

Envelhecimento Ativo: da intenção à ação

William S. Smethurst

Escola Superior de Educação Física. Universidade de Pernambuco.

Correspondência: wss@esef.upe.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento globalizado pode ser considerado uma das maiores conquistas da humanidade. Em um certo sentido, todo o desenvolvimento cultural ao longo da história teve em perspectiva o prolongamento da vida; conferir-lhe sentido e dignidade se constitui em um dos maiores desafios de nossos dias.

Ainda nas primeiras décadas deste século, tal fenômeno imporá exigências econômicas e sociais em escala mundial. Reconhecendo a pouca efetividade das políticas relativas ao envelhecimento populacional, a Organização Mundial da Saúde lançou, em 2002, através do documento intitulado “Envelhecimento Ativo: um Marco Político”, as bases de um novo paradigma para o enfrentamento das exigências atuais e futuras apresentadas pelo processo de envelhecimento em todo o mundo.

A OMS sustenta que os países poderão lidar bem com o envelhecimento, desde que os governos e a sociedade civil envidem esforços por políticas e programas que melhorem a saúde, a participação social e a seguridade dos cidadãos em todas as fases da vida. Especialmente nos países em vias de desenvolvimento, ajudar a que as pessoas sigam sãs e ativas enquanto envelhecem, mais que um luxo, é uma absoluta necessidade (OMS, 2002).

Neste trabalho discorre-se sobre as idéias contidas no referido documento, particularmente naquilo que tange à promoção de uma vida ativa e à preservação da capacidade funcional ao

longo do envelhecimento. Também são apresentados dados acerca da condição funcional de nossa população, bem como um exemplo bem sucedido de como transformar teoria em prática.

O QUE É ENVELHECIMENTO ATIVO?

À medida que a pessoa envelhece, sua qualidade de vida se vê determinada, em grande parte, por sua capacidade para manter a autonomia e a independência. Tal constatação fez surgir o conceito de esperança de vida saudável, que significa por quanto tempo podem as pessoas esperar viver sem incapacidades. Esse conceito reveste-se de maior importância em um país como o nosso, onde o aumento da longevidade está alterando a sociedade de uma forma muito mais profunda do que o simples crescimento do segmento idoso da população (Camarano, 1999). População essa que envelhece aceleradamente sem desfrutar, na sua maioria, das condições que poderiam proporcionar um envelhecimento bem sucedido.

Para que o envelhecimento seja uma experiência positiva, deve vir acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, participação e seguridade. Ao final dos anos 90, a Organização Mundial de Saúde denominou esse processo de Envelhecimento Ativo. O termo foi adotado com a intenção de transmitir uma mensagem mais completa que a de Envelhecimen-

to Saudável, bem como reconhecer os fatores, que juntos com a atenção sanitária afetam a maneira de envelhecer dos indivíduos e das populações (OMS, 2002). Faz referência à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e cívicas, não apenas à capacidade para estar fisicamente ativo ou participando da força de trabalho. Trata da ampliação da esperança de vida saudável e da qualidade de vida para todas as pessoas à medida que envelhecem, incluindo aquelas pessoas frágeis, incapacitadas ou necessitadas de assistência, que, dentro das próprias possibilidades e limitações, podem e devem continuar interagindo com sua comunidade. Coaduna-se com o conceito de sociedade inclusiva, como definida por Ratzka (2001), uma sociedade não apenas aberta e acessível a todos, mas uma sociedade que acolhe e aprecia a diversidade; uma sociedade cuja meta principal é oferecer oportunidades para que todos realizem seu potencial humano.

O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de determinantes que rodeiam as pessoas, as famílias e as sociedades. Estas determinantes, transversais, infraestruturais e atitudinais, interferem na qualidade de vida de todos os grupos etários, não só das pessoas de idade avançada. Isso significa que qualquer esforço no sentido de promover o envelhecimento ativo resultará em efetiva melhoria na qualidade de vida de todos. Não se é possível atribuir uma causalidade direta a nenhuma delas; no entanto, um volumoso conjunto de evidências sugere que todas, em interação, são preditoras da qualidade do envelhecimento, tanto ao nível pessoal como das populações.

Uma das principais questões acerca desse tema, tanto nos países desenvolvidos como nos que estão em vias de desenvolvimento, é sobre se uma força de trabalho minguante será capaz de sustentar a parte da população que mais cresce (os idosos), que comumente se crê dependente daquela. Tal preocupação deve ser relativizada, na medida que a maioria das pessoas idosas de todos os países seguem produtivas, trabalhando tanto nos setores formais como informais, e contribuindo de várias maneiras com suas famílias e comunidades.

Faz-se necessário, portanto, que as políticas e os programas voltados para o envelhecimento possibilitem as pessoas seguirem trabalhando de acordo com suas habilidades e preferências à medida que envelhecem, prevenindo ou retardando as incapacidades e enfermidades crônicas que são as grandes responsáveis pelo declínio produtivo na velhice.

DETERMINANTES PESSOAIS

Embora existam evidências de que a longevidade tenda a ser similar dentro de um grupo familiar, é consenso que o processo de envelhecimento de um indivíduo é resultado de uma conjunção de fatores de natureza genética, ambiental, do estilo de vida, nutricional e, em grande medida, vicissitudinária (Kirkwood, 2001). As condutas relacionadas com o estilo de vida, a capacidade para enfrentar situações adversas e uma rede de contatos sociais podem modificar a influência da carga genética no declínio funcional e no desencadeamento de enfermidades.

Com a idade, algumas capacidades, como a velocidade de aprendizagem e a memória, diminuem. Vias de regra, esses declínios são desencadeados pelo desuso, por doenças (a depressão, por exemplo), por fatores comportamentais (consumo de álcool e medicamentos), por fatores psicológicos (falta de motivação, baixas expectativas e falta de auto-confiança) e por fatores sociais (solidão e abuso), mais do que pelo envelhecimento per se (Wight et al, 2002). Os fatores psicológicos como a inteligência e a capacidade cognoscitiva são importantes preditores da esperança de vida saudável e da longevidade (Weeks e James, 1999). Aqueles que se preparam para o envelhecimento e se adaptam às mudanças, se ajustam melhor à vida nas idades mais avançadas.

DETERMINANTES DOS ENTORNOS FÍSICO E SOCIAL

Os que vivem em um entorno inseguro ou em zonas com múltiplas barreiras físicas são menos dispostos a sair, são mais propensos ao isolamento, à depressão, a ter um pior estado físico e maiores problemas de mobilidade. Para o idoso, a proximidade com membros da família, com serviços e meios de transporte, podem marcar a diferença entre a interação social positiva e o isolamento.

O apoio social, as oportunidades para a educação e o aprendizado contínuo durante toda a vida, a paz e a proteção frente à violência e ao abuso, são fatores fundamentais do entorno social que melhoram a saúde e a participação à medida que as pessoas envelhecem. Ao contrário, a solidão, o isolamento social, o analfabetismo, a falta de educação, o abuso e a exposição a situações

de conflito aumentam enormemente os riscos de incapacitação e morte prematura entre as pessoas idosas (Demura e Sato, 2003; Avlund, 2004).

POLÍTICAS E PROGRAMAS DE ENVELHECIMENTO ATIVO

As políticas e os programas de envelhecimento ativo devem favorecer o equilíbrio da responsabilidade pessoal (o cuidado com a própria saúde e a dos membros da família), familiar e comunitária, e fomentar a solidariedade intergeracional (Jönsson, 2003). As pessoas e as famílias necessitam planejar sua velhice e prepararem-se para ela, esforçando-se para levarem a cabo práticas de saúde positivas em todas as etapas da vida.

Como uma consequência de mudança nas atitudes diante do processo de envelhecimento, pode-se esperar que as pessoas, ao permanecerem sãs enquanto envelhecem, tenham menos impedimentos para continuar trabalhando. Isto ajudaria a lidar com os inevitáveis aumentos do custo da seguridade social, com gastos de assistência médica e social. No que diz respeito ao aumento de gastos públicos com assistência médica, os dados disponíveis indicam cada vez mais que a velhice, em si mesma, não é a responsável. O que onera é a incapacidade e o mau estado de saúde, com frequência associados ao avanço da idade. À medida que as pessoas envelhecem, as enfermidades não transmissíveis (ENT) se convertem nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo. Embora, muitas ENT possam ser prevenidas ou retardadas, a falta de ações concretas produz enormes custos humanos e sociais, absorvendo uma quantidade de recursos que poderiam ser usados para fazer frente a outras necessidades da sociedade (WHO, 1999).

Em 1980, o "The New England Journal of Medicine" publicou um artigo da autoria de James Fries, intitulado: "Envelhecimento, morte natural e a compressão da morbidade", onde o autor afirmava que o envelhecimento de uma população é proporcionalmente acompanhado de um aumento na incidência de incapacidades e redução funcional. O mesmo já aventava a hipótese de que, desde que sejam efetivadas ações nesse sentido, na proporção que se retangularize a curva de sobrevivência será possível se retangularizar também a curva de morbidade, que é a representação grá-

fica da relação idade/doenças crônicas. Em outras palavras, o cidadão de uma sociedade avançada poderá sobreviver até bem mais tarde com vigor, mantendo sua independência funcional e comprimindo a morbidade e a incapacidade a um período relativamente curto antes de sua morte, para depois dos 85 anos (Campion, 1998).

Em outro artigo publicado no mesmo periódico, dezoito anos mais tarde, um grupo de proeminentes especialistas, capitaneados por Anthony J. Vita (1998), apresentou dados de 1741 ex-alunos da Universidade da Pensilvânia, nascidos entre 1913 e 1925, obtidos através de um estudo prospectivo que cobriu um período de 32 anos, de onde se concluiu que o baixo padrão de atividades físicas, juntamente com o tabagismo e IMC elevado, na vida adulta jovem e na meia-idade, são indicadores confiáveis de alto risco para incapacidades na velhice. As pessoas com melhores níveis desses indicadores não só vivem mais, como também adiam e comprimem as incapacidades para poucos anos ao final da vida. Muito embora o timing e a incidência de incapacidade física entre os mais idosos não estejam muito bem documentados na literatura, estima-se que 25% das pessoas de 65 a 74 anos já sejam portadoras de alguma incapacidade física. Essa proporção cresce para aproximadamente 40% dos que têm entre 75 e 84 anos, e para mais da metade daqueles com 85 e mais (Goldani, 1992).

Portanto, em se tratando de indivíduos mais idosos, os médicos deveriam dar menos importância aos dados de laboratórios e mais atenção a como os seus pacientes estariam realizando suas atividades da vida diária. É sabido que, mesmo nas idades muito avançadas, pode-se incrementar a funcionalidade e reduzir consideravelmente os gastos médicos com programas de exercícios físicos (Campion, 1998; OMS, 2002). Intervenção que, além dos óbvios efeitos orgânicos, também melhora a saúde mental e favorece os contatos sociais. Apesar de tudo, uma grande proporção de pessoas nessa faixa etária leva uma vida absolutamente sedentária na maioria dos países.

Uma medida objetiva da condição funcional pode ser obtida através de indicadores de aptidão física. Alguns desses, como flexibilidade (amplitude de movimento), aptidão muscular (força, potência, resistência e elasticidade muscular), agilidade, equilíbrio e potência aeróbia (capacidade cardiorrespiratória) têm um maior poder

preditivo para riscos de morbi-mortalidade e incapacidade (Rikli e Jones, 1997), isto é, relacionam-se com a esperança de vida saudável.

Em um estudo conduzido por pesquisadores da Universidade de Pernambuco, vem se avaliando a aptidão física funcional da população idosa pernambucana desde 2002. Embora o mesmo ainda se encontre na fase de coleta, já podem ser feitas algumas constatações importantes. Pelas referências especializadas, considera-se como baixo desempenho valores abaixo do percentil 25, o que é uma estimativa de riscos aumentados para incapacitação e morbi-mortalidade (Fiatarone e Evans, 1993; Guralnik et al, 1994; Phillips e Haskell, 1995; Shephard, 1997; Morey, 1998; Shinkai et al, 2000; Wilson e Tanaka, 2000; Amundsen, 2001; Skelton, 2001; Damush et al, 2002).

Em uma análise preliminar, pode-se perceber que nossas idosas apresentam baixos desempenhos em agilidade e equilíbrio dinâmico (30,7%) e em capacidade cardiorrespiratória (47,2%), além de uma elevada incidência de sobrepeso/obesidade (70,5%). Esse é um quadro sugestivo de risco aumentado para doenças cardiovasculares e metabólicas e de quedas. Entre os homens, destacam-se os baixos desempenhos em flexibilidade de hemicorpo superior (35,3 %), em aptidão muscular de hemicorpo superior (39,2 %), em agilidade e equilíbrio dinâmico (31,4 %) e em capacidade cardiorrespiratória (29,4 %). Nesse subgrupo, também se encontrou uma incidência relativamente alta de sobrepeso/obesidade (47,6 %). Essa é uma conjunção favorável para doenças cardiovasculares e metabólicas, quedas e dificuldades no desempenho das atividades da vida diária.

Considerando que as populações de todo o mundo estão vivendo cada vez mais por mais tempo, urgem políticas e programas que contribuam efetivamente para prevenir e reduzir a carga da incapacidade na velhice, particularmente nos países em vias de desenvolvimento, onde a escassez de ações por parte dos gestores públicos, da sociedade como um todo e dos próprios indivíduos beira a irresponsabilidade. Os responsáveis políticos necessitam ter uma visão de longo prazo e considerar a economia conseguida graças à redução da taxa de incapacidade relativa ao envelhecimento. Nos EEUU, onde se investe nesse sentido, espera-se reduzir o gasto médico em cerca de 20 por cento, nos próximos 50 anos (Cutler, 2001). Lá, estima-se que para cada dólar investido na promoção de oportunidades

para prática de atividades físicas resulte uma economia de 3,2 dólares em gastos médicos (CDC, 1999).

Particularmente no âmbito da saúde, há muito já se sabe do impacto que as medidas preventivas têm sobre seus indicadores. Em função disso, a Escola Superior de Educação Física da Universidade de Pernambuco implantou em 1997, em parceria com a Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, o Programa Exercício e Saúde, que levou a prática orientada de exercícios físicos, orientação nutricional e aconselhamento médico para as praças públicas. O mesmo serviu de modelo para o atual Programa Academia da Cidade, que vem expandindo sua atuação para várias áreas da cidade. Eis um exemplo bem sucedido de como se transformar intenção em ação concreta.

Embora, na imensa maioria dos centros urbanos as políticas e os programas devam proporcionar oportunidades para que as pessoas tornem-se mais ativas, muitas delas estão submetidas a trabalhos físicos extenuantes que podem acelerar as incapacidades, causar lesões e agravar as condições prévias, especialmente à medida que se envelhece. Nesses casos, as ações devem atuar no sentido da compensação e da prevenção aos males dos esforços abusivos. Portanto, as proposições devem ser implementadas levando-se em conta as necessidades e características sociais e culturais de cada comunidade.

As determinantes atitudinais, como a adoção de estilos de vida saudáveis e o autocuidado, são importantes em todas as etapas do curso vital. Um dos mitos sobre o envelhecimento gira em torno da idéia que na velhice já é demasiado tarde para adotar um estilo de vida saudável. Muito ao contrário, praticar atividade física adequada e regular, cultivar as relações sociais, alimentar-se de maneira saudável, não fumar e consumir prudentemente bebida alcoólica e medicamentos pode evitar o declínio funcional e a incapacidade, concorrendo efetivamente para aumentar a longevidade e melhorar a qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Possivelmente o que mais se teme é que o rápido envelhecimento da população produza uma explosão na assistência sanitária e nos custos da seguridade social que escape a qualquer controle. Embora não haja dúvidas de que as popula-

ções ao envelhecerem aumentarão suas demandas nestes âmbitos, também existem evidências de que a inovação, a cooperação entre todos os setores e o planejamento antecipado permitirão às sociedades lidar exitosamente com esse novo panorama social e político (OMS, 2002).

Seria bem mais útil, ao tomar decisões, pensar na capacitação em lugar da incapacitação. Muitos setores podem contribuir com ações que permitam a formação de novas atitudes inclusivas, tanto individuais como coletivas. Abaixo estão alguns exemplos de programas, entornos e políticas que capacitam os mais velhos a um efetivo convívio na sua comunidade:

- Ambientes de trabalho sem obstáculos ou com adaptações, horários e jornadas de trabalho flexíveis.
- Vias públicas bem iluminadas com calçadas planas e bem conservadas, banheiros públicos acessíveis e semáforos que dêem mais tempo para os idosos atravessarem as ruas.
- Programas públicos de exercício e reabilitação que ajudem ao envelhecido manter ou recuperar sua aptidão física.
- Programas de alfabetização e de formação continuada durante toda a vida.
- Programas de acesso a tecnologias assistivas auditiva, visual e locomotora.
- Efetivação dos princípios da acessibilidade universal em prédios e logradouros.
- Planos de créditos e acesso a oportunidades de negócios.
- Políticas de apoio aos cuidadores de idosos, especialmente àqueles que prestam serviços informais e voluntários (em todo o mundo são os membros da família, os amigos e vizinhos que proporcionam a maior parte do apoio e dos cuidados aos adultos de idade avançada necessitados de ajuda) (OMS, 2002; Jönsson, 2003).

Pode-se concluir, portanto, que com pragmatismo e sensatez na provisão de recursos, as sociedades com determinação de planejar e agir podem se permitir envelhecer sem sobressaltos. Porém, quaisquer que sejam as formas de ação, serão de pouca utilidade se não atingirem a sociedade na sua totalidade e se não forem permanentes. É preciso tomar iniciativas para se alcançar o objetivo de que as pessoas envelheçam preservando sua dignidade e sigam sendo capazes para uma vida independente e produtiva, e não se transformem num estorvo ou uma ameaça para as gerações mais jovens.

BIBLIOGRAFIA

- Avlund, K.; Lund, R.; Holstein, B. E.; Due, P. Social Relations as Determinant of Onset of Disability in Aging. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 38, 85–99, 2004.
- Camarano, A. A.; Beltrão, K. I. Pascom, A. R. P.; Medeiros, M.; Goldani, A. M.. Como Vive o Idoso Brasileiro. In: A. A. Camarano (ed.), *Muito Além dos 60: os Novos Idosos Brasileiros*, pp. 19-71. IPEA, Rio de Janeiro, 1999.
- Campion, E. W.. Aging Better. *New England Journal of Medicine*, 338 (15), 1998. Disponível em: www.nejm.org/content/1998/0338/0015/1064.asp
- CDC - Center of Disease Control of USA. Lower Direct Medical Costs Associated with physical Activity. Atlanta: CDC. 1999. Disponível em: www.cdc.gov/ncccdphp/dnpa/pr-cost.htm
- Demura, S.; Sato, S. Relationships Between Depression, Lifestyle and Quality of Life in the Community Dwelling Elderly: A Comparison between Gender and Age Groups. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*, 2003.
- Fiatarone, M. A.; Evans, W. J.. The Etiology and Reversibility of Muscle Dysfunction in the Aged. *The Journals of Gerontology*, 48: 77-83, 1993.
- Goldani, A. M. Families in Later Years in Brazil: Burdens of Family Care Giving to the Elderly and Role of Public Policy. In: D. O. Sawyer, S. D. McCracken (eds.), *The Young and the Elderly: Issues on Morbidity and Mortality*, pp. 245-277. UFMG/CEDEPLAR, Belo Horizonte, 1992.
- Guralnik, J. M.; Simonsick, E. M.; Ferrucci, L.; Glynn, R. J.; Berkman, L. F.; Blazer, P. A.; Scherr, P. A.; Wallace, R. B.. A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: Association with Self-reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission. *J. Gerontol.*, 29: M85-M94, 1994.
- Jönsson, I. Policy Perspectives on Changing Intergenerational Relations. *Social Policy & Society* 2:3, 241–248, 2003.
- Kirkwood, T. B. L. *Os Melhores Anos de Nossas Vidas*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- Morey, M. C.; Pieper, C.F.; Cononi-Huntley, J.. Physical Fitness and Function Limitations in Community-dwelling Older Adults. *Med. Sci. Sports Exerc.*, 30 (5): 715-723, 1998.
- OMS. Envejecimiento Activo: un Marco Político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*; 37(S2):74-105, 2002.
- Phillips, W.T.; Haskell, W. L.. Muscular Fitness: Easing the Burden of Disability for Elderly Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 3: 261-289, 1995.
- Ratzka, A. D. A História da Sociedade Inclusiva na Europa. In: I Seminário Internacional Sociedade Inclusiva, PUC Minas. Anais. – Belo Horizonte: PUC Minas, 2001. Disponível em: www.proex.pucminas.br/sociedadeinclusiva/arquivos
- Rikli, R. E.; Jones, C. J. Assessing Physical Performance in Independent Older Adults: Issues and Guidelines. *Journal of Aging and Physical activity*, 5: 244-261, 1997.
- Shephard, R. J. *Aging, Physical Activity, and Health*. Human Kinetics, Champaign, 1997.

Vita, A. J.; Terry, R. B.; Hubert, H. B.; Fries, J. F. Aging, Health Risks, and Cumulative Disability. *New England Journal of Medicine*, 338 (15), 1998. Disponível em: www.nejm.org/content/1998/0338/0015/1035.asp

Weeks, D.; James, J. *Segredos dos Superjovens*. Objetiva, Rio de Janeiro, 1999.

WHO. *World Health Report*, 1999. Disponível em: www.who.int/bulletin/en/

Wight, R. G.; Aneshensel, C. S.; Seeman T. E. Educational Attainment, Continued Learning Experience, and Cognitive Function Among Older Men. *Journal Aging and Health*, Vol. 14 No. 2, 211-236, 2002.
