

## **O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A VULNERABILIDADE INDIVIDUAL, SOCIAL E PROGRAMÁTICA**

Adriana Aparecida Paz<sup>1</sup>

Beatriz Regina Lara dos Santos<sup>2</sup>

Olga Rosaria Eidt<sup>3</sup>

**RESUMO:** O envelhecimento da população associa-se a importantes transformações sociais e econômicas, bem como às mudanças no perfil demográfico e epidemiológico. Tais mudanças e transformações refletem em demandas nos serviços de saúde por essa população crescente. O objetivo desse artigo é propor uma reflexão acerca da vulnerabilidade no processo de envelhecimento, que envolvem planos: individual, social e

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora no Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Regional e Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen (URI/FW). Professora no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nossa Senhora de Fátima (FÁTIMA). Colaboradora no Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Promoção e Vigilância da Saúde da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (NIPEPROVIS/FAENFI/PUCRS). E-mail: [adripaz@brturbo.com.br](mailto:adripaz@brturbo.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Educação. Professora na Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (FAENFI/PUCRS). Coordenadora do NIPEPROVIS/FAENFI/PUCRS. E-mail: [santoslara@uol.com.br](mailto:santoslara@uol.com.br)

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem Pediátrica. Professora Colaboradora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EE/UFRGS). Professora na FAENFI/PUCRS. Vice-Coordenadora do NIPEPROVIS/FAENFI/PUCRS. E-mail: [oreidt@yahoo.com.br](mailto:oreidt@yahoo.com.br)

programático, a partir de uma revisão bibliográfica. Estas reflexões fornecem subsídios para o planejamento, a gestão, a avaliação das políticas públicas e as ações de prevenção e controle de agravos à saúde da população idosa de forma integral e resolutiva, visto que, resultam numa resposta social.

**Palavras-chave:** vulnerabilidade, idoso, saúde do idoso.

**ABSTRACT:** The aging of the population is associated with important social and economic changes, as well as with changes in the epidemiological profile. Such changes and transformations reflect in demands of the health of services that growing population. The objective of that article is to propose a reflection the about of the vulnerabilities in the aging process, that they involve the planes: individual, social and programmatic, through a bibliographical research. These reflections supply subsidies for the planning, the administration and the evaluation of the public politics and prevention actions and worsen control to the health of the aging population in an integral way and resolute, seen that, result in a social response.

**Key words:** vulnerability, aging, aging health.

## **1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL**

O envelhecimento da população associa-se a importantes transformações sociais e econômicas, bem como a mudanças no perfil demográfico e epidemiológico que refletem em demandas nos serviços de saúde. Tais mudanças implicam no aumento dos custos diretos e indiretos para o sistema de saúde brasileiro (CHAIMOWICZ, 1997; BRASIL, 2002; VERMELHO e MONTEIRO, 2002). Portanto, o aumento da longevidade e dos aspectos a ela inerentes fazem do fenômeno do envelhecimento uma questão de estudo atual que deve ir muito além da visão cronológica, pois não se define esse processo pelo relógio.

A população brasileira em processo de envelhecimento merece reflexões mais aprofundadas do ponto de vista da saúde e da educação que contemplem aspectos circunscritos às vulnerabilidades que influenciam as condições restritivas ao viver com qualidade de vida. O objetivo desse artigo é propor uma reflexão teórica acerca da vulnerabilidade no processo de envelhecimento, que envolvem planos: individual, social e programático.

A terceira idade é considerada para aquela pessoa com idade de 60 ou mais anos, nos países em desenvolvimento, conforme o critério das Nações Unidas, na Assembléia Mundial do Envelhecimento, que ocorreu em 1982, em Viena (Áustria). Este critério é adotado pelo Brasil. Já os países desenvolvidos consideram a pessoa idosa com idade a partir de 65 anos (LITOVIC e DERNTL, 2002).

A enfermagem gerontológica, no Brasil, apesar de muitas iniciativas, ainda carece de profissionais que atuem nesta área especializada e de demanda crescente de idosos. Esta área focaliza a prestação de cuidados ao idoso por meio do processo de enfermagem, sendo considerados as necessidades e as características como únicas, que oportunizarão um cuidado integral e contextualizado para essa população (ROACH, 2003).

Recentemente, a aprovação do Estatuto do Idoso, em outubro de 2003, foi uma grande contribuição aos idosos brasileiros. Tal Estatuto enfatiza as políticas referentes *à proteção dos direitos básicos do idoso, como saúde, educação, trabalho, justiça; políticas de proteção de cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e a convivência familiar e comunitária* (BRASIL, 2003, p. 7). Portanto, no processo de envelhecimento devem ser consideradas as experiências e vivências dos sexagenários que são a história viva da nossa sociedade.

## **2 CONTEXTUALIZANDO A VULNERABILIDADE**

A vulnerabilidade é um conceito, que revela um instrumento de inteligibilidade de situações de saúde e seus determinantes, que envolvem

os planos individual, social e programático (AYRES, FRANÇA JUNIOR e CALAZANS, 1997). Tal concepção teórica considera um todo indivisível, sendo que ao ocorrer alguma mudança em um dos planos, sempre remeterá aos demais.

Assim, a vulnerabilidade busca a “universalidade não na reprodutibilidade ampliada de sua fenomenologia e inferências, mas no interesse e possibilidade ‘trans-regionais’ de sua pragmática” (AYRES et al., 2003, p. 127). Ressaltam ainda, o caráter não-probabilístico da vulnerabilidade que a torna interessante pelo fato de ser aplicável a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública, além da tradicional abordagem das estratégias de redução de risco empregada pela epidemiologia, pois a grande pretensão é a busca da síntese nos três planos. Esses mesmos autores ao identificarem os planos descrevem seus contextos adotados, também por nós neste presente artigo.

A **vulnerabilidade individual** (AYRES et al., 2003, p. 123) refere-se “ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos ..., ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras.” Portanto, é aquilo que uma dada pessoa singular pensa, faz e quer, que a coloca de alguma forma exposta à aquisição de um agravo de longa duração, seja pela idade, estrutura física ou genética, o tipo de informação que ela dispõe, como essa pessoa utiliza a informação, seus valores e projetos de vida, enfim, tudo o que ela pode fazer por si mesma como meio de proteger a sua vida.

A **vulnerabilidade social** (AYRES et al., 2003, p. 123) atribui-se ao modo da “obtenção de informações..., como acesso aos meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas. Assim, as condições culturais, econômicas e políticas precisam ser pensadas quando queremos compreender as razões pelas quais as pessoas pensam, fazem e querem coisas que as

expõem a um agravo de longa duração e todas as suas conseqüências, sendo a família parte desse contexto social.

E a **vulnerabilidade programática** (AYRES et al., 2003, p. 123) reportar-se aos recursos sociais que as pessoas necessitam para não se expor aos agravos de longa duração e “se proteger de seus danos que sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático.” A instituição é considerada a de saúde, educação, comunidade, cidade, entre outras. Tal vulnerabilidade refere-se ao grau de alerta e preocupação com o problema, quanto ao modo que se organiza para enfrentá-lo (planejamento, recursos, capacidade, gerência e avaliação), que impede ou limita a intervenção sobre as razões sociais que levam os indivíduos aos modos de pensar, fazer e querer que os expõem aos agravos.

Deste modo, quanto maior o grau de compromisso, qualidade, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais e locais de prevenção e de cuidado aos idosos, “maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo” as pessoas idosas diante dos agravos de longa duração e suas complicações (AYRES et al., 2003, p. 123).

Frente a tal concepção conceitual de vulnerabilidade será possível propor uma reconstrução ampliada e reflexiva das práticas em saúde relacionadas à prevenção e promoção da saúde da população, visto que os problemas-alvo são as suscetibilidades populacionais, que resultam numa resposta social.

## **2.1 Vulnerabilidade individual no processo do envelhecimento**

Alguns autores referem que o fenômeno envelhecimento é natural e processual, com distintos significados culturais, que pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais. Acreditam que tal fenômeno seja regulado por mecanismos celulares intrínsecos e modulado por numerosas influências do meio ambiente. Os pesquisadores das teorias biológicas do envelhecimento não chegaram a uma conclusão concisa

sobre esse processo devido à magnitude das alterações estruturais e funcionais, que nem sempre coincidem com a cronologia e a perda social. O fato de torna-se idoso difere de pessoa para pessoa, pois não se dá na mesma forma para todas.

No entanto, as alterações biológicas tornam o idoso menos capaz de manter a homeostase quando submetido a um estresse fisiológico. Tais alterações, principalmente, quando associadas à idade cronológica avançada, determinam maior suscetibilidade às doenças, maior vulnerabilidade e probabilidade de morte (ANDREOLI et al., 1998).

Diante desse contexto, nota-se a transição do perfil epidemiológico brasileiro, desde 1950, que apresentava entre as causas de óbitos as doenças infecto-contagiosas. Atualmente, observa-se a queda acentuada da mortalidade infantil, redução da mortalidade por doenças infecto-contagiosas e um aumento significativo de mortalidade por agravos de longa duração, próprias de faixas etárias mais avançadas. Entre as causas de óbitos mais frequentes no Brasil, em 1999, na faixa etária idosa, identificou-se que em 36,9% são as doenças do aparelho circulatório, seguido com 14,0% pelas neoplasias (tumores); 12,2% doenças do aparelho respiratório; e 5,8% doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais (BRASIL, 2002).

Contribui-se a esse evento a existência das síndromes geriátricas que expressam o declínio da capacidade funcional, maior nível de dependência de cuidados familiares, profissionais e institucionais constituindo em vulnerabilidade na terceira idade. Tais síndromes são: a imobilidade, as quedas, a demência, a incontinência e a iatrogenia. Esses aspectos podem resultar em isolamento social e comprometimento da qualidade de vida (LITVOC e DERNTL, 2002). Nesse conjunto de condições adversas pode emergir também situações de maus tratos físicos, psicológicos e de negligência aos cuidados cotidianos e no tratamento terapêutico por familiares e profissionais da saúde.

Portanto, o envelhecimento traz consigo a vulnerabilidade para os agravos de longa duração, sendo essa uma das causas a alta incidência de (re)hospitalizações. Tais doenças, quando associadas à hospitalização, favorecem o declínio funcional, e conseqüentemente



encaminham-se para o desenvolvimento de incapacidades. Cabe salientar que a hospitalização e o repouso no leito de forma intermitente podem determinar o agravamento da situação de saúde, tornando mais frágil a saúde do idoso.

Estas informações fornecem subsídios para o planejamento, gestão e avaliação das políticas públicas e ações de prevenção e controle de agravos à saúde da população idosa.

## **2.2 Vulnerabilidade social no processo do envelhecimento**

Reconhece-se que o aumento da longevidade é uma conquista social que marcou o século XX em quase todo o mundo, mas tal conquista gera impactos e novas demandas para o Sistema de Saúde e a família (KARSCH e LEAL, 1998; LEHR, 1999).

Acrescenta-se que *o envelhecimento populacional pode passar a representar mais um problema que uma conquista da sociedade, à medida que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde* (CHAIMOWICZ, 1997, p. 192). Assim, o aumento do número de idosos torna-se preocupante à medida que a sociedade não oferece a estas condições para a manutenção de sua independência, o que dificulta sua adaptação e convivência.

O idoso, em condição de alta hospitalar, com declínio funcional e grau de dependência elevado, necessita, no âmbito domiciliar um cuidador para auxiliá-lo nas suas necessidades básicas. Tal dependência remete a família a uma nova divisão de papéis e funções para o exercício do cuidado (KARCH e LEAL, 1998). O cuidador principal do idoso é aquele que tem total e maior responsabilidade pelos cuidados no domicílio, que geralmente é uma pessoa da família. Já os cuidadores secundários são os familiares, amigos e profissionais, os quais realizam atividades complementares no cuidado ao idoso (CALDAS, 2002). Corroborar-se a esse autor com dados de uma dissertação de mestrado que o cuidado no núcleo familiar era predominantemente oferecido por alguma pessoa da família, sendo que tal papel era desempenhado em 29,5% por filhos, genros e noras,

e 18% pelo conjugue (PAZZINATO, 2003).

No âmbito domiciliar, o cuidador do idoso assume várias tarefas, mas a mais difícil de todas é perceber-se no papel de cuidador ao vivenciar a situação de cuidado. Nesse momento, eis que surgem sentimentos de incapacidade, ansiedade, medo, preocupação, sobrecarga de trabalho e responsabilidade, tanto para o cuidador familiar como para o idoso (KARSCH e LEAL, 1998). No entanto, sentimentos prévios hostis são resultantes de vivências familiares e geracionais, que também se mostram fatores impeditivos à qualidade e possibilidade de realização do cuidado familiar adequado.

Contrapondo aos precedentes acima expostos, alguns autores apontam aspectos positivos do cuidador como o desenvolvimento de novas habilidades, a oportunidade de estreitar as relações e ter mais tempo com os membros da família. E na assistência e na manutenção do idoso com a família que traz conforto, bem como maior permanência em seu contexto domiciliar. E acrescentam que para a avaliação e intervenção profissional é essencial o conhecimento da real situação existente no domicílio (KARSCH e LEAL, 1998; LITVOC e DERNTL, 2002).

A vulnerabilidade social do idoso não é homogênea, pois há grande diversidade de circunstâncias sociais para diferentes grupos de idosos, podendo ser em uma mesma área adstrita a uma unidade básica de saúde ou unidade de saúde da família. Nota-se a prevalência do sexo feminino, sendo este devido à mortalidade masculina por causas externas a partir dos quinze anos de idade, e as ocorrências de doenças que os trazem à morte prematura (BRASIL, 2002).

Em relação ao nível de escolaridade das pessoas idosas constata-se um grande contingente de analfabetos funcionais, sendo assim, caracterizados por não completarem o Ensino Fundamental. Tal nível de escolaridade pode influenciar de forma negativa e consideravelmente no entendimento das orientações e do tratamento que têm por finalidade evitar riscos, sofrimentos e o inevitável a morte.



### **2.3 Vulnerabilidade à atenção programática no processo de envelhecimento**

Na organização do sistema de saúde destaca-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que preconiza a universalização do acesso; integridade da atenção; equidade; descentralização da gestão; hierarquização dos serviços e controle social. Assim, a implantação desse sistema pressupõe a reorganização das práticas sanitárias, e conseqüentemente, a transformação do modelo assistencial e da organização do serviço a fim de atender a esses idosos.

Atualmente, nas instituições hospitalares do Brasil, observa-se a carência de profissionais especializados na área gerontológica para orientar o idoso e o seu cuidador no momento da alta hospitalar. Em consonância, programas específicos de preparo e acompanhamento da alta hospitalar, praticamente, inexistem (KARSCH e LEAL, 1998). Frente a esse contexto, “a promoção da saúde para essa população compreende a disponibilidade de um ‘continuum’ de serviços que atenda às necessidades que eles experimentam à medida que avançam em anos e limitações” (LITVOC e DERNTL, 2002, p. 279).

O envolvimento do idoso, cuidador/família, comunidade e profissionais de saúde tornam-se imprescindíveis para a elaboração, efetivação e avaliação do plano de cuidados após a alta hospitalar (PAZ e SANTOS, 2003). Tal plano deve ser construído pela equipe multidisciplinar e com o idoso e sua família, sendo extremamente necessário à orientação ao idoso e à família (SANTOS et al., 1999; CREUZTBERG e SANTOS, 2000). Tal fato é corroborado por Pazinato (2003), em que constatou 73,3% de 80 idosos que receberam alta de uma unidade geriátrica necessitavam de um cuidador para o seguimento domiciliar. Acresce-se que o objetivo do cuidado de enfermagem domiciliar deve estar relacionado ao paciente, à família e cuidadores do paciente, às instituições de saúde e à formação de profissionais da área da saúde (PAZ, 2002).

A abordagem da vulnerabilidade pressupõe que a mudança não ocorre a partir de pessoa em relação ao outro e seu entorno, mas às

mudanças que são construídas em conjunto e às possibilidades das pessoas estarem diante de outras, de modo a tornar a saúde de todos, mais satisfatória.

### **3 REFLEXÕES FINAIS**

A vulnerabilidade do idoso não pode ser vista de forma única em cada plano, mas como a interação de três planos que darão o grau de vulnerabilidade. Ainda não há instrumentos que possam avaliar o grau de vulnerabilidade. As populações suscetíveis no contexto da vulnerabilidade tem por finalidade capacitar e mobilizar por meio de um processo educativo construtivista entre os pares (profissionais e usuários), assim como as relações intersetoriais resultando na transformação de contextos de intersubjetividade.

No que se refere à prática de enfermagem, as orientações realizadas pelas enfermeiras, de um hospital universitário, no período pré e pós-cirúrgicos ao idoso e sua família foram consideradas de extrema importância para a recuperação e reabilitação de sua saúde (PASKULIN, 2002). Porém, tais ações não são habituais nas unidades de internação clínica desse mesmo hospital, em que os pacientes idosos em condição de alta não recebem orientação adequada para realizarem o cuidado em casa, reduzindo as complicações que geram rehospitalizações.

O cuidado, em nível domiciliar, é exercido quase que exclusivamente pelo membro familiar, o qual geralmente não recebeu orientação para que possa atender e suprir adequadamente as demandas de cuidado do idoso. Diante de tal carência de orientação para o cuidado do idoso no domicílio, torna-se necessário o enfermeiro, e outros profissionais darem a continuidade à recuperação e reabilitação do idoso no ambiente domiciliar. Estudos constataram que a família, ao receber orientação profissional para execução de cuidados diários ao idoso, geralmente, expressa maior tranquilidade e diminuição do seu nível de estresse, bem como a otimização da autonomia do idoso e da família.

Portanto, o futuro será marcado por um grande contingente de pessoas envelhecidas na população brasileira. Acredita-se na importância de diferentes formas de enfrentamento, em termos não somente assistencial, ou tratamento clínico ou reabilitação, mas também na implementação de políticas públicas e ações de prevenção de doenças e promoção de saúde da população de forma integral e resolutiva.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREOLI, T. E.; et al. **Cecil**: medicina interna básica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA-JUNIOR, I.; CALAZANS, G. J. AIDS, vulnerabilidade e prevenção. In: SEMINÁRIO DE SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS; 2., 1997, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ, 1997. p. 20-37.

AYRES, J. R. C. M.; et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-39.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anuário estatístico de saúde do Brasil 2001. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002. Available from: <http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/index.cfm>. Acesso em: 09 fev. 2003.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. Estatuto do idoso. Brasília (DF): Senado Federal, 2003. Available from: [http://www.direitodoidoso.com.br/05/estatuto\\_do\\_idoso.pdf](http://www.direitodoidoso.com.br/05/estatuto_do_idoso.pdf). Acesso em: 17 out. 2003.

CALDAS, C. P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA-JÚNIOR, C. E. A. **Antropologia**,

**saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 51-63.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 184-200, mar./abr. 1997.

CREUTZBERG, M; SANTOS, B. R. L. “... Se a gente não tem família, não tem vida!” Concepções de famílias de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. esp., p 101-12, dez. 2000.

KARSCH, U. M. S.; LEAL, M. G. S. Pesquisando cuidadores: visita a uma prática metodológica. In: KARSCH, U. M. S. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores.** São Paulo: EDUC, 1998. p. 21-45.

LEHR, U. A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. **Cadernos do Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 7-35, jan./jun.1999.

LITVOC, J.; DERNTL, A. M. Capacidade funcional do idoso: significado e aplicações. In: CIANCIARULLO, T. I.; et al. **Saúde da família e na comunidade.** São Paulo: Robe, 2002. p. 268-318.

PASKULIN, L. M. G.; DIAS, V. R. F. G. Como é ser cuidado em casa: as percepções dos clientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 140-5, mar./abr. 2002.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L. Programas de cuidado domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 56, n. 5, p. 564-5, set/out. 2003.

PAZ, A. A. **Subsídios para a estruturação de um programa de cuidado de enfermagem domiciliar ao paciente com seqüelas neurológicas.** 2002. Trabalho de Conclusão (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto

Alegre, 2002. 64 p.

PAZINATTO, M. C. **Características clínicas e funcionais do paciente idoso que recebe alta hospitalar e suas necessidades de cuidados após alta.** 2003. Dissertação (Mestrado em Geriatria) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

ROACH, S. S. **Introdução à enfermagem gerontológica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 10-8.

SANTOS, B. R. L.; et al. O domicílio como espaço do cuidado de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998, Salvador. **Anais...** Salvador: ABEn, 1999. p. 121-32.

VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. F. G. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A.; et al. **Epidemiologia.** São Paulo. p. 91-103.