

# Fatores determinantes do envelhecimento saudável

Wilson Jacob Filho<sup>1</sup>

Antes de enumerar os procedimentos atualmente reconhecidos como eficazes para manutenção e/ou promoção do envelhecimento saudável cabe aqui fazer inicialmente uma identificação mais objetiva sobre os dois fundamentos desta intervenção:

**Envelhecimento:** processo comum praticamente a todos os seres vivos que, no seu transcorrer, provoca modificações de ordem somática e psíquica que determinam alterações da relação do indivíduo com o meio que o cerca. Confort, em 1979, conceituou o processo de envelhecimento como “a redução dos mecanismos de manutenção da homeostasia em condição de sobrecarga funcional” (CONFORT, 1979).

Em síntese, o envelhecimento pode ser entendido como um processo de redução da reserva funcional, sem comprometer, na quase totalidade dos mecanismos, a função necessária para as atividades do cotidiano. A existência de uma limitação funcional evidente, mesmo em um nonagenário, deve ser entendida, portanto, como o efeito de um processo fisiopatológico (senilidade ou envelhecimento secundário), portanto de uma doença mais do que uma evolução atribuível ao processo natural de envelhecimento (senescência ou envelhecimento primário).

**Saudável:** atributo de quem tem saúde, termo ainda entendido como “ausência de doenças”. Assim fosse, contando com as técnicas diagnósticas atuais e com o aumento da expectativa de vida do ser humano, seríamos todos “condenados” a não ter saúde, portanto seríamos considerados insanos já nas primeiras décadas de vida.

Fácil é perceber que, à medida em que envelhece, o homem vai acumulando doenças crônicas que farão parte, com grande freqüência, do seu patrimônio pessoal durante toda a existência. Por outro lado é absolutamente patente que as doenças crônicas causem suas principais conseqüências quando cursam de forma descontrolada ou descompensada. Há, portanto, nítida diferença entre o portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS)

devidamente tratada e aquele que mantém níveis pressóricos elevados.

Assim, com o intuito fundamental de distinguir estas condições, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1947, definiu que “saúde é um estado de pleno bem estar físico, psíquico e social” (OMS, 1947). Resume, portanto, nesta frase, as condições adequadas de vida para um ser humano em qualquer idade, cultura ou perfil sócio-econômico.

No que diz respeito ao idoso, fica claro que este estado de saúde deve coexistir com a existência de uma ou mais doenças crônicas.

Estudos realizados no município de São Paulo revelaram que 78% dos idosos tinha pelo menos uma doença crônica que necessitava de um tratamento medicamentoso. Estes dados são compatíveis com os do Instituto Nacional de Saúde americano (NIH, 2000), de que 3/4 da população idosa americana tem pelo menos uma doença crônica e que destas, mais da metade (56%) tem duas ou mais doenças crônicas (BODENHEIMER; WAGNER; GRUMBACH, 2002).

Torna-se necessário, portanto que haja a possibilidade de minimizar os efeitos deletérios da doença para que possa ocorrer para a maioria dos idosos uma perspectiva de experimentar um envelhecimento saudável.

Se por um lado isto é um anseio de todo indivíduo que almeja possuir sua autonomia e independência durante toda a vida, este também é uma necessidade das Instituições de Saúde que entendem ser impossível para qualquer tipo de economia ou de desenvolvimento político social a manutenção da saúde de uma população exponencialmente crescente e com índices de comodidades muito elevados.

Muitas são, portanto, as estratégias recomendadas para a Promoção do Envelhecimento Saudável. Em 1992 a OMS, por intermédio da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) recomendou que a “Promoção da Saúde do Idoso seja realizada por ações interdisciplinares” e que “estas ações sejam dirigidas, especificamente, para reduzir, nesta população, o risco de adoecer e de morrer” (OPAS, 1992).

<sup>1</sup> Médico e Professor Titular da Disciplina de Geriatria e Diretor do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Contato: wiljac@usp.br

Estas recomendações corroboram o nosso conceito de atuação neste sentido identificando-o como Senecultura (termo proposto em 1985), que ao nosso ver é “o conjunto de ações interdisciplinares que contribuem efetivamente para Promoção de Saúde do Idoso” (JACOB-FILHO, 1998).

Fica evidente que não é possível realizar esta proposta sem a cooperação das diferentes áreas profissionais envolvidas com o envelhecimento. Neste mister, o gerontólogo assume, muitas vezes o papel fundamental para a eficácia da intervenção.

Ao nosso ver “seria impossível que um profissional reunisse o conhecimento e habilidade para atender adequadamente o idoso” e que torna a promoção do envelhecimento saudável um desafio interdisciplinar para os períodos presente e futuro (JACOB-FILHO, 1984).

Não temo afirmar que, se o século XX caracterizou-se pela grande revolução etária da população do mundo, o século XXI será caracterizado pela solução dos problemas que este fenômeno determinou. Para tal, muitas possibilidades de atuação em diferentes fases do desenvolvimento terão que ser rapidamente implementadas.

No cenário atual, a população que apresenta maior crescimento relativo, seja nos países desenvolvidos, seja nos em desenvolvimento, são os “muito idosos” (pessoas com 80 ou mais anos). A título de exemplo, na década de 1991 a 2000, esta faixa etária apresentou, no Brasil (segundo o IBGE), um crescimento de 63% enquanto que a população nestes 19 anos cresceu apenas 3% (IBGE, 1999; 2000).

Importante frisar que é exatamente nesta faixa etária que ocorrem as maiores complicações das doenças crônicas mal cuidadas. Dados recentes da professora Lebrão (Projeto SABE, 2003) e da OMS revelaram que, dentre os muitos idosos, haver incapacidade para realizar todas as atividades de vida diária (AVD) superior a 75% e para as atividades instrumentais (AIVD) de mais de 80% (LABRÃO; DUARTE, 2003).

Cabe ressaltar que estas limitações tornam inviável a permanência destes octagenários em seu meio ambiente se não houver a existência da figura do cuidador, elemento crítico para a manutenção da integridade física e emocional deste longevo, mas que pode, em muitos casos inexistir, o que favorece a opção familiar pela institucionalização.

Acredito que estas considerações iniciais possam justificar a busca universal por soluções que visem a prevenção e/ou a recuperação da saúde com vistas a preservar a funcionalidade de quem envelhece.

Enumero adiante as ações que vem sendo propostas não apenas para atender as expectativas manifestas pela OPAS de reduzir a morbi-mortalidade para tornar o envelhecimento uma fase incluída no cenário evolutivo do ser humano saudável.

**1. Avaliação Global do Idoso (AGI):** esta atitude, por muitos interpretada como procedimento puramente mecânico esta sendo entendida como uma importante ferramenta para atuar preventivamente nos diferentes fatores de risco da saúde do idoso. Em uma comparação sobre a eficácia da AGI aplicada sistematicamente a uma população americana, comparando-a a um grupo-controle para o evento “institucionalização”, demonstrou-se que houve nítida redução (28%) desta ocorrência dentre os submetidos a AGI (LUK; OR; WOO, 1998). A importância deste impacto foi comparada, pelos autores, ao uso de beta-bloqueador no período após o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que reduz risco de novo IAM em 26% dos casos e da terapia adjuvante à mastectomia por câncer de mama, que reduz a recidiva em 29%. Na AGI podem ser detectadas muitas das particularidades que determinarão má evolução futura. A funcionalidade dos membros superiores avaliada sistematicamente por um teste simples e prático proposto por Guralnik (1995) revelou fortes indícios de quem, na evolução, foi encaminhado a um em uma grande população americana (GURALNIK; FERRUCI; SIMONSICK, 1995). Uma vez detectada a limitação, opta-se por qual medida seria a mais conveniente para eliminar o fator de risco ou reduzir a sua progressão. A título de exemplo, as fases iniciais da Doença de Parkinson ou a sarcopenia acentuada podem, muitas vezes, não ser manifestas como sintomas e passarem despercebidas ao olhar menos sensibilizado. Em uma AGI sistemática, esta limitação tornar-se-á evidente e o tratamento será iniciado precocemente, seja ele medicamentoso ou não. Da mesma forma visão, audição, equilíbrio, cognição, humor, sono, autonomia e independência, estado nutricional, continência urinária e fecal, rede de suporte social, auto-avaliação da saúde, perspectivas futuras, enfim todos os parâmetros determinantes do “estado de pleno bem-estar físico psíquico e social” devem ser conhecidos para que seja possível, na cronologia indicada, intervir adequadamente.

**2. Estimulo à atividade física regular:** infelizmente, embora tenhamos cada vez mais evidência a favor dos efeitos preventivos dos exercícios em relação aos principais fatores de riscos para as

doenças comuns à segunda metade da vida, vemos com pesar um progressivo sedentarismo sendo incorporado aos hábitos e costumes do homem moderno. Quem poderia supor, há algumas décadas que teríamos que atuar contra o sedentarismo infanto-juvenil. Estudos recentes demonstram que a obesidade é muito mais uma condição da atividade do que de um aumento expressivo da ingestão calórica. Há nítida correlação entre o peso corporal e o tempo em que o indivíduo permanece diante de uma tela, seja ela de televisão ou de computador. Se isto é preocupante entre os mais jovens, é ainda mais entre os idosos, pois esta progressiva redução da mobilidade que caracteriza os hábitos da maioria das pessoas que envelhecem torna-se um dos principais motivos para o incremento da sarcopenia e das limitações funcionais. Há tanto interesse em modificar esta condição de imobilismo que campanhas voltadas para o estímulo à prática de atividade física regular estejam ocorrendo a nível local ("Agita São Paulo") ou no mundo (Carta a Heidelberg), entre outros. O estímulo, porém, para hábitos de vida mais sedentários (elevadores, esteiras rolantes, controles remotos, entregas a domicílio, compras pela internet, trabalho e educação à distância) são importantes opositores a esta intenção. Salienta-se que, para os idosos há o agravante de encontrar os ambientes favoráveis para a prática de exercícios. Ao nosso ver, mais do que construir opções apropriadas que dependam de recursos financeiros e políticos poucos disponíveis, há que se "customizar" os ambientes já existentes. Temos recomendado que idosos interessados em iniciar um programa de atividades físicas, façam suas caminhadas em segurança nas alamedas das galerias e antes da abertura das lojas. Em mais de um deles já ocorreu, por iniciativa das empresas locais, a contratação de um Professor de Educação Física ou de uma Fisioterapeuta para orientar os exercícios que precedem e sucedem a caminhada. Obviamente não é a solução que nos satisfaz, mas é com certeza um passo importante da mobilização de um segmento em busca de novas opções em favor da sua saúde. Deste ponto para a busca por exercícios mais específicos para cada demanda ou necessidade, teremos um caminho bem mais curto e favorecido. Cabe aos profissionais a responsabilidade de incentivar com as evidências já suficientemente disponíveis, que a atividade física faça parte do cotidiano de quem pretende ter um envelhecimento saudável. Em recente manifestação do professor Keneth Cooper, defensor contumaz dos exercícios aeróbicos na proteção do

sistema cardiovascular nas décadas de 70/80, hoje um praticante confesso dos exercícios resistidos por entender que esta composição é a que melhor protege e recupera a funcionalidade do idoso. Do alto dos seus 78 anos conclui "quem não tiver tempo para realizar atividades físicas vai ter que encontrar tempo para cuidar de suas doenças".

**3. Mudanças de hábitos deletérios:** não há dúvida atuais quanto à importância da interrupção de tabagismo em qualquer idade. Os benefícios são evidentes a partir da oitava semana de abstinência. Não há motivo, pois para se admitir que o tabagismo possa ser indiferente para quem fuma há seis décadas. Entendo que quem justifica a manutenção por ser este "o seu único amigo" ou "o último prazer que lhe resta" é portador de um distúrbio afetivo sintomático e necessita ser tratado como tal. Uma abordagem adequada não só interromperá a exposição ao tóxico como propiciará um retorno ao equilíbrio psíquico e ao convívio social independente de subterfúgios prejudiciais a saúde. Da mesma forma se encontra o conhecimento sobre o alcoolismo. Especial atenção deve ser dada a esta prática em idosos quando muitas vezes retomam ou se iniciam nesta condição como substituto dos seus desajustes psíquicos e sociais. Por outro lado tem sido demonstrado que o uso moderado de bebidas alcoólicas em especial o vinho (mais ou menos 150 a 200ml dia) pode ser acompanhado de menor incidência de doenças cardiovasculares e neurológicas. No nosso entendimento, as controvérsias com relação a ser este um fator causal ou meramente marcador do equilíbrio emocional (nem falta nem exagero) ainda não nos permite identificar esta prática com recomendável. Devem ser entendidas também como hábitos deletérios, aquelas que ocupam demasiado tempo no cotidiano das pessoas. São, em geral, atividades que impedem uma agradável distribuição dos papéis profissionais e sociais e que no futuro, quando interrompidas, vão causar importante transtorno no estado de saúde, conforme a definição da OMS. São bons exemplos aqueles que se destinam, fundamentalmente, a um só objetivo profissional ou a cuidar de seus dependentes (filhos ou parentes enfermos)

**4. Adequação nutricional:** a longo tempo sabemos (mas pouco aplicamos) que há uma necessidade nutricional para cada fase da vida ou cada condição funcional. O envelhecimento é um dos grandes exemplos desta condição. Além de se tratar de um processo de heterogeneidade

funcional, onde mesmo gêmeos univitelinos que envelhecem em condições diversas, tornar-se-ão incomparáveis nas décadas futuras. Encontraremos em uma população de mesma idade, uma grande gama de situações em que a dieta deverá ser adaptada. Com isto, quero enfatizar que não existe uma "dieta ideal para o idoso". São razoavelmente estudadas, quais as necessidades alimentares para cada componente e em que condições devem ser limitadas ou suplementadas. Não raramente, porém, encontramos, mesmo em ambientes funcionalmente financeiramente favorecidos, a existência de desnutrição protéica, porque foram oferecidos ao idoso nos últimos anos os "alimentos mais leves" constituídos em geral de carboidratos. Fatores outros como a dentição, as possibilidades de compra e de preparo do alimento, a necessidade de viver e de cozinhar sozinho, os distúrbios de humor e as alterações do aparelho digestivo, em meio aos efeitos deletérios da diminuição do apetite, secreção de saliva e paladar criam um cenário muito favorável ao prejuízo nutricional. Desta condição para o comprometimento da saúde, a evolução é certa e imediata. As conseqüências estruturais (osteoporose, sarcopenia e atrofia do tecido subcutâneo) e funcionais (imunidade, locomoção, controle da temperatura) são freqüentemente relacionadas aos mecanismos fisiopatológicos da quase totalidade das doenças que acometem o idoso. Não creio haver qualquer estratégia de prevenção e/ou planejamento terapêutico, mormente em idosos, que possa prescindir da adequação nutricional. Importante salientar que estas recomendações, à semelhança da atividade física, devem partir de um basal comum à maioria das pessoas mas deve atender às características individuais de cada idoso. Respeitar os valores culturais, hábitos, preferências e condições econômicas são as particularidades que identificam o profissional capacitado a atuar nesta faixa etária. A opção de obter, da alimentação, uma interessante opção de busca pelo prazer pode, muitas vezes, ser a porta inicial da solução de importantes conflitos sociais. Bom exemplo desta capacidade tem sido evidenciada por estudos realizados com a introdução de animais domésticos na residência de quem vive sozinho ou em instituições de longa permanência (ILP), denominada Observa-se, em conseqüência, incremento da condição nutricional (companhia para comer e ter que preparar o alimento) e das atividades físicas (ter que levar o animal passear, ao veterinário, ao ) e da auto-estima.

**5. Postergar o início das doenças:** este é um dos aspectos mais interessantes a ser incluído entre os indivíduos que visam o envelhecimento saudável. Se, por um lado, estamos cientes da grande probabilidade de sermos portadores de doenças crônicas na fase intermediária da vida, não há porque esperá-las passivamente para depois tratá-las. Quem melhor postulou esta possibilidade foi Fries (1980) demonstrando que o aumento da expectativa de vida de uma população enferma produz "aumento de vida com doença" o que pouco contribui para o bem-estar do indivíduo ou da sociedade. Por outro lado, os procedimentos que visam produzir os fatores de risco têm por objetivo postergar o aparecimento das doenças nos geneticamente predispostos fazendo com que se manifestem mais tardiamente ou não tenham a possibilidade de se manifestar. Bons exemplos são o controle da obesidade nas pessoas de maior risco para diabetes, a restrição de sal para os propensos a HAS ou uso de meias elásticas para quem descende de portadores de varizes dos membros inferiores. Assim podemos almejar em breve, quando pudermos detectar os determinantes genéticos para cada enfermidade, quais as principais estratégias a que cada um deve aderir. Por enquanto nos valem das informações advindas dos antecedentes familiares e do conhecimento sobre incidências e prevalência de cada enfermidade em cada fase da vida. Nem todos necessitam de tudo, mas a possibilidade de prevenir a ocorrência precoce de uma enfermidade crônica trará inigualável benefício quanto à possibilidade das futuras complicações. Segundo Fries, mesmo quando há alguma perda na expectativa de vida total, a compressão da morbidade terá grande benefício na ampliação do período de vida sem doença e sem grandes limitações (FRIES, 1980).

**6. Uso criterioso de fármacos:** infelizmente, faz parte da cultura popular (e de muitos profissionais), que idosos tenham que tomar muito medicamento. Há ainda quem acredite que quanto mais medicamentos ingeridos maior a possibilidade de saúde. Ao contrário, dentre os mecanismos mais importantes do comprometimento da saúde de quem envelhece, a polifarmácia (uso de 3 ou mais drogas concomitantemente), é um dos mais influentes. Em praticamente todos os estudos de risco para determinação do prognóstico o número de medicamentos utilizados mostra correlação com os piores resultados. A reação adversa a medicamentos (RAM) vem sendo vista como um dos maiores agravantes do estado de

saúde do idoso, constituindo uma importante causa de internação prolongada e de mortalidade entre idosos. Em geral o olhar melhor sensibilizado para os possíveis fatores causais de cada manifestação clínica e do elenco de opções não medicamentosas disponíveis para controlá-las acaba se traduzindo por uma prescrição de poucos fármacos muitas vezes retirando os excessos previamente utilizados. Ao contrário do que muito se advoga em relação a dificuldade que idosos teriam em modificar seus usos e costumes, a retirada de boa parte dos medicamentos não só traz benefícios farmacodinâmicos como também financeiros e bem-estar individual. Recomenda-se que qualquer profissional utilize seus conhecimentos para incentivar o paciente a conversar sobre a real necessidade dos medicamentos com quem os prescreveu. Todos (exceto talvez a indústria farmacêutica) serão privilegiados com atitudes como esta. Atenção especial deve ser dada ao uso de medicamentos que visam retardar ou inibir o processo de envelhecimento. Atingem o ápice ao preconizar a "medicina anti-envelhecimento". Não há, até o momento, qualquer indício minimamente convincente de que alguma substância possa interferir nessa evolução. Temos, pois, a obrigação de argumentar enfaticamente contra estas propostas porque, além de deletérias à saúde e às finanças de quem as utiliza, desviam, muitas vezes os recursos necessários ou a credibilidade das outras ações que, comprovadamente, contribuem para o envelhecimento saudável.

**7. Compensar as limitações:** infelizmente no momento atual ainda é maior o contingente de pessoas que procura o profissional de saúde para corrigir um problema já manifesto. Na maior parte das vezes são limitações já evoluídas e agravadas por complicações delas decorrentes. Mesmo assim, muito há para ser feito para que estas se tornem o menos incapacitante possível e para que evoluam com a mínima gravidade. Esta é uma das interessantes oportunidades para atuar no indivíduo e no meio em que vive, pois haverá um grande elenco de possibilidades para intervir adequadamente nos dois setores. Se por um lado há a possibilidade de minimizar de múltiplas maneiras a magnitude da limitação há equivalente perspectiva de adaptar o ambiente às remanescentes. Um bom exemplo disso são as possibilidades de atuação junto a um paciente com um declarado prejuízo motor decorrente de um quadro neurológico (Doença de Parkinson ou Acidente Vascular Encefálico). Aliado a toda gama

de intervenções medicamentosas, fisioterapêuticas, nutricionais, fonoaudiológicas, psicológicas, terapêutico ocupacionais que possa ser beneficiado, a adaptação do ambiente em que vive e das pessoas que o cercam para a sua nova realidade será fundamental para que tenha o máximo de autonomia e independência que sua condição funcional possa lhe permitir. Entendo, pois, que "o envelhecimento saudável decorre da menor prevalência de doenças crônicas e/ou das suas conseqüências funcionais".

**8. Prevenir acidentes e traumas:** nesta mesma linha de atuação no indivíduo, no ambiente e nos familiares/cuidadores, vem a questão de como reduzir as lesões externas. Estas vêm constituindo em um componente cada vez maior das morbi-mortalidades de idosos. Ao contrário dos mais jovens em que as lesões externas decorrem fundamentalmente de acidentes de trânsito e/ou da violência, dentre os idosos predominam os acidentes domésticos em especial as quedas. Especial atenção deve ser dada aos fatores que aumentam a sua incidência, pois suas complicações incluem além de fraturas e de hematoma subdural crônico, a cada vez mais estudada "Síndrome Pós-Queda" que modifica completamente a dinâmica do idoso sem que sua causa seja frequentemente compreendida. São hoje reconhecidas como medidas de maior proteção contra as quedas, o fortalecimento da musculatura dos membros inferiores e a eliminação dos obstáculos domésticos como tapetes, degraus, pontos de má iluminação, objetos interrompendo o fluxo e escadas sem corrimão, entre outros. Uma vez mais cabe a todos os profissionais envolvidos com a saúde do idoso atentar para as adaptações do indivíduo a seu ambiente em prol de uma convivência mais protetora.

**9. Manutenção dos papéis sociais:** o envelhecimento é muitas vezes caracterizado pela perda de papéis e conseqüente redução da auto-estima. Assim ocorre com o profissional quando se aposenta ou com a mãe que não é mais responsável pelo cuidado dos filhos. Um dos grandes agravantes do "pleno estado de bem estar físico, psíquico e social" é a falta de perspectiva ou de objetivos que possam motivar aquele que envelhece. Para tal a diversidade de atuação e a busca por novas identidades funcionais tem se mostrado muito eficientes. O estímulo para que o exercício da cidadania seja mantido em qualquer idade é um dos instrumentos mais utilizados em comunidade onde o idoso apresenta melhor Qualidade de Vida. Continuar a se manifestar

pelo voto, opinando nas reuniões de condomínio ou nas discussões familiares, contribuindo para as tomadas de decisão ou para a execução de trabalhos adequadamente escolhidos são exemplos importantes da manutenção da cidadania e da ampliação do desempenho social. Se houve, no passado, o conselho dos anciãos ou o senado romano para permitir que os raríssimos idosos pudessem contribuir para a sociedade dos mais jovens, haveremos de criar espaços para que esta grande população de idosos que se agiganta a cada momento possa ser incluída na comunidade à qual pertence.

### **10. Ampliação da rede de suporte social:**

mesmo quando tivermos, em futuro próximo, a aplicação de grande parte destas medidas de Promoção do Envelhecimento Saudável, haverá um momento em que o idoso tornar-se-á mais limitado e dependente de outrem. Nesta fase da vida, serão de grande valia todos os laços afetivos e sociais que cultivou durante a sua existência. Será impactante em qualquer fase desta evolução, mas principalmente na etapa mais avançada, que hajam pessoas interessadas em tornar este período o mais confortável possível. Surpreende-se, em geral, quem dele participa, com a quantidade de ações simples e protetoras de bem-estar que se pode incluir nesta fase da vida. Estudos muito bem conduzidos têm demonstrado que a magnitude da Rede de Suporte Social tem sido um dos fatores mais relevantes na Qualidade de Vida do idoso no extremo da sua longevidade.

Com esta explanação sobre o tema limitada pelo tempo e pelas condições emocionais em que foram escritas, fica claro, espero eu, que a Promoção do Envelhecimento Saudável seja uma das grandes, senão a maior, prioridade para as Instituições de Saúde no transcorrer deste século, pois sua implementação implica em cuidar de todas as condições de saúde do ser humano desde a sua concepção, visto que cada passo precedente foi e será fundamental na condição posterior do indivíduo que envelhece.

Na sua mais recente reunião sobre o tema (GENEBRA, 2002), a OMS manifestou-se a respeito das políticas de saúde objetivando o envelhecimento ativo e propôs, como diretrizes, ações que vão desde o cuidado da gestante para propiciar o melhor desenvolvimento intra-uterino do futuro idoso até o estímulo para que este, nas fases mais avançada de sua vida, possa fazer uso dos instrumentos que a sua comunidade tem a lhe oferecer (OMS, 2002).

Envelhecimento Saudável é, pois, uma tarefa para toda a vida.

### **Bibliografia**

- BODENHEIMER, T.; WAGNER, E.H.; GRUMBACH, K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *Journal of the American Medical Association*, v.288, 2002. p.1775-9.
- CONFORT, A. **The biology of senescence**. Third Edition. New York, Elsevier, 1979. p. 27-42
- FRIES, J.F. Aging, natural death, and the compression of morbidity. **New Englan Journal of Medicine**, 303, 1980. p.130-136.
- GURALNIK, J.M.; FERRUCI L.; SIMONSICK E.M. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. **N Engl J Med**, 332,1995. p.556-61
- IBGE, **Censos da população brasileira**, 1991 2000.
- JACOB-FILHO, W. Atenção Multidisciplinar ao Idoso. **Geriatría em Síntese**, 3(1), 1984. p.98-103.
- JACOB-FILHO, W. Promoção da Saúde do Idoso: um desafio interdisciplinar. In JACOB-FILHO, W, (Ed.) **Promoção da Saúde do Idoso**. São Paulo: Editora Lemos, 1998.
- LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. **Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**. Projeto SABE. OPAS, 2003
- LUK, J. K. H., OR, K.H., WOO, J., Using the Comprehensive Geriatric Assessment technique to assess elderly patients. **Hong Kong Medical Journal**, v.6, 1998. p.93-8.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 1947.
- OMS. **Active Ageing: A Policy Framework**. Geneva: World Health Organization, 2002
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud de los ancianos: una preocupación de todos**. 1992.