

MOTIVOS QUE LLEVARON A LOS ANCIANOS A BUSCAR ATENCIÓN EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD

Mary Rosane Quirino Polli Rosa¹
Zuleica Maria Patrício²
Maria Regina Silvério³
Davi Rumel⁴

Estudio de abordaje cuantitativo, cuyo objetivo fue conocer los motivos que llevaron a los ancianos a buscar atención en un ambulatorio del servicio básico de salud de Santa Catarina. Los datos fueron recolectados de las fichas de 401 ancianos atendidos por el equipo de salud. La lectura inicial de los registros evidenció 4.634 motivos que, después de un análisis cualitativo, fueron agrupados en quejas y solicitud de atención. Esos datos, en un segundo análisis, recibieron clasificación de R y Z, según la CID-10. La categoría R – quejas expresadas por señales y síntomas – sumó 64% de los motivos, siendo el “dolor” el más evidenciado. Los demás motivos, 36%, correspondieron a la categoría Z, denominada solicitud de atención, representada por pedidos de medicamentos y atenciones para control de la salud. El estudio evidenció la complejidad de la demanda de la atención de la salud de esa población en la región investigada, mostrando la necesidad de que este servicio desarrolle una atención específica y de carácter interdisciplinar.

DESCRIPTORES: salud del anciano; salud pública; promoción de la salud; clasificación internacional de enfermedades

REASONS THAT MADE AGED PEOPLE SEEK CARE AT A BASIC HEALTH UNIT

This quantitative study aimed to get to know the reasons that made aged people seek care at a basic health care outpatient clinic in the State of Santa Catarina, Brazil. The data was collected in the patient files of 401 aged people attended by the health team. Initial reading of these records evidenced 4634 reasons that, after qualitative analysis, were grouped under complaints and requests for attention. In a second analysis, these data were classified as R and Z, according to ICD-10. The R category – complaints expressed by signs and symptoms- equals 64% of the reasons, with “pain” as the most common one. The other reasons, 36%, corresponded to the Z category, called requests for attention, represented by medicine prescription requests and attendance for health control. The study evidenced the complexity of this population’s health care demands in the study region, showing the need for that service to develop specific and interdisciplinary care.

DESCRIPTORS: health of the elderly; public health; health promotion; international classification of diseases

MOTIVOS QUE LEVARAM IDOSOS A BUSCAR ATENÇÃO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Estudo de abordagem quantitativa, cujo objetivo foi conhecer os motivos que levaram idosos a buscar atenção em um ambulatório de serviço básico de saúde de Santa Catarina. Os dados foram coletados em prontuários de 401 idosos atendidos pela equipe de saúde. A leitura inicial dos registros evidenciou 4 634 motivos que, após análise qualitativa, foram agrupados em queixas e solicitação de atenção. Esses dados, em segunda análise, receberam classificação de R e Z, segundo a CID-10. A categoria R – queixas expressas por sinais e sintomas – somou 64% dos motivos, sendo a “dor” o mais evidenciado. Os demais motivos, 36%, corresponderam à categoria Z, denominada solicitação de atenção, representada por pedidos de receita de medicamentos e atendimentos para controle de saúde. O estudo evidenciou a complexidade da demanda de atenção à saúde dessa população na região pesquisada, mostrando a necessidade de aquele serviço desenvolver atenção específica e de caráter interdisciplinar.

DESCRIPTORES: saúde do idoso; saúde pública; promoção da saúde; classificação internacional de doenças

INTRODUCCIÓN

Las estimativas apuntan que la proporción de ancianos en Brasil pasará de 7,3% (11 millones) en 1991 para cerca de 15% (32 millones) en 2025, que es la actual proporción de ancianos de la mayoría de los países europeos, donde esa transición fue más lenta y todavía no ha terminado⁽¹⁻²⁾.

En menos de 40 años, se cambió de un escenario de mortalidad propio de una población joven para un cuadro de enfermedades complejas y onerosas, típicas de la tercera edad, caracterizado por enfermedades crónicas y múltiples, que perduran por años, con exigencia de cuidados constantes, medicación continua y exámenes periódicos. El número de ancianos pasó de 3 millones para 17 millones en 2.006 – un aumento de 600% en menos de cincuenta años⁽³⁾.

En Brasil, la mayor causa de mortalidad, en ese intervalo de edad, son las enfermedades del aparato circulatorio, o sea, las cerebrovasculares. En Santa Catarina, esa realidad no es diferente de otras regiones de la Federación, ya que la mayor incidencia de muertes es proveniente de accidente vascular cerebral⁽⁴⁾.

Bajo la óptica de la Salud Colectiva, el envejecimiento es un desafío del mundo actual. En las naciones consideradas desarrolladas, el envejecimiento de la población tiene sus principales causas en las transformaciones económicas y sociales vividas por la sociedad en el siglo pasado y que, solo produjeron modificaciones significativas en sus variables demográficas al comienzo del siglo XX⁽³⁾.

El crecimiento demográfico en Brasil y el actual perfil epidemiológico con altos índices de enfermedades crónicas y degenerativas hacen surgir la preocupación con la población anciana. Esa realidad requiere que la sociedad entienda el envejecimiento de su población como una responsabilidad individual y colectiva para alcanzar el ámbito público⁽⁵⁾. En ese aspecto, se destaca la importancia de la Política Nacional de Salud de la Persona Anciana, que tiene como propósitos la promoción del envejecimiento saludable, la manutención y mejoría de su capacidad funcional, la prevención de enfermedades y la recuperación de la salud, de modo a garantizarle permanencia en el medio en que vive, ejerciendo, de forma independiente y con calidad, sus funciones en la sociedad⁽⁶⁾.

Esos aspectos le ocasionan importantes desafíos al Sistema de Salud, generando la necesidad

de establecer un programa para las políticas de salud que pueda responder por las varias transiciones epidemiológicas a través de acciones dirigidas para la detección precoz de enfermedades y promoción de la salud⁽⁷⁾.

Con base en esa lógica, se considera el paradigma de la promoción de la salud una importante estrategia para enfrentar los problemas de la salud en la sociedad. Las acciones de promoción de la salud preconizan el ejercicio de la ciudadanía considerando las actitudes individuales y colectivas que posibilitan mejorar las condiciones de vida y, consecuentemente, la salud de la población.

En ese contexto, el Programa de Salud de la Familia (PSF), creado en 1.994 por el Ministerio de la Salud, es un espacio privilegiado para la concretización de la Promoción, una vez que tiene por objetivo la reversión del modelo asistencial vigente – más centrado en la enfermedad – para la atención a la salud integral. Esa propuesta es una referencia dirigida a la población anciana, ya que posibilita una mayor aproximación del equipo de salud al contexto de vida de las personas.

La acción participativa de la comunidad y la capacitación continuada de los profesionales participantes en el Programa, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y salud y, también promover el envejecimiento saludable se revelan puntos positivos para que tal aproximación se concrete.

Los cambios fisiológicos y psicosociales que ocurren en esa intervalo de edad y sus repercusiones en la calidad de vida y salud del anciano, sumadas a la expectativa de la promoción de la salud y a la visión sistémica del ser humano, tornan más compleja la asistencia a ser prestada a esa población.

Se ha observado que el aumento del número de ancianos hace crecer la demanda de esa población en los servicios de salud, una vez que ese grupo presenta una gran cantidad de enfermedades crónicas e incapacitantes, comparado a otros grupos etarios⁽⁸⁾.

Por ser, entretanto, una situación emergente en el contexto de la atención básica, la asistencia que se les prestada carece de cuidados específicos y sistemáticos de sus necesidades. También es posible identificar que, inclusive cuando el anciano se encuentra dentro de acciones de prevención, la atención está apenas enfocada en la enfermedad. Se entiende que la situación es producto de varios aspectos. Entre estos, se destaca la carencia de

conocimientos sistemáticos, por parte del equipo, acerca de las condiciones de salud de los ancianos y también los aspectos subjetivos de estos y la capacitación del equipo para la atención interdisciplinar, dirigida a la promoción de la salud, teniendo en vista la complejidad de las situaciones específicas, presentadas por esa población.

Una vez que los factores citados están descritos en las directrices de la Política Nacional de la Salud de la Persona Anciana, es preciso solamente cumplirlas, entre ellas se pueden citar: la promoción del envejecimiento activo y saludable; la atención integral a la salud de la persona anciana; el estímulo a la participación y fortalecimiento del control social; la formación y educación permanente de los profesionales de salud del SUS en el área de salud de la persona anciana; la divulgación e información sobre la Política Nacional de Salud de la Persona Anciana para profesionales de la salud, gestores y usuarios del SUS y el apoyo al desarrollo de estudios e investigaciones⁽⁶⁾.

La carencia de atención más enfocada en la persona y menos en la enfermedad ha sido identificada en los servicios de atención básica, incluyendo el local de este estudio, en el transcurso de las actividades de enseñanza, extensión e investigación. Por ser un ambulatorio tipo escuela, se entiende que la asistencia prestada necesitaría estar más sintonizada con la realidad de la población anciana del municipio y con las políticas públicas para esa demanda.

Esa situación, asociada a la inexistencia de estudios sobre los problemas de salud de la población anciana, en la región de actuación de los investigadores, despertó la necesidad de esta investigación. Para esto, se desarrolló un estudio de abordaje cuantitativo, precedida de un análisis cualitativo de los datos, con el objetivo de conocer los motivos que llevaron a los ancianos residentes en la ciudad de Tubarao, Santa Catarina, Brasil, a procurar la atención del ambulatorio en un servicio básico de salud, en el período de 1.998 a 2.004. Se resalta que, desde 2.002, el Programa de Salud de la Familia, actualmente denominado Estrategia de Salud de la Familia, es desarrollado en ese ambulatorio.

Los resultados del estudio ya están siendo aplicados, en la medida en que son llevados para espacios de reflexión crítica junto a gestores y equipos de salud de ese servicio, e introducidos en procesos de enseñanza y aprendizaje de alumnos y profesores

de cursos de graduación del área de la salud que allí desarrollan actividades con la población de ancianos.

Siendo ese servicio una referencia para otros servicios, se piensa que los resultados de esta investigación pueden contribuir para la creación de estrategias de perfeccionamiento de las acciones de atención básica a la población anciana de la región.

La divulgación de los resultados de este estudio tiene como finalidad incentivar a los investigadores, profesionales, gestores y docentes de el área de la salud a realizar estudios de la misma naturaleza en sus contextos y, en especial, fortalecer las discusiones ya existentes en el país sobre la importancia de la atención al anciano fundamentada en sus necesidades específicas y de carácter interdisciplinar, teniendo como objetivo la promoción del envejecimiento saludable en su propio contexto.

MÉTODOS

Se trata de estudio exploratorio de carácter retrospectivo, enfocado en el abordaje cuantitativo, desarrollado a partir de análisis cualitativo de datos de las fichas de la población anciana atendida por el Servicio de Asistencia Integrada de la Salud (SAIS), localizado en la Universidad del Sur de Santa Catarina – Unisul.

De las 462 fichas encontradas, relativas a las atenciones al anciano, en el período de 1.998 a 2.004, fueron analizadas todas aquellas que presentaban condiciones para eso, totalizando 401 fichas. Esa condición de inclusión se refiere a los registros que se caracterizaban como motivos de procura manifestados por el usuario. En el transcurso de este artículo, esa población será denominada “usuario anciano”.

En la investigación, se considera “usuario anciano” la persona con edad igual o superior a 60 años. Legalmente, en nuestro país, la vejez ocurre a partir de los 60 años de edad, conforme documentos oficiales: la Ley 10741/2003, que dispone sobre el Estatuto del Anciano, y la Portería 2.528, de 19 de octubre de 2006, que aprueba la Política Nacional de Salud de la Persona Anciana, que definen la edad a partir de los 60 años para designar al anciano; y la Ley 8.842/94, que dispone sobre la Política Nacional del Anciano, relata en su artículo 2º que “se considera anciano, para todos los efectos de esta ley, a la persona mayor de 60 años de edad”⁽⁶⁻⁹⁾.

De la población estudiada, 66% eran del sexo femenino, y del total, 51% se encontraba en la intervalo de edad entre 60 y 64 años, 21% entre 65 y 69 años, 16% entre 70 y 74 años y 12% sobre los 75 años de edad.

Los datos fueron recolectados mediante la técnica de "análisis documental". Esa técnica puede ser realizada en el contexto de características de una investigación documental, inclusive cuando enfocada en un único tipo de documento, en razón de la naturaleza de los datos y de los procesos de lectura y análisis minuciosos. Los documentos constituyen una fuente rica y estable de datos, ya que subsisten a lo largo del tiempo y constituyen importante fuente de datos en cualquier investigación de naturaleza histórica⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

El proceso de análisis de los datos ocurrió en cuatro fases. En la primera fase, en el análisis cualitativo de los registros, se buscó identificar categorías que expresasen los "motivos", resultando en una complejidad de "señales y síntomas" y "otras situaciones". La segunda constó de la elaboración de conjuntos de datos relacionados a esas categorías. En la tercera fase, esos conjuntos fueron analizados, buscando la correspondencia con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CID-10), referente a la categoría "R", en las subcategorías de R00 a R99, que incluye "señales y síntomas, y lo encontrado que fuese fuera de lo normal en los exámenes clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte", y la categoría "Z", en las subcategorías de Z00 a Z99, que comprenden "otras circunstancias que no sean una enfermedad, un traumatismo o causa externa". En ese proceso, fueron identificadas 64 categorías agrupadas en las clasificaciones R y Z, de la CID-10.

La cuarta fase se caracterizó por el análisis cuantitativo de los datos y por la elaboración de las figuras representativas. Para ese tipo de análisis, fueron seleccionadas las veinte categorías más frecuentes, a saber: R52 (dolor no clasificada en otra parte); Z76 (personas en contacto con los servicios de salud en otras circunstancias); Z01.3 (examen de la presión arterial); R45 (síntomas y señales relativos al estado emocional); Z00 (examen general e investigación de personas sin quejas o diagnóstico relatado); Z01 (otros exámenes e investigaciones especiales de personas sin queja o diagnóstico relatado); R53 (malestar y fatiga); R06 (anormalidades de la respiración); R19 (otros síntomas y señales relativos al aparato digestivo y al abdomen); R42 (mareo e inestabilidad); R05 (tos);

Z71 (personas en contacto con los servicios de salud para recibir otros consejos y consejo médico, no clasificados en otra parte); R23 (otras alteraciones cutáneas); R51 (cefalea); R60 (edema no clasificado en otra parte); R07 (dolor de garganta y en el pecho); R63 (síntomas y señales relativos a la ingestión de alimentos y líquidos); R20 (disturbios de la sensibilidad cutánea); R10 (dolor abdominal y pélvica) y R11 (náusea y vómitos). Las cuatro primeras categorías, que aparecieron con mayor frecuencia, fueron aquellas seleccionadas para discusión con base en la literatura.

El proyecto de la investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación – CEI, de la Universidad del Sur de Santa Catarina (Parecer n° 05.412.404).

RESULTADOS

En el período correspondiente a 1.998 y 2.004, los 401 ancianos usuarios del SAIS, cuyas fichas fueron analizadas, presentaron al equipo de salud 4.634 motivos, siendo de "quejas" y "solicitudes".

Se destaca el crecimiento progresivo del número de ancianos registrados en ese servicio a cada año, observándose un mayor crecimiento en el último año analizado. Eso demuestra que, paralelamente a su crecimiento, la población anciana está procurando más al Servicio de Salud en busca de asistencia y ayuda para resolver sus problemas de salud/enfermedad.

La Figura 1 presenta el crecimiento progresivo de esos motivos de procura por el servicio en el período, aquí delimitado.

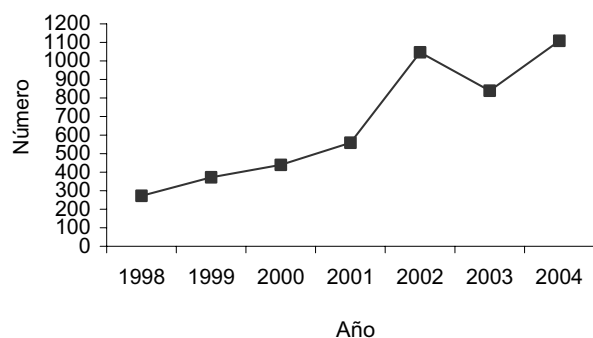


Figura 1 - Motivos de procura de los ancianos usuarios del SAIS, de acuerdo con las categorías R y Z – Tubarao, SC, Brasil, 1998-2004

La Figura 2 presenta la distribución, por año, de los dos principales motivos en la categoría Z y en la categoría R.

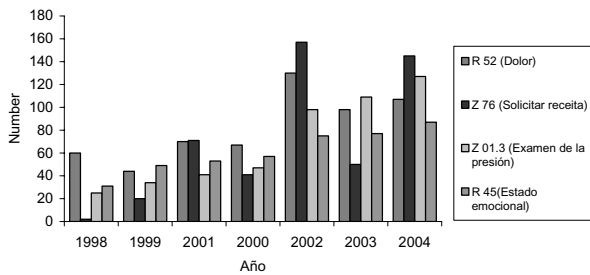


Figura 2 - Motivos de procura de los ancianos usuarios del SAIS, de acuerdo con las categorías R y Z – Tubarao, SC, Brasil, 1998-2004

En 2.002, la demanda fue mayor, hecho este posiblemente justificado por el fin del proceso de implantación y mayor divulgación del Programa de Salud de la Familia en el SAIS.

Según esta investigación, la relación de atención en el período de 1.998 a 2.004, de acuerdo con el CID-10, mostró que 64% se encontraban en la categoría "R", representada por quejas, traducidas en señales y síntomas. De estas, las más comunes fueron relacionadas a las subcategorías R52, que significa "dolor no clasificado en otra parte", y R45, como "síntomas y señales relativos al estado emocional".

En un estudio en el cual fueron evaluados 990 individuos en la intervalo de edad a partir de 65 años, se observó "queja de dolor frecuente (diaria de una a dos veces por semana) en cerca de 35% de los evaluados y dolor ocasional (una o dos veces al mes) en aproximadamente 29% de los ancianos"⁽¹²⁾. Ese estudio destaca también que los dolores más comúnmente relatados fueron los dolores de las articulaciones y los lumbares, seguido de dolores en miembros inferiores. Los resultados del presente estudio corroboran estos datos, una vez que las quejas registradas en las fichas analizados apuntaban "dolor en las articulaciones", "en la espalda", "en la pierna", "en el brazo", "en la rodilla", "en la axila", "en las coyunturas", "en el cuerpo", "en los huesos", "en el hombro" y "dolor en todo el cuerpo".

El dolor contribuye para la depresión, la ansiedad, la disminución de la capacidad funcional y de la socialización, o sea, disminuye la autonomía

que ya acostumbra, en esa edad, a estar comprometida por otros factores⁽¹³⁾.

La otra gran categoría encontrada, equivalente a 36% de los motivos que llevaron a los ancianos al servicio de salud, de acuerdo con el CID-10, se refería a la categoría "Z", que se denomina, aquí, "solicitudes de atención". Estas, inclusive no estando relacionadas a "señales y síntomas", requieren atención del equipo de salud. En esa categoría, las subcategorías más comunes fueron la Z76, referente a "personas en contacto con el servicio de salud en otras circunstancias", como solicitud de receta médica y remedios para dormir, y la subcategoría Z01.3, que abarca la solicitud "para examen de la presión arterial".

La Figura 3 presenta las constantes de las ecuaciones lineares sobre la tendencia de crecimiento del número de consultas por año de estudio, reflejando las inclinaciones de las rectas: cuanto mayor la constante, mayor la inclinación, mayor la velocidad de crecimiento.

Como se puede observar, la categoría Z76 crece más rápido que la categoría R52; y la categoría R45, correspondiente a síntomas y señales relativos al estado emocional, a pesar de bastante frecuente, aparece con tendencia de crecimiento en 4° lugar.

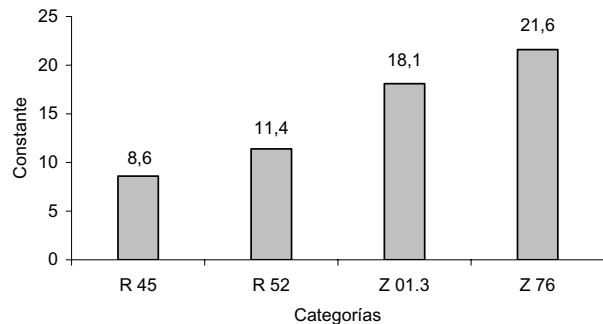


Figura 3 – Constante de crecimiento de los motivos de procura de los ancianos usuarios del SAIS, de acuerdo con las categorías R y Z – Tubarao, SC, Brasil, 1998-2004

Comparando la frecuencia de la categoría Z76 – personas en contacto con los servicios de salud en otras circunstancias – y su tendencia en el tiempo, se puede inferir que la procura de medicamentos para dormir puede estar asociada a asuntos de orden psicosocial e existencial, necesitando de intervención.

Es importante resaltar que las quejas relacionadas al estado emocional aparecen de forma muy significativa en la población estudiada, como, por ejemplo: "miedo" y sentimiento de "soledad".

El análisis de esas quejas apuntó situaciones que pueden estar causando alteraciones limitadoras para la salud, particularmente alterando la calidad del sueño, reposo y de la función digestiva, a punto de causar dolores diversos, además de otras manifestaciones. La cronicidad de esos síntomas y las limitaciones de la autonomía tienden a generar en el individuo manifestaciones que sugieren un cuadro de depresión. A pesar de que, por otro lado, ese fenómeno puede estar acentuando la sensibilidad para el dolor.

Vale destacar, entretanto, que el cuadro de depresión puede estar siendo generado en función de sufrimientos existenciales. Ese aspecto merece ser trabajado con más atención por el equipo de salud, ya que, según algunos autores⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, muchas veces la depresión en esa población es confundida con "cosas de viejo", o con otros tipos de enfermedades, dificultando el diagnóstico específico para cada anciano.

La depresión es un causa importante de perturbación del sueño en el envejecimiento y acostumbra a estar presente en esa fase de la vida, especialmente por razones de luto, sentimiento de abandono y también por asuntos financieros y de sensación de pérdida de la identidad, estimulada, en la mayoría de las veces, por la propia sociedad cuando desvaloriza la persona anciana. Esa situación de sufrimiento, a su vez, interfiere en la dinámica del cotidiano de la vida del anciano, en su autonomía dirigida a las actividades sociales, haciendo surgir otras señales y síntomas, o exacerbando las quejas ya existentes.

La lectura cualitativa también evidenció que algunas de las quejas presentadas tenían origen en factores vinculados al estilo de vida de las personas como el uso de tabaco, alimentación inadecuada y sedentarismo.

CONCLUSIONES

La variedad y la frecuencia de los motivos que llevaron a los ancianos a procurar la unidad de

atención básica de salud evidencian, además de "señales y síntomas" y solicitudes de atención, la existencia de situaciones complejas de salud, sugiriendo la necesidad de desarrollar una atención más específica para atender la demanda de la población anciana de la región investigada.

El dolor es un protagonista importante en el conjunto de quejas presentadas y de solicitudes de atención. Sin embargo, se refuerza la importancia de entender que el anciano no es un conjunto de "señales y síntomas", o de quejas, de "duele aquí, duele allí". Las especificidades de señales y síntomas que presentan, sea de origen afectivo, cultural o social, deben ser analizadas en el contexto del ciudadano y del "ser" anciano.

En ese sentido, los profesionales de la atención básica en salud necesitan encontrar, en sus prácticas, espacios para escuchar, con componentes de respeto, cariño y diálogo, ampliando el conocimiento de la situación de la salud que acostumbra aparecer en forma de quejas y solicitudes.

Ese fenómeno torna la atención básica a la salud una práctica de cuidado más integral, ya que, cuando se conoce la historia de vida y el contexto actual del sujeto, aumenta la posibilidad del profesional tener una mayor comprensión de la situación de salud de los usuarios que atiende y de desarrollar una asistencia más humanizada y específica.

La observación del principio de atención integral contribuye de sobremanera para la garantía de la calidad de la atención a la salud, una vez que este concepto prevé que sean ofrecidas, de forma articulada, "acciones de promoción de la salud, prevención de los factores de riesgo, asistencia a los daños y rehabilitación, según la dinámica del proceso salud/enfermedad"⁽¹⁶⁾.

Los resultados también sugieren las limitaciones del CID, frente a la necesidad de clasificación/denominación de los problemas de salud que las personas traen. En el contexto de prácticas profesionales que tienen como objetivo la salud integral, esos problemas son "situaciones", la mayoría muy compleja, para ser catalogadas y tener protocolos predefinidos de atención.

La realidad de expectativas y necesidades de la persona anciana, encontrada en este estudio,

valida todavía más la importancia de procesos de trabajo en salud con abordaje interdisciplinar, enfocados en las especificidades de la población, además de las acciones de promoción, prevención y tratamiento prescritas a todo y cualquier ciudadano con el objetivo de ofrecer una atención de la salud integral.

En el sentido de atención integral, es esencial la unión de acciones sociales que busquen movilizar organizaciones públicas y privadas para la promoción del envejecimiento saludable, incentivando la democratización de las acciones y la reorganización de los sistemas de salud dirigidos a esa población.

Vale resaltar que el envejecimiento saludable necesita ser percibido de manera más amplia, reconociendo que los cuidados específicos con la salud, incluyendo aquellos que preservan la integridad física, son importantes, como también la participación activa del anciano en las relaciones sociales, objetivando su autonomía en la búsqueda de la independencia tornándolos miembros activos y constructores de la sociedad⁽¹⁷⁾.

Los aspectos aquí levantados se tornan todavía más importantes en ambientes de servicios de salud que representan espacios de enseñanza y

aprendizaje de alumnos de graduación de las áreas de la salud.

Con base en esas consideraciones, se entiende que hay necesidad de fortalecer las discusiones ya existentes en esta área y tornar más enfática la incorporación de contenidos y prácticas sobre el cuidado integral a la población de ancianos, en proyectos pedagógicos de cursos de graduación del área de la salud.

Se sugiere, también, el incremento de investigaciones en servicios y la capacitación de gestores y equipos de salud, dirigidos a la atención integral a esa población y de manera que todavía se pueda fortalecer la concretización de la Política Nacional de Promoción de la Salud.

Finalizando, hay necesidad de implantar procesos educativos junto a la sociedad, a fin de aumentar la consciencia de la población en lo que se refiere a los asuntos del envejecimiento y sus reflejos en la salud integral, haciendo de esto la cuestión más importante en el ámbito social y político y, en especial, junto al poder público y a todos los profesionales que trabajan en la promoción de la salud. Posiblemente, así se garantizará a los jóvenes de hoy el envejecimiento saludable.

REFERENCIAS

1. Silva MC. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. [homepage na internet]. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade; [Acesso em 20 julho 2005]. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php>.
2. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública* 2003 junho; 19(3):705-15.
3. Veras R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cad. Saúde Pública* 2007 outubro; 23(10):2463-6.
4. Secretaria de Vigilância em Saúde [Página na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [acesso em março de 2009]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
5. Dias EMP. Processo saúde-doença no envelhecimento. *Rev. Científica dos Profissionais de Saúde* 2003; (2):121-5.
6. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. [online]. Disponível em: URL: <http://www.planalto.gov.br>
7. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004 out/dez; 9(4):833-40
8. Caldas CP. Envelhecimento com dependência. *Cad Saúde*

Pública 2003 mai-jun; 19(3):773-81.

9. Lei nº 10741 de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso [online]. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ecivl_03/leis/2003/L10.741.

10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo (SP): Atlas; 2002.

11. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 4. ed. São Paulo (SP): Atlas; 1999.

12. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Dor no Idoso. In: Duarte YAO, Diogo MJE. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p. 372-419.

13. Roach S. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2003.

14. Neri AL, Von Simson ORM, Cachioni M. As múltiplas faces da velhice no Brasil. Campinas (SP): Papyrus; 2003.

15. Caldas CP. A saúde do idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro (RJ): UERJ; 1998.

16. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8(2):569-84.

17. Inouye K, Pedrazzani ES. Instruction, social economic status and evaluation of some dimensions of octogenarians' quality of life. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 setembro-outubro; 15 (número especial):742-7.