.

Para Neri (2002) eventos da natureza genético-biológica, psicossocial e sociocultural influenciam tanto no envelhecimento, como no desenvolvimento de cada indivíduo.

Já para autores como Siqueira (2002) as teorias sociológicas trouxeram um

grande progresso para o estudo do envelhecimento, salientando a importância da elaboração de micro-teorias para contribuir no conhecimento da área de gerontologia social, melhorando também o entendimento das mudanças envolvendo o idoso, principalmente as sócio-demográficas, abrangendo e aprofundando cada vez mais na busca do conhecimento acerca do envelhecimento e da velhice.

A falta de segurança para adotar quaisquer das teorias existentes sobre o envelhecimento, pode ser entendida pela incapacidade de mensurar esse fenômeno, que está vinculado à dificuldade de definir a idade biológica. Sendo assim, esses mesmos motivos justificam a inexistência de uma definição de envelhecimento que atenda aos múltiplos aspectos que o compõem.

Uma população envelhece quando a proporção de velhos aumenta, e a proporção de jovens diminui. Para isso, é preciso que haja uma diminuição da fecundidade geral.

Através da análise do material compilado, pudemos perceber que até há pouco tempo, achava-se que o destino da humanidade era o superpovoamento da Terra por um número sempre crescente de crianças com expectativa de vida média em ascensão. No entanto, a realidade mostrou que à queda na mortalidade segue-se uma queda na fecundidade, que termina por levar ao envelhecimento populacional.

Sendo assim, há vários estudos que tentam explicar o aumento da população idosa através da transição demográfica e epidemiológica. Para Mendes (2001), a transição demográfica nos países desenvolvidos aconteceu de forma gradativa, no ritmo das melhorias do saneamento, moradia, educação, emprego, nutrição e saúde. Nos países subdesenvolvidos o processo começou mais tarde, mas com maior rapidez, ao ritmo avanço tecnológico, sendo que no Brasil, houve um predomínio da ação médico-sanitária.

Pereira (2000), também menciona que no início a morbi-mortalidade tinha como causa maior as doenças infecciosas e parasitárias, cedendo mais tarde lugar às doenças

crônico-degenerativas, que passam a acometer principalmente os idosos. Ramos (2002) explica de forma clara que o ciclo de vida, transcorrendo em processo natural, nascer, crescer e envelhecer determinará a redução da mortalidade.

Shoueri Junior, Ramos e Papaléo Neto (2000) mencionam que as transições demográficas e epidemiológicas fazem parte de uma lógica envolvendo o idoso, uma vez que, o envelhecimento populacional é contínuo, envolvendo a princípio, nascimentos e o desenvolvimento do ser humano, e que naturalmente, ao notar-se uma queda da mortalidade, percebeu-se seqüencialmente uma diminuição da natalidade.

De acordo com Vilela e Mendes (2000) todo esse processo envolvendo o idoso e o aumento da perspectiva de vida está também diretamente relacionado a fatores ligados à saúde e à doença.

Na medida em que as pessoas envelhecem, os comportamentos e as atividades que promovem a saúde requerem maior atenção. Os idosos fazem parte do grupo mais diversificado em relação aos demais grupos etários, fato que se deve às diferenças em relação às experiências ao longo da vida e à influência do ambiente. Essa população apresenta, além disso, grandes diferenças no que dizem respeito à saúde. Porém, há um conhecimento insuficiente das condições e problemas de saúde da população idosa em geral e, em especial, da brasileira.

As discussões que emergem sobre os conceitos de saúde-doença geram certa polêmica entre os autores.

Ogata e Pedrino (2004) constataram que a origem latina da palavra saúde, significa salvação, conservação da vida e acrescentam que a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, realizada no Brasil, considerou que a saúde está inserida no contexto histórico social de cada indivíduo.

Douglas (2000) concorda com a Organização Mundial da Saúde, ao concluir que saúde seria a vivência do bem-estar decorrente da harmonia entre os aspectos físicos e

psíquicos do organismo e o ambiente natural e social. Vilela e Mendes (2000) têm essa mesma opinião e Capra (1998) acrescenta que o contexto social, natural e psicológico, no qual o indivíduo está inserido, influencia na elaboração desse conceito.

Minayo (2000) e também Rodrigues, Marques e Fabrício (2000) compartilham da idéia sobre a complexidade em definir o conceito saúde. O primeiro refere-se à dificuldade apresentada, por esse conceito estar envolvido em todos os contextos sociais; o segundo por relacionar o conceito saúde e envelhecimento ao processo de vitalidade da população.

Douglas (2000) explica que o indivíduo apresenta constantes oscilações em relação ao estado de saúde e de doença, e conclui que, por isso, esses estados podem estar inseridos em um mesmo contexto, ou seja, em um determinado momento pode ter um predomínio de um sobre o outro.

Por outro lado, Pereira (2000) faz duas colocações a respeito do conceito de saúde e doença. A primeira é que, de início, uma é considerada o inverso da outra, observando que são conceitos simples, porém, ainda utilizados nos dias atuais. Em uma segunda opinião, menciona que, seria mais adequado aceitá-las como um processo onde as pessoas se deparam com várias situações, exigindo um trabalho constante de inúmeras adaptações para uma vida com qualidade.

Henley, Twible e Kremer (2002) ressaltam a importância na ênfase em torno da saúde e não da doença, relatando que em 1986, a OMS realizou uma Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em Otawa, no Canadá, no qual, foram definidos alguns requisitos básicos para a saúde, como: paz, habitação, educação, renda, igualdade social, dentre outros.

Paim e Almeida Filho (1998) citaram um outro documento intitulado como Relatório Lalonde, elaborado no Canadá, em 1974, onde também são definidos critérios para a Promoção de Saúde.

A partir daí vários são os programas, projetos e conferências envolvendo a

promoção da saúde. Porém, para que o idoso tenha maior respaldo na área da saúde, é necessária a difusão das políticas de saúde para o envelhecimento. Sayeg e Mesquita (2002) ressaltam que uma política de saúde deve ter como principal objetivo os interesses e necessidades da sociedade.

Veras e Caldas (2004) salientam que as políticas públicas de saúde devem garantir os direitos fundamentais de: alimentação, renda, habitação e ainda atender as necessidades específicas da população idosa, envolvendo assistência especializada à saúde, serviços de atendimento domiciliar, centros de convivência, bem como universidades da terceira idade, programas de medicamentos, entre outros.

Rodrigues e Rauth (2002) fazem uma importante observação acerca do fato de que muitos municípios investem seus recursos apenas nas crianças e adolescentes, deixando de lado a população idosa, acrescentando a importância da inclusão do idoso nas áreas de educação, cultura, justiça, esporte, lazer, turismo e de saúde.

Mendes (2002) menciona que foi através do Relatório Dawson, em 1920, que surgiu uma moderna concepção de atenção primária à saúde enfocando o interesse na organização do sistema de serviços de saúde em três níveis: centros de atenção à saúde, centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino.

Pelo relato de Starfield (2002) foi em 1996, que a comunidade Européia adotou um conjunto de princípios criados pela OMS que estruturam a atenção primária, através de um documento intitulado *Carta de Lubliana*. Nesse sentido, Ribeiro (2002) esclarece que a atenção primária surgiu da necessidade de expansão do acesso de grande parte da população, excluída até então dos serviços de saúde, na primeira metade do séc. XX.

O autor destaca que num estudo realizado por ele em 1994, envolvendo uma comparação internacional entre onze países desenvolvidos, ficou constatado que os serviços de saúde organizados pela atenção primária são superiores àqueles que não dão grande importância aos serviços básicos, demonstrando que os modelos de saúde da família são

superiores aos modelos do tipo convencional.

O autor cita ainda algumas definições acerca de atenção primária à saúde, enfatizando a adotada pela OMS, em 1978, e confirmada em Alma-Ata, em 1979: “atenção primária à saúde é a atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis [...]”.

Porém, outra definição mais recente, de acordo com o referido autor é encontrada num relatório do Instituto de Medicina que a define como: a oferta de serviços à atenção à saúde, integrados e acessíveis por meio clínicos que sejam responsáveis por atender a uma grande maioria de necessidades pessoais de atenção à saúde, interagindo junto à família e à comunidade.

Na definição dada pela Associação de Medicina Canadense (1994 apud STARFIELD, 2002), a atenção primária seria uma avaliação de um paciente, ao primeiro contato e oferta de atenção continuada para uma ampla variedade de questões de saúde.

Assim, há várias definições acerca de atenção primária à saúde. Na opinião de Mendes (2002, p. 10) esse fato vem desde Alma-Ata quando a OMS propôs sua agenda para a operacionalização das metas surgidas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, onde os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento estava longe de atingi-las.

Com base na abordagem de Mendes (2002), referente à dificuldade que há em definir de forma exata a atenção primária à saúde, surgem relatos de outros autores, que mencionam o termo atenção como sinônimo de prevenção. É o caso de Ruipérez e Llorente (2002), que definem a prevenção secundária como sendo a que identifica que o organismo já se encontra doente, surgindo a necessidade de fazer com que a patologia não evolua. Quando a patologia se encontra instalada com certo grau de comprometimento, existe a necessidade de melhorar sua capacidade residual. Neste caso, tem-se a prevenção terciária.

Lourenço e Mota (1999) são da mesma opinião, quando substituem o termo

atenção por prevenção, também primária, secundária e terciária. No caso, a prevenção primária é referida apenas como um direcionamento à prevenção de doenças, tendo como base, a orientação à saúde. Já a secundária, como o descobrimento da doença em sua fase assintomática, e a terciária, como os cuidados necessários para que a doença não evolua, levando a maiores complicações e incapacidades.

Henley, Twible e Kremer (2002) concordam com Lourenço e Mota (1999) quando afirmam que a atenção à saúde é classificada nesses mesmos níveis, porém, com a diferença de que no nível secundário o enfoque está centrado na informação para melhorar ou estabilizar o estado de saúde, enquanto no terciário existe o mesmo cuidado do secundário, acrescido de orientações para que se tenha o máximo de qualidade de vida.

Dentre as várias terminologias para se classificar a atenção, seja ela primária, secundária ou terciária, encontra-se a de Moriguchi (2002), que se utiliza do termo geriatria preventiva, enfocando a primária, como aquela que deveria ter seu início na infância; a geriatria secundária, como a que envolve o diagnóstico e tratamento precoce de disfunções e morbidades crônico-degenerativas; e a terciária como a que previne recidivas.

Porém, é no estudo de Mendes (2002) que se pode entender de forma clara a dificuldade de se definir atenção primária e sua classificação. O autor entende-a como uma forma de organização dos recursos do sistema de saúde. Indo de encontro às necessidades das populações elimina-se as visões restritas que a identificam como um meio para ofertar serviços à população marginalizada ou unicamente um nível de assistência.

É de suma importância salientar que, para que a Atenção Primária à Saúde funcione com êxito, há a necessidade de uma equipe multiprofissional trabalhando a seu favor, onde Sayeg e Mesquita (2002) enfocam a necessidade desses profissionais pensarem, sentirem e agirem de uma forma interdisciplinar, voltados aos idosos e aos processos de saúde e doença que os acompanham.

Para Hammond e Puxty (2002) há uma grande importância em se avaliar a

pessoa idosa de acordo com essa fase da vida, ou mesmo em qualquer outra fase, devendo-se respeitar e ter entendimento de que ao atingir a velhice as características são próprias e únicas.

Sendo assim, Ribeiro (2002) faz um importante comentário, ao mencionar que os profissionais de saúde devem enfatizar mais a atenção à saúde do que a assistência à doença.

Para isso, Starfield (2002) refere que ao se comparar os médicos de atenção primária com especialistas, nota-se uma grande diferença. Os de atenção primária agem de forma mais abrangente, englobando mais problemas tanto com os pacientes individuais como com o restante da população. Além disso, ao possuírem um maior contato com o ambiente do paciente, contam com maiores chances de sucesso no tratamento.

O autor chama a atenção, para o fato de que além da importância dos médicos, há também a necessidade de outros profissionais atuarem na atenção primária.

Sendo assim, Carvalho, Rocha e Leite (2002) complementam esse pensamento, ao concordarem que pelo fato do envelhecimento ser multifatorial, gera a necessidade da equipe interdisciplinar, ou seja, um trabalho em conjunto onde se faz possível a troca de informações e experiências objetivando o fortalecimento do trabalho do grupo.

Os aspectos sobre a atuação da fisioterapia na atenção primária ao idoso, comprovam a necessidade de entender como surgiu e desenvolveu essa profissão.

Para Ribeiro (2002) a profissão surge como uma especialidade da medicina e com isto foi ganhando espaço, porém, continuou direcionada aos serviços de atenção secundária e terciária.

Rebellato e Botomé, no ano de 1999, já haviam expressado essa mesma opinião ao relatarem que os conceitos da fisioterapia ainda eram voltados para a reabilitação, tendo como objetivo principal amenizar o sofrimento humano, e ainda, reintegrar o mais breve possível, o indivíduo ao trabalho.

Ainda de acordo com os referidos autores, ao se incluir a palavra terapia, ao

nome dessa profissão, entende-se que há um grande interesse em recuperar, reabilitar e ou atenuar as más condições de saúde.

Já Augustine (2000) menciona que uma definição mais recente incluiu a Fisioterapia na Atenção Primária, citando a dada pela American Physical Therapy Association que a conceitua com base nos meios de aplicação de princípios científicos para evitar, identificar, avaliar, corrigir ou aliviar a disfunção aguda ou prolongada dos movimentos, com o objetivo de promover a saúde e a função.

Ceccato et al. (1992) complementam com base no Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta, que esse profissional também tem o dever de promover a saúde da população, incluindo sua atuação em programas de assistência à comunidade. No ano de 2002, Ribeiro reafirma essa concepção, mencionado que a atuação desse profissional em promover e contribuir com a qualidade de vida das pessoas, pode ser encontrada em definições recentes acerca dessa profissão.

Porém, na prática, Sampaio (2002) e Kato et al. (1994) através de pesquisas, puderam constatar que o profissional fisioterapeuta desenvolve suas ações voltadas para a atenção secundária e terciária. Já, Kato et al. (1994) afirmam que esse profissional não se encontra na rede de atenção primária à saúde, pelo menos em nível local (município). Sampaio (2002) completa que a pouca experiência do fisioterapeuta na atenção primária, dificulta a sua participação nesse nível de atenção à saúde.

Rebelatto e Morelli (2004) justificam a ocorrência dessa falta de experiência, principalmente pelo fato da profissão ser considerada relativamente recente no campo da saúde no Brasil.

Sendo assim, Ribeiro (2002) sugere que a Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde tem a necessidade de uma organização, para que haja a reorientação de sua atuação tanto em nível curativo e reabilitador, como em nível preventivo.

Ceccato et al. (1992) sugeriram que esse profissional poderia dentre as formas

de atuação na atenção primária, atuar como orientador de agentes de saúde, melhorando a visão e consciência dos membros pertencentes à comunidade, através da educação e conhecimentos básicos de saúde.

Para Sampaio (2002), a forma de contribuir para que esse profissional atue cada vez mais nesse nível de atenção, é permitir que alunos dos cursos de graduação em Fisioterapia tenham a oportunidade de atuar na atenção primária à saúde com ênfase na promoção de saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas.

Pereira et al. (2002) ressaltam a importância e a necessidade de atuação da área da fisioterapia junto ao idoso no sistema de saúde, seja através de trabalhos preventivos ou através de reabilitação, respeitando as potencialidades e especificidades dessa parcela da população.

É neste contexto que se pode evidenciar a carência de definições claras quanto ao papel da fisioterapia na atenção primária. Por outro lado, tornaram-se claras algumas possibilidades de atuação desse profissional motivada pelo desejo, comprovado através de estudos e experiências.

Além disso, neste estudo por meio da literatura corrente, não foi possível identificar a real participação de profissionais dessa área no nível de atenção primária ao idoso, uma vez que os estudos pesquisados mencionam apenas a necessidade e a importância desse profissional no processo de inclusão desse nível nos serviços prestados a essa parcela da população, que essa se encontra em ascensão numérica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendendo que o envelhecimento traz grandes transformações ao ser humano e que a busca de esclarecimentos sobre este processo encontra-se presente na literatura específica, pode-se perceber que são vários os conceitos de envelhecimento, alguns de forma mais abrangente, outros de forma mais minuciosa.

Entretanto, foi possível mostrar que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, que engloba modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente.

Os avanços da medicina e das políticas de saúde vêm contribuindo para o aumento da expectativa de vida, apesar da convivência com o aumento de doenças crônico-degenerativas e com a presença constante das doenças infecciosas e nutricionais.

Ficaram claras as inúmeras dificuldades na forma de entender e de cuidar do envelhecer e do adoecer, sendo necessário levar em conta o indivíduo em sua totalidade, seja no cuidado do corpo, da mente, da higiene, da alimentação, da moradia, enfim, do ambiente em que vive. O cuidado supera o conceito dado pela OMS, de que a saúde é um estado de bem-estar total. Pois, esse bem-estar total torna-se irreal ao nos depararmos com o fato de que não há uma existência sem dor e sem problemas.

Durante o desenvolvimento do estudo ficou comprovado que nas últimas décadas muitos esforços foram envidados no intuito de reorganizar a assistência na saúde pública para os serviços de atenção primária à saúde. Porém, entre os autores há uma variação

em conceituar e priorizar esse nível de atenção à saúde para o trabalho do fisioterapeuta. Sendo assim, pode-se dizer que essa atenção apresenta um grande grau de complexidade. O campo de atuação do profissional fisioterapeuta na atenção primária defronta-se com a descrição de formas antigas de atuação, o que se comprova pela descrição do trabalho do fisioterapeuta que está voltado quase que totalmente para a reabilitação.

Constata-se ainda, que *a atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde do idoso* pressupõe uma adequação de sua prática à saúde indo de encontro às necessidades dessa população. Atualmente, a abordagem de temas relativos ao idoso é de fundamental importância para a definição e desenvolvimento das políticas sociais e dentre elas principalmente a de saúde no país, sendo que devemos entender o envelhecimento como um processo benigno, não patológico, mas que pode ser ameaçado por agravos físicos, sociais e emocionais.

REFERÊNCIAS

- AUGUSTINE, E. Papel interdisciplinar do fisioterapeuta. In: O' YOUNG, B. et al. **Segredos em medicina física e de reabilitação**. Porto Alegre: Artmed, 2000. cap. 3, p. 188-190.
- BENGSTON, V. L.; BURGESS, E. O.; PARROT, T. M. Theory. Explanation, and third generation of theoretical development in social gerontology. **Journal of Gerontology**, v. 52b, n. 2, p. s72-s87, 1997.
- BIREME. Centro Latino-Americano e do Caribe em Informação em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 4 de out. 2004.
- CANÇADO, F. A. X. **Noções práticas de geriatria**. Belo Horizonte: Health, 1994.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. 19. ed. São Paulo: Cultrix, 1998.
- CARVALHO FILHO, E. T. de; ALENCAR, Y. M. G. de. Teorias do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002. cap. 1, p. 1-8.
- CARVALHO, H. B. C.; ROCHA, S. M.; LEITE, M. L. C. B. A interação à prática de saúde. In: FREITAS, E. V. de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. cap. 127, p. 1051-1055.
- CECCATO, M. W. et al. O papel do fisioterapeuta na atenção primária à saúde em comunidades de baixa renda. **Fisioterapia em Movimento**, v. 4, n. 2, p. 83-99, out. 91/mar. 92.
- CENDÓN, B. V. Serviços de indexação e resumo. In: CAMPELLO, B. S.; CENDÓN, B. V.; KREMER, J. M. (Org.). **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais**. Belo Horizonte: UFMG, 2001. cap. 16, p. 217-248.
- DANNEFER, D.; UHLENBERG, P. Paths of the life course: a typology. In: BENGSTON, V. L.; SCHAIE, K. W. (Org.). **Handbook of theories of aging**. Nova York: Springer, 1999. p. 306-343.
- DOUGLAS, C. R. **Patofisiologia geral: mecanismo da doença**. São Paulo: Robe, 2000.
- FREITAS, E. V. de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.
- FREITAS, M. C. de et al. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 221-228, 2002.

GARCIA, M. A. A.; RODRIGUES, M. G.; BOREGA, R. dos S. O envelhecimento e a saúde. **Revista Ciências Médicas**, Campinas, v. 11, n. 3, p. 221-231, set./dez. 2002.

GILPIN, M. Update – Cuba: on the road to a family medicine nation. **Journal Public Health Policy**, v. 12, n.1, p. 83-203, 1991.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. **História, Ciências e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 61-77, jan./abr.2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 5 abr. 2004.

HAMMOND, D.; PUXTY, J. A. H. Avaliação multidisciplinar. In: PICKLES, B. et al. **Fisio-terapia na terceira idade**. São Paulo: Santos, 2002. cap. 29, p. 423-445.

HENLEY, E. C.; TWIBLE, R. L.; KREMER, L. Programas de promoção da saúde. In: PICKLES, B. et al. **Fisio-terapia na terceira idade**. São Paulo: Santos, 2002. cap. 13, p. 171-186.

HILL, G. D. M. Diferenças culturais em relação ao envelhecimento. In: PICKLES, B. et al. **Fisio-terapia na terceira idade**. São Paulo: Santos, 2002. cap. 4, p. 43-53.

JABOB FILHO, W.; SOUZA, R. R. de. Anatomia e Fisiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002. cap. 3, p. 31-39.

KATO, D. S. Avaliação da importância da fisioterapia na rede primária de atenção à saúde. **Semina**, v. 15, p. 60-63, jun.1994.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001.

LOURENÇO, R. A.; MOTTA, L. B. da. Prevenção de doenças e promoção da saúde na terceira idade. In: VERAS, R. P. **Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999. p.95-106.

LUSTRI, W. R.; MORELLI, J. G. da S. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência social do idoso**. São Paulo: Manole, 2004. cap. 2, p. 37-82.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, W. **Home Care: uma modalidade de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, 2001.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MOLES, Abraham. **Criação científica**. Tradução de Gita K. Greensburg. São Paulo: Perspectiva, 1981.

MORIGUCHI, Y. Aspectos práticos e objetivos da medicina preventiva em geriatria. In: FREITAS, E. V. de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. cap. 71, p. 603-608.

NERI, A. L. Teorias psicológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. cap. 4, p. 32-46.

OGATA, M. N.; PEDRINO, H. C. Saúde, doença e enfermagem: suas representações sociais para estudantes de enfermagem. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 105-114, abr./jun.2004.

OMS/UNICEF. **Cuidados primários de saúde**: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primário de Saúde. Alma-Ata, URSS, 1978.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização a atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. São Paulo: Medsi, 1999. cap. 21. p. 489-503.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. cap. 1, p. 2-12.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2000.

PEREIRA, L. S. M. et al. Fisioterapia. In: FREITAS, E. V. de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. cap. 102, p. 846-855.

PICKLES, B. et al. **Fisio-terapia na terceira idade**. São Paulo: Santos, 2002.

PUIME, A. O. **Envejecimiento y políticas de salud**. Ribeirão Preto, Palestra proferida no Curso de Especialización em Salud de la familia, USP Ribeirão Preto, Faculdade de Enfermagem, 2005.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. cap. 7, p. 72-78.

REBELATTO, J. R. **Fisioterapia no Brasil**. São Paulo: Manole, 1987.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia geriátrica**: a prática da assistência social do idoso. São Paulo: Manole, 2004.

RIBEIRO, K. S. Q. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde: reflexões a partir de uma experiência universitária. **Fisioterapia Brasil**, v. 3, n. 5, p. 311-318, set./out. 2002.

ROCHA, D. G. **O movimento da promoção da saúde na década de 1990**: um estudo do seu desenvolvimento e difusão na saúde pública brasileira. 2001. 252 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E.V. de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. cap. 12, p. 106-110.

RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C. Envelhecimento, saúde e doença. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, v. 4, n. 1, p. 15-20, 2000.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. São Paulo: Medsi, 1999. 570 p.

RUIPÉREZ, I.; LLORENTE, P. **Guia prático de enfermagem: geriatria**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2002.

SAMPAIO, R. F. Promoção de saúde, prevenção de doenças e incapacidades: a experiência da fisioterapia/UFMG em uma unidade básica de saúde. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 19-23, abr./set. 2002.

SAYEG, M. A.; MESQUITA, R. A. V. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. cap. 133, p. 1083-1089.

SCHOUERI JUNIOR, R.; RAMOS, L. R.; PAPALÉO NETTO, M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: CARVALHO FILHO, E. T. de; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SCIELO. A Scientific Electronic Library Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 4 out. 2004.

SILVA, M. A. G. da. Envelhecimento e saúde. **Fisioterapia Brasil**, v. 9, n. 6, p. 381-382, nov./dez. 2003.

SIQUEIRA, M. E. C. de. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. cap. 5, p. 47-56.

SPECTOR, N. **Manual para a redação de teses, projetos de pesquisa e artigos científicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

THOMPSON, L. A. D. V. Alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento. In: GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2000. cap. 3, p. 27-52.

VANDERVOORT, A. A. Alterações biológicas e fisiológicas. In: PICKLES, B. et al. **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Santos, 2002. Cap. 6.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004. Disponível em: <<http://www.uerj.unati.br>>. Acesso em: 7 abr. 2004.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. **Entre Newton e Einstein**: desmedicalizando o conceito de saúde. Ribeirão Preto: Holos, 2000.