

Os bastidores da saúde pública e longevidade nos jornais paulistas

Ana Lúcia Marques de Souza

Bernadete de Oliveira

Talitha Lobo

RESUMO: Neste artigo os recortes das matérias foram agrupados na categoria “Envelhecimento: ciência e saúde”, com o objetivo de mostrar o trabalho da imprensa sobre o envelhecimento nos campos da saúde pública e privada, no desenvolvimento de pesquisas, como avanços tecnológicos e farmacológicos. A análise destes recortes trouxe os bastidores da Saúde Pública e da Longevidade na Cidade de São Paulo, descritos em 130 recortes, dos quais foram selecionadas 39 notícias, resultando na classificação do papel da imprensa, dividida em três momentos: a denúncia, a divulgação e a notícia.

Palavras-chave: Envelhecimento; Saúde pública; Longevidade

The backstage of public healthcare and longevity in Sao Paulo newspapers

ABSTRACT: *In this paper cuttings from reports were grouped together in the “Aging: Science and health” category in order to show the work of the press on aging in the fields of public and private healthcare in developing research projects, such as technological and pharmacological advances. The analysis of these cuttings brought up the backstage of Public Healthcare and Longevity in the city of Sao Paulo, described in 130 cuttings, 39 of which stories were selected, resulting in the classification of the role of the press according to three stages: the complaint, the broadcasting and the news.*

Keywords: *Aging; Public healthcare; Longevity*

Neste artigo, os recortes das matérias foram agrupados na categoria “Envelhecimento: ciência e saúde”, com o objetivo de mostrar o trabalho da imprensa sobre o envelhecimento nos campos da saúde pública e privada, no desenvolvimento de pesquisas, como avanços tecnológicos e farmacológicos.

A análise destes recortes trouxe os bastidores da Saúde Pública e da Longevidade na Cidade de São Paulo, descritos em 130 recortes, dos quais foram selecionadas 39 notícias, resultando na classificação do papel da imprensa, dividida em três momentos: a denúncia, a divulgação e a notícia.

No primeiro momento, a imprensa denuncia a fragilidade da saúde pública em São Paulo, com instituições hospitalares despreparadas tecnicamente e escassez de mão de obra especializada para prestar atendimentos adequados aos idosos e população em geral. As matérias *Mistério em morte de aposentado no Hospital de Pirituba* e *Técnico morre em PS logo depois de ser liberado de hospital* ilustram que, apesar da população ser atendida, isso não garante um diagnóstico e ou tratamento correto.

No segundo momento, além da divulgação da precariedade dos serviços de saúde, também foram caracterizados de forma fragmentada os programas existentes, tornando-os de difícil alcance para a população em geral. As matérias *A dura briga por atendimento nas UBS* e *No HC, apenas casos complexos* mostram que a população busca os serviços no mesmo lugar porque ainda falta determinada especialidade médica na Unidade Básica de Saúde (UBS) da sua região. Em outros casos - como mostram estas duas matérias *Mutirão da visão: 3,5 mil pessoas* e *Mutirão contra catarata: 700 farão cirurgia* -, quando há a oferta de determinado serviço em grande escala, os jornais divulgam os resultados positivos das campanhas, sem, no entanto, mostrarem os números da demanda existente.

O terceiro momento destaca notícias de caráter informativo, sobre os planos de saúde privados, determinados hábitos da vida cotidiana, como malefícios do uso de cigarros e novas descobertas da ciência.

Denúncia

Técnico morre em PS logo depois de ser liberado de hospital

Mistério em morte de aposentado no Hospital de Pirituba

(JT 04/06/2005)

A polêmica envolvendo a morte de um aposentado atendido pela rede pública de saúde começa quando o hospital alega que havia no local uma equipe de profissionais e que o atendimento foi realizado rapidamente porque naquele dia não havia filas, porém, não conseguiram salvar a vida do homem. *Fizemos tudo o que podíamos*. Diz a enfermeira.

No entanto, uma sindicância seria aberta pelo Ministério da Saúde no dia 6 de junho de 2005 para apurar se houve erro ou inadequação na conduta. Não foi divulgado o resultado da sindicância nos meses seguintes, evidenciando que os jornais focam a situação ruim da saúde pública, mas não possibilitam ao leitor acompanhar o desfecho desse caso, nem dos seguintes:

1. *Câmara não cumpre lei e servidora morre* (JT, 26/08/2005) é o título da matéria que relata o falecimento de uma funcionária da Câmara que morreu de parada cardíaca porque no local não havia desfibrilador portátil que a teria salvado. A matéria assinala que Lei do Poder Legislativo obriga prédio a ter o aparelho. Ela tinha 60 anos e era copeira da Casa.

2. *Homem morre em incêndio* (OESP, 09/08/2005), assinala que Samir Bechara, 67 anos, foi encontrado caído na cozinha e sofreu uma parada cardiorrespiratória. Ao perceber a fumaça, vizinhos arrombaram a porta para entrar no apartamento e em seguida acionaram o corpo de bombeiros. Nenhum outro apartamento foi atingido no incêndio.

3. *Extremos da cidade não têm acesso a atendimento* (FSP, 13/06/2005) fala sobre o mapeamento feito pelo Hospital Albert Einstein em parceria com a Prefeitura de São Paulo que constatou a existência de áreas onde a população fica distante de oportunidades, tem baixo poder aquisitivo e é privada do acesso ao desenvolvimento urbano. Os residentes dessas regiões queixam-se da dificuldade de conseguir atendimento médico.

A matéria relata que o funcionário público que mora na mesma região, Josué Domingos de Santana, 60 anos, faz *vaquinha* entre os vizinhos para poder pegar os

dois ônibus até um pronto socorro. *Foi o único jeito que encontrei para chegar ao médico.* Explica Santana.

Relata ainda que a dona de casa Maria de Jesus Rodrigues, 65 anos, mora na Zona Leste e parou de fazer o tratamento para problemas no coração devido à distância até o hospital. *Há mais de um ano, fui ao Santa Marcelina (Hospital de Itaquera, Zona Leste). O médico pediu um exame, mas não fiz, pois é complicado chegar lá. Desisti e rezo para não me acontecer nada pior.*

A notícia assinala que muitas pessoas acabam desistindo de tratamentos e exames devido à distância dos hospitais, postos de saúde e ambulatórios. Os bairros mais prejudicados, segundo a pesquisa realizada, são os da Zona Norte. *Há áreas em que a população aumentou rapidamente e não foi construída nenhuma unidade de saúde.* Diz Miguel Cendoroglo Neto, médico coordenador da pesquisa.

Paralelamente, a matéria indica que universidades privadas realizam campanhas para o atendimento dos moradores de bairros de “privação”.

4. *Unicid atende mil moradores da Penha* (JT, 26/06/2005) trata de outra notícia envolvendo o atendimento médico à população. No Largo do Rosário, estudantes de medicina e enfermagem avaliaram a saúde dos moradores. Alguns serviços foram feitos como: aferir a pressão arterial, o índice de massa corpórea e fazer testes de glicemia e colesterol. A população pôde também contar com dentistas, orientações jurídicas e fisioterapia.

A notícia descreve que enquanto uma enfermeira dava explicações sobre o aparelho reprodutor feminino, a varredora de rua Rosemeire Conceição manuseava curiosa uma camisinha feminina. *Uma vez uma doutora não quis fazer exame de mama em mim, disse que eu era muito nova.* Contou Rosemeire à imprensa.

A matéria diz que os alunos do quinto ano de direito ministraram uma palestra para cerca de 60 idosos, explicando sobre seus direitos. *Temos o papel social de dividir com a população o conhecimento universitário.* Declara a professora do curso de Direito. Segundo a coordenadora do “Unicidades”, Ana Maria Melo, o trabalho junto à comunidade está só começando. *Os projetos sociais vão continuar em 28 escolas e 21 entidades da Penha, por pelo menos mais um ano.*

5. *A dura briga por atendimento nas UBS* (JT, 22/07/2005) descreve que atualmente faltam médicos, cirurgias urgentes não são feitas nem marcadas, doentes não encontram profissionais especializados e acabam aumentando as filas na frente de hospitais também lotados. Esse - com raras exceções - é o retrato da rede municipal de saúde.

A previsão, segundo a notícia, é que essa situação deverá se tornar ainda mais caótica a partir de agosto de 2005, quando o Hospital das Clínicas (HC) deixará de atender a casos de média e baixa complexidade. Estes casos serão encaminhados para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas a maioria não tem como absorver de imediato esse aumento de demanda. Além disso, a população faz exatamente o contrário do que é recomendado pelos estudiosos da saúde e, corre para um dos quinze hospitais municipais, habitualmente lotados.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem problemas de insuficiências e ineficiência reconhecidos, mas também reúne uma coleção de realizações que muito ajudou na garantia de vida e saúde de milhões de brasileiros, no passado mais dependentes de caridade e filantropia do que beneficiados por direitos cidadãos.

Queria pegar o resultado de uns exames. Daqui a pouco morro e não fico sabendo do quê (JT, 15/06/2004). Opinião de Benedita Tomazetti, 70 anos, sobre o Hospital Perola, que continuava em greve.

No HC, apenas casos complexos (OESP, 2/8/2005), notícia que trata de alterações do sistema. De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde, no primeiro dia da mudança foram marcadas 313 novas consultas com especialistas em ambulatórios. O número corresponde a 82% a mais do que a média diária do hospital (172). A mesma secretaria informou que os pacientes agendados serão atendidos nos ambulatórios estaduais em no máximo 30 dias – no HC esse tempo era de até três meses.

Essa expectativa otimista condiz com a opinião da dona de casa Delma de Souza, de 67 anos, que concorda com o novo sistema: *Dar vagas para quem precisa mais é justo*. Mas não abre mão de ser atendida no hospital onde é paciente há 20 anos.

Com todos os erros e acertos, o grande empregador da equipe multiprofissional de saúde, que nasceu na nova Constituição de 1998, foi o SUS, incorporando milhares de profissionais tanto na atenção direta, como na vigilância epidemiológica e sanitária, além das funções técnicas de gestão. Em 20 anos, o SUS aumentou a atenção à saúde de mais brasileiros:

Divulgação

Mutirão de catarata reúne 6 mil (JT, 25/07/2004)

Em mais uma edição da Campanha da Catarata, cerca de 6 mil pessoas com mais de 50 anos passaram o dia no Hospital das Clínicas, para fazer exames gratuitos da visão e agendar cirurgias, em alguns casos.

A doença tem grande incidência entre os idosos. A dona de casa Odete Pardini conseguiu enfim marcar a data da cirurgia. *Pensei que nunca ia ser atendida, cheguei até a sentar no chão.* Conta ela satisfeita por poder se livrar da *nuvem* da vista. *Agora vou voltar a enxergar bem.*

Mutirão da visão: 3,5 mil pessoas (JT, 07/08/2005)

Aurora Rodrigues, 76 anos foi uma das pessoas que conseguiu ser operada. Ela enfrentou quatro horas de viagem de Cruzeiro, no interior do estado, para chegar antes das 7 horas na fila que dava umas duas voltas ao redor da Universidade Federal do Estado de São Paulo (Unifesp). *Não sabia que ia precisar de cirurgia. Ainda bem que eles fizeram todos os exames e a cirurgia foi rápida.*

Para ser atendido nos mutirões do Instituto da Visão em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde, é preciso ter 50 anos ou mais de idade ou 5 anos ou mais de diabetes.

Mutirão contra catarata: 700 farão cirurgia (JT 22/08/2005)

Há quatro anos, a aposentada Luzia Antunes da Silva, 79 anos, começou a perceber que os óculos não mais serviam para que ela continuasse a enxergar sem problemas. *Parece que tem uma fumaça esbranquiçada.* Disse.

Ela estava entre as 700 pessoas que marcaram a cirurgia no mutirão organizado pelo Hospital Monumento.

Vou chegar aos 80 anos, enxergando como mocinha. Comemorou. Vale a pena destacar que a fala da idosa ilustra bem que a juventude é compreendida como juízo de valor. Para o senso comum, na juventude, a funcionalidade do corpo é tida como perfeita. No entanto, nem sempre a doença e a disfunção de determinado órgão está necessariamente ligada ao envelhecimento.

Só que conviver com o início de cegueira, não é uma tarefa fácil para ninguém, mas se torna especialmente mais árdua para um indivíduo idoso que está se adaptando a tantas outras alterações.

Por exemplo, a retinopatia diabética e a degeneração macular, que são dois dos mais frequentes problemas que afetam a visão com o avançar dos anos e que, se não tratados, podem levar à cegueira.

A retinopatia atinge portadores de diabetes. *Acredita-se que 5% dos pacientes diabéticos terão problema de visão em até 10 anos do diagnóstico da doença.* Disse o médico oftalmologista Gustavo Teixeira Grottone, do Instituto da Saúde Ocular. Já a degeneração está totalmente relacionada com o envelhecimento do corpo e pode ocorrer em qualquer pessoa, mesmo aquelas que nunca tiveram problema de visão no decorrer da vida.

Em sua evolução, a diabetes causa lesões que afetam artérias e veias do corpo e os órgãos que mais sofrem são os olhos e os rins. Explica Gustavo Grottone. Nos olhos, a diabetes pode causar alterações no cristalino, originando a catarata ou provocando hemorragias e vazamentos na retina e também alterações do nervo ótico. O maior foco de atenção em pacientes diabetes é o fundo do olho ou retina, que se lesionado pode levar à cegueira irreversível.

Portanto, a mudança do perfil epidemiológico acarreta intervenções mais onerosas, demandando tecnologia de alta complexidade. Além disso, requer pessoal qualificado para formar equipes não somente multi, mas também interprofissionais, com vistas ao alcance da integralidade do cuidado. Essa discussão vem ressaltar que é imperioso reorientar a organização do sistema de saúde e do cuidado para atender a

essa demanda crescente, requerendo medidas urgentes por parte das políticas econômicas e sociais, das escolas de formação dos profissionais de saúde em seus vários níveis e da sociedade em geral.

Banco de ossos é referência no país (OESP, 24/07/2005)

Há sete anos, a aposentada Anna Fonseca, de 79 anos, passou por uma operação e precisou recorrer ao banco de ossos, mas outras pessoas podem não ter a mesma sorte, já que, embora tenha capacidade de oferecer tecido músculo-esquelético para mais de mil transplantes por mês, a unidade tem apenas doações armazenadas, todas já comprometidas. A espera por transplantes, porém é longa: há 740 pacientes na fila.

A demanda atual requer pelo menos uma doação por dia, suficiente para fornecer tecidos para 30 pacientes. Não podem doar apenas pessoas que tenham tido câncer, osteoporose ou doenças infecto contagiosas transmitidas pelo sangue, como hepatite, AIDS e malária, ou que tenham feito uso recente e prolongado de corticóide.

Anna lamenta o fato de não poder ajudar na campanha e, assim, retribuir a ajuda recebida. *Doaria com prazer, mas meus ossos não vão servir, pois sofro de osteoporose.* Diz, ressaltando que o banco foi fundamental para resolver a perda óssea provocada por incorreções em uma cirurgia de implante de prótese.

Por outro lado, o aumento da demanda por saúde da população como um todo e os conhecidos problemas do programa do SUS, abriu uma brecha para os planos de saúde privados. Esses também cresceram rapidamente em nosso país e têm demonstrado despreparo para atender a demanda de idosos.

Planos de saúde: sobram dúvidas (JT, 03/06/2004)

Cerca de 400 pessoas foram até o mutirão promovido pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) para tirar dúvidas sobre o que fazer com o convênio médico. Consumidor tem que decidir entre deixar o contrato como está, migrar de plano ou fazer a adaptação.

A dúvida da aposentada Benedita Glória Domingos de Abril, de 63 anos, era sobre o preço que teria de pagar se precisasse fazer a adaptação, a migração ou o

reajuste técnico de seu plano. Benedita que paga hoje R\$300,00 pelo plano que possui, soube que, no seu caso, a mudança não seria necessária. *Estava com medo de que o plano sofresse um reajuste muito alto.*

Partindo do pressuposto que a saúde deixa de ser um direito do cidadão, passa a ser uma mercadoria e é comercializada, observa-se que há perversão por parte dos planos. Pois, as seguradoras de saúde privada associam a velhice à doença, para justificar os valores exorbitantes e a negligência na cobertura de determinadas enfermidades.

Plano de saúde individual começa a virar raridade
Aposentada fica sem cobertura no convênio
(JT, 25/07/2005)

O fato de poucas operadoras oferecerem planos individuais, dificulta a vida de quem não tem acesso aos planos coletivos ou empresariais. A aposentada Manoelina das Dores Cardoso tem 74 anos, há nove era beneficiada por um plano empresarial do filho Otávio Luís Santos. Ela pagava mensalmente R\$ 380,00 pelo convênio.

No entanto, em março, a operadora reincidentiu o contrato com a empresa em que Otávio trabalhava e, agora, a aposentada está sem plano de saúde.

Para continuar com a mesma operadora, ela teria de fazer um plano individual. Diz a filha de Manoelina. O preço do novo plano de saúde para sua mãe seria de R\$ 500, 00, com enfermaria e, R\$ 600, 00, para plano de apartamento.

Muitos serviços oferecidos especificamente para idosos vêm esse segmento etário como um *filão de mercado*. No entanto, não há garantias de que estejam preparados para atendê-los de forma personalizada.

O aposentado Felicíssimo Catugay, 82 anos alega: *Não conseguia pagar mais.* Ele mora sozinho, e tem uma aposentadoria de R\$1,2 mil. Este valor era insuficiente para arcar com um plano de saúde, por isso, há cinco anos, ele optou por uma operadora especializada em terceira idade. *Já tinha tido dois planos diferentes, mas os preços sofreram muitos reajustes, enquanto o valor da aposentadoria continuava o mesmo.* Lamenta. *Os remédios são os maiores gastos que eu tenho.*

As operadoras especializadas em terceira idade seguem a tendência dos estudos que visam à prevenção, baixando assim os custos com o tratamento das

doenças e dos exames que são muito dispendiosos. De que forma é feita esta prevenção?

Algumas monitoram a vida das pessoas, considerando-as como *bomba relógio*, porque podem, de um momento para outro, trazer prejuízos à empresa. Um exemplo clássico é o da pessoa que tem hipertensão arterial, porque ela pode sofrer um Acidente Vascular Encefálico (AVE), e evoluir com seqüelas graves, necessitando de atendimento de enfermagem domiciliar, além de acompanhamento médico e de uma equipe multidisciplinar a longo prazo.

IR: maior de 50 vai deduzir gasto com remédios (capa)
Maior de 50 poderá deduzir remédio do IR (Caderno Economia)
(JT, 12/08/2005)

Quem tem mais de 50 anos poderá deduzir da declaração do Imposto de Renda (IR) da Pessoa Física, a partir do ano que vem, as despesas com medicamentos de uso contínuo para consumo próprio. É o que prevê o projeto de lei nº 5.619/2005.

Os medicamentos de uso contínuo são para tratar doenças como diabetes e hipertensão, por exemplo. Pelo projeto de lei, para ter direito ao abatimento o contribuinte deverá guardar a receita médica e a nota fiscal da compra do medicamento.

Inauguram a farmácia, fazem política com a imprensa em volta, mas ela não funciona (JT, 09/06/2004). Opinião do aposentado Antonio Ayres Duque, 72 anos, que foi à farmácia popular e não encontrou seu remédio para hipertensão.

Ninguém me explica o motivo da tanta fila (JT, 23/06/2004). Opinião da aposentada Natalina Lima, que morava em Mauá e enfrentou 4 horas de fila para pegar remédio em Centro de Saúde da Vila Mariana.

No entanto, para os usuários da rede pública de saúde, a Secretaria Municipal desenvolveu um programa de entrega de medicamentos em domicílio que beneficia os portadores de hipertensão e diabetes. A reportagem foi vinculada em dois diferentes jornais, na mesma data e utilizando a mesma imagem de uma das beneficiadas do programa piloto.

Secretaria vai ampliar entrega de remédios em casa (OESP, 28/07/2005)

Programa remédio em casa já funciona (JT, 28/07/2005)

A matéria assinala ainda que a Secretaria Municipal vai ampliar o programa de remédio em casa para 48 Unidades Básicas de Saúde.

Desde 12 de junho, 220 pessoas já vêm recebendo em casa medicamentos para hipertensão e diabetes. A intenção, é que até dezembro 50 unidades sejam incluídas por mês no projeto.

Só serão incluídos no programa hipertensos com registro de pressão arterial menos que 140x90 milímetros de mercúrio (mmHg) nas duas últimas consultas e sem complicação cardiovascular ou diabéticos que não usam insulina.

Quem já recebe o remédio em casa aprova: *Eu tinha que ir ao posto todo mês e nem sempre achava o remédio. Aí rodava outros postos até achar.* Disse Carmem Moreno, de 61 anos, que toma sete comprimidos por dia contra hipertensão. *Pena que não tenha isso para cardíacos como meu marido.*

Por enquanto não há previsão de o programa ser estendido para outras doenças. A hipertensão afeta parte da população de ambos os sexos e é proporcional ao envelhecimento, ou seja, quanto mais a população envelhece, maior é o risco de ser um hipertenso, o Brasil não produz estes medicamentos específicos, dependendo da importação o que torna os tratamentos mais onerosos.

Pensando nisso, pesquisas têm sido feitas para tentar sanar ao menos este problema, como é o caso da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Hipertensão: UFRJ busca remédio (OESP, 20/06/2005)

Pesquisadores desenvolvem projeto para ter um medicamento nacional direcionado para o problema. A matéria assinala que *o Brasil não produz anti-hipertensivos e a grande vantagem desse protótipo que estamos desenvolvendo é que é um produto nacional, mais barato e até agora não mostrou provocar nenhum efeito colateral nos testes com ratos.* Disse o Professor Carlos Alberto Mansour Fraga.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), mais conhecida como pressão alta, é uma doença que na maioria dos casos não tem cura. Os dados do Ministério da Saúde mostram que 35 % da população brasileira com mais de 40 anos sofrem deste mal. E

deste percentual, cerca de 25% das pessoas poderiam ser tratadas sem medicação, apenas com atividades físicas e alimentação adequada.

A HAS em idosos está associada a um importante aumento nos eventos cardiovasculares que têm como consequência a diminuição da sobrevida e piora na qualidade de vida. Estudos demonstraram os benefícios do tratamento da HAS na população idosa, com redução significativa dos eventos cardiovasculares e melhora na qualidade de vida. O tratamento medicamentoso deve ser empregado, assim como o não-farmacológico, sempre pensando no indivíduo com suas expectativas e comorbidades.

Modificações de estilo de vida podem ter ótima aderência desde que bem orientadas, principalmente, por meio da atuação de uma equipe multidisciplinar.

Com relação ao uso de medicamentos pelos idosos, estudos mostram o risco da chamada *polifarmácia*, na qual o idoso toma mais de quatro remédios, indicados por médicos de diferentes especialidades e que não interagem entre si.

Por consumirem mais medicamentos para o tratamento de co-morbidades, os idosos são mais vulneráveis ao surgimento de reações adversas. A prescrição balanceada, por exemplo, é uma das medidas de fundamental importância para diminuir essas reações, tendo em vista a diminuição do tempo de internação, do gasto e da piora do quadro de saúde do idoso.

Além disso, os idosos são os maiores consumidores de medicamentos vendidos sem receita médica. Outro dado importante é que a automedicação associada ao uso concomitante de álcool, é comum nessa faixa etária.

Ressalta-se que as mudanças fisiológicas que acompanham o processo de envelhecimento influenciam as concentrações de medicamentos e seu metabolismo. Essa concentração de medicamento quando interage com outras drogas como álcool, traz influência negativa para a habilidade psicomotora e cognitiva, o que aumenta o risco de acidentes, ferimentos, isolamento e, finalmente, institucionalização.

Por outro lado, os idosos mostram, muitas vezes, dificuldades de seguir o tratamento medicamentoso em casa, por confundirem os medicamentos, seus dias e horários.

Idosos sofrem com efeitos colaterais de remédios (JT, 25/08/2005)

Este é o título da matéria que chama a atenção para estudo realizado com 186 idosos internados em hospital de Santo André que apontou que 61,5% deles tiveram reações adversas a medicamentos. Em 11,3 % dos casos, o mau uso do remédio foi causa da internação.

Na hora de receitar remédio para um idoso, o médico deve estar muito atento aos riscos que cada medicamento pode gerar. É recomendável que os pacientes com mais de 60 anos recebam somente 2/3 das doses prescritas para pacientes jovens. Diz a geriatra responsável pelo estudo. A maioria dos idosos toma pelo menos um medicamento e 40% deles tomam dois ou mais.

O modelo de assistência é precário por estar focado no atendimento individual, médico e curativo. É impossível que um médico consiga atender em condições precárias muitas pessoas em um mesmo dia. Além disso, os médicos não são treinados para escutar.

O processo de envelhecimento populacional vem se constituindo num dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, principalmente nos países onde esse fenômeno tem ocorrido em situações de pobreza e grande desigualdade social.

Pode-se entender, então, que no Brasil são encontrados vários modos de se envelhecer, de acordo com a condição socioeconômica, sexo, acesso à informação e à educação, cultura e até mesmo pela região onde se reside. O processo de envelhecimento traz ainda mudanças significativas no âmbito da saúde.

No entanto, por sua dimensão múltipla, não tem sido fácil apreender significado da velhice, em sua totalidade. O velho é negligenciado, deixa-se de considerar fatores importantes como o próprio processo do envelhecimento, além do critério cronológico, as manifestações de eventos biológicos que ocorrem em determinado período e que, por sua vez, têm conseqüências em todas as demais dimensões da vida e saúde dos idosos.

E para as ciências biomédicas a queixa é sempre um sintoma que deve ser investigada com exames e tratado com remédio. Principalmente, quando parte do pressuposto que *tratar* um velho é complexo, pois envolve vários fatores que interagem. Sustentando, assim, a indústria farmacêutica, à custa da difusão da prática da *polifarmacologia*.

Para auxiliar os idosos a tomarem sua medicação da melhor forma possível, foi desenvolvido um sistema simples, de baixo custo e funcional.

Cores ajudam na hora de tomar remédio (JT, 02/08/2005)

Programa desenvolvido pelo Centro de Referência do Idoso acaba com a confusão dos medicamentos. Diz a matéria que tomando dez remédios diferentes por dia, o aposentado Antônio Mondoni, 68 anos, sempre se confundia na hora de abrir as cartelas de comprimidos. Só quando começou a frequentar a farmácia do Centro de Referência do Idoso, conseguiu tomar sua medicação corretamente.

Um sistema de associação de cores e desenhos, que identificam os dias, horários e a maneira como os medicamentos devem ser tomados, ajudou Antônio a acabar com a confusão de caixas de remédio em sua casa.

Aprendi facilmente o horário de tomar os comprimidos certos por causa das cores. Disse o aposentado.

Com etiquetas coloridas, os farmacêuticos identificaram os diferentes remédios e, por meio de desenhos, indicam em qual horário devem ser tomados. *A maioria dos nossos pacientes não enxerga bem ou tem dificuldades de leitura. O sistema de cores é muito eficaz para que eles gravem o horário.* Afirmou o diretor do Centro de Referência.

Entre as várias alterações fisiológicas associadas ao processo de envelhecimento, as referentes ao sistema imunológico merecem destaque porque geram maior suscetibilidade e vulnerabilidade às infecções, em comparação a população mais jovem.

Nos últimos 20 anos, o número e a taxa de internação por infecções respiratórias agudas aumentaram de forma constante entre os idosos sendo que a influenza e a pneumonia são as principais causas de morbi-mortalidade.

Arraes vence infecção pulmonar, mas segue na UTI (OESP, 01/07/2005)

Esta notícia assinala que o presidente nacional do PSDB, de 88 anos, praticamente conseguiu vencer a infecção pulmonar localizada na base do pulmão esquerdo, de acordo com boletim médico divulgado. A informação se baseia em exames que contatara uma regressão do quadro infeccioso. Desde a madrugada do dia

17 de junho internado na UTI do Hospital Esperança, no Recife, seu estado de saúde, no entanto, ainda é considerado grave pela equipe médica.

*Piora o quadro clínico de Miguel Arraes*¹ (JT, 08/07/2005)

Outra notícia dá continuidade ao quadro de saúde do político, ao descrever o seguinte: Ele voltou a respirar por aparelhos. Às seis horas e trinta minutos de ontem, teve dificuldade de respirar e arritmia cardíaca, sendo entubado. O estado “gravíssimo” de manhã foi classificado, à tarde, de “grave”. Médicos investigam a possibilidade de bacteremia (processo infeccioso generalizado). Desde o domingo Arraes, 88 anos, respirava sem aparelho e, ontem, daria sua primeira caminhada na UTI do hospital, onde deu entrada em 17 de junho, com suspeita de dengue.

Campanhas

Stênio Garcia alerta sobre gravidade da hepatite B (JT, 23/06/2005)

A matéria informa que o ator Stênio Garcia alertará a população sobre a gravidade da hepatite B e a importância da prevenção. A ação, feita em estação de metrô da cidade de São Paulo, faz parte do programa nacional de conscientização promovido pela Sociedade Brasileira de Hepatologia. O ator e sua esposa, Marilene Saade, que já teve a doença, formam o casal que lidera o programa: *Hepa! Hepatite B: Preste Atenção!*

Vacinação de idosos supera meta da OMS (OESP, 18/07/2005)

A matéria cita que o Ministério da Saúde informou que os números da Campanha Nacional de Vacinação do Idoso deste último ano ultrapassaram a meta recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Realizada em abril, a campanha imunizou 83,93% das pessoas acima de 60 anos.

Considerando a crescente demanda por medidas para reduzir as complicações decorrentes de infecções respiratórias, a vacinação contra a gripe surgiu como uma

¹ Miguel Arraes veio a falecer no dia 13 de agosto de 2005.

estratégia nacional de impacto na redução de até 50 % da mortalidade de idosos por doenças respiratórias.

Dados do sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS) mostram que no Estado de São Paulo, no período de 1998 a 2003, ocorreram cerca de 27.700 internações decorrentes de influenza e pneumonia, por ano na faixa etária de 60 anos ou mais.

Os reais benefícios da vacina se referem à prevenção de pneumonia viral primária ou bacteriana secundária e de hospitalizações, e, principalmente, à redução da mortalidade entre aqueles com doenças crônicas cardiovasculares e pulmonares.

Outras notícias reforçam a importância de campanhas contra o tabagismo, causador de doenças crônicas em idosos, dentre elas o câncer de pulmão, particularmente em grupos mais vulneráveis, justificando medidas preventivas e assistenciais específicas.

Vacina para parar de fumar (JT, 13/08/2008)

Um médico cubano está trazendo para o Brasil um tratamento com injeções para o combate à dependência de nicotina. O tratamento funciona em cerca de 75% dos casos.

A notícia informa que além das injeções, o paciente tem de usar adesivos e tomar comprimidos (com reforço do medicamento) por 14 dias, além de se submeter a um acompanhamento psicoterápico, já que as recaídas estão geralmente relacionadas à vida sócio-emocional do paciente. O tratamento completo sai por volta de R\$4000,00.

Nos anos 60, era muito chique uma mulher fumar, e foi nessa época que a fonoaudióloga Deise Vainer David, com 17 anos começou a fumar. Agora, fumante há 43 anos ela tem a sensação de que fumou a vida inteira e se sente escrava do cigarro. *Eu carrego um fardo. Lamenta. Não vivo sem o cigarro.* Agora ela foi convidada por um programa de televisão a experimentar o tratamento com as vacinas. E diz: *Vou personificar aquele ditado, né? De graça até injeção.*

Com tais informações esta matéria leva o leitor a pensar que a urbanização e marketing mundial estimularam também comportamentos e padrões de consumo não saudáveis que implicam de forma predominante no surgimento das condições crônicas.

Segundo a OMS (2003) as principais causas e fatores de risco gerados foram o tabagismo, a ingestão excessiva de alimentos não saudáveis e sedentarismo. Paralelamente à migração populacional do campo para as cidades, verificou-se um extraordinário aumento na propaganda e promoção de produtos nocivos à saúde nos países em desenvolvimento.

Ao longo dos anos indústrias de cigarro, álcool e alimentos identificaram países em que as regulamentações nacionais e os programas de educação em saúde pública eram ineficazes ou, em muitos casos, inexistentes. O que se tenta reverter atualmente é o sucesso dessas campanhas de marketing, proporcional à devastação que acarretam à saúde, à economia e ao bem-estar social dos países e suas populações.

Combate ao fumo no parque (JT, 12/06/2005)

Apenas cinco minutos dentro de uma das tendas, montadas pelo Instituto do Coração (Incor) no Parque da Água Branca, na Zona Oeste da capital, são suficientes para ouvir histórias inusitadas e tristes, que envolvam pessoas viciadas em nicotina. É o que traz esta notícia.

O tabagismo é considerado pela OMS a principal causa de morte evitável em todo o mundo; é reconhecido mundialmente como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de diversos problemas de saúde para a população em geral e; é um fator de risco para diversas doenças muito prevalentes na população idosa, como as doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias.

Os programas das campanhas antitabagismo devem ter propostas com abordagem cognitiva, comportamental estruturada e apoio farmacológico quando necessário. Embora essas campanhas sejam mais direcionadas aos jovens e os benefícios mostrem-se lentos no idoso, elas continuam sendo uma das formas mais efetivas de se reduzir o risco de doenças induzidas pelo tabaco e suas conseqüências.

Menopausa/andropausa

Mais uma chance para o prazer (OESP, 6-7/08/2005)

Esta matéria assinala que o hormônio masculino é usado para recuperar a libido das mulheres durante a menopausa e também em casos de retirada do útero e ovários. Vale lembrar que os homens já contam, há algum tempo, com tratamentos durante a andropausa, que acontece por volta dos 60 anos, o que baixa a produção de testosterona, já as mulheres, livram-se do desconforto da menopausa, mas não resolvem a falta de desejo sexual.

A tendência da melhoria da qualidade de vida do idoso trouxe para os homens o Viagra, medicamento indicado para combater problemas de ereção e agora traz para as mulheres, a testosterona em gel que é feita em farmácias de manipulação com receita médica.

A matéria cita que algumas mulheres que já fazem uso do medicamento contam suas histórias, sem se identificar como E.A. 53 anos, casada, com três filhos e futura vovó. Ela começou a reposição hormonal tradicional logo que os sintomas da menopausa começaram a surgir, mas a consequência foi a ausência total da libido: *Com os filhos casados e uma relação ótima com meu marido, na qual curtimos muito, a falta de desejo começou a incomodar.*

O diagnóstico e tratamento da disfunção sexual, tanto em homens quanto em mulheres, sofreram uma verdadeira revolução, no entanto, qualquer método de diagnóstico e tratamento deve ser justificado em termos da relação custo-benefício para o indivíduo.

Muitas vezes, uma história clínica acurada e um exame físico cuidadoso fornecem todas as informações necessárias para a correta condução do caso, aponta o texto da notícia. Porém, em alguns casos, o diagnóstico preciso pode ser difícil e uma investigação mais completa pode ser necessária. A notícia termina dizendo que é fundamental salientar que não existe um exame ou tratamento *padrão ouro*, nem sequer uma padronização universal para os testes de avaliação da disfunção sexual.

Um remédio para homens pós - 40 (OESP, 19/08/2005)

A reposição hormonal masculina é cada vez mais discutida nos consultórios médicos. O assunto vai ter uma mesa-redonda só pra discutir o tema na 1º Jornada de Envelhecimento Masculino. É o que diz esta matéria.

Não existe um número certo de quantos homens façam reposição hormonal, mas estima-se que já seja em torno de 10%, como caso do advogado Mário de Santi Neto, de 80 anos que diz: *Sofro de queda hormonal há muito tempo, mas meu médico indicou a reposição hormonal há cinco anos, quando comecei a perder a libido, ficar mal humorado por nada e ter indisposição. Não tenho problema de comentar com meus amigos. Minha qualidade de vida melhorou e é isso que conta.*

O tratamento é indicado para quem sofre dos sintomas da falta de hormônio, como perda de libido, menor qualidade nas ereções, mudança de humor e aumento da gordura abdominal, a reposição não é indicada para quem tem câncer de próstata, pois pode piorar o quadro da doença.

Câncer

O câncer de próstata ainda é a segunda causa de mortalidade por câncer em homens, atrás, apenas, do câncer de pulmão, sendo responsável por mais de 37.000 óbitos de homens americanos a cada ano. No Brasil, segundo dados do SUS, é a quarta causa de morte por neoplasia entre os homens.

Branco têm mais câncer de próstata (OESP, 05/07/2005)

Esta notícia informa que os números mostram que no Brasil, o câncer de próstata é muito mais freqüente entre os brancos. Dos homens com a doença em São Paulo, 86 % são brancos e só 12% são negros e pardos. Contrariando as pesquisas realizadas nos EUA que diz que a maior incidência está entre negros, pessoas com a doença na família e homens com mais de 50 anos.

Um elo entre célula-tronco, envelhecimento e câncer (OESP, 22/07/2005)

Com este título, esta notícia cita um trabalho que foi publicado na versão eletrônica da revista *Science*, e revela o papel de uma proteína, a telomerase e dos pedaços finais de cromossomos, os telômeros.

As células-tronco são a fonte regeneradora do organismo, ativadas quando ele sofre alguma lesão ou precisam ser renovados. O problema é que se forem ativadas

em excesso ou houver algum erro surgem o câncer e doenças relacionadas com o envelhecimento.

Osteoporose

19,5 % dos homens com mais de 50 anos têm osteoporose (OESP, 07/06/2005)

Outra matéria que traz resultados de estudos científicos aponta que trabalho realizado no Rio mostra que o índice é o dobro do previsto e a maior incidência é entre brancos e magros.

A matéria assinala que para o aposentado Luiz Carlos Gomes Samarco, de 75 anos, o diagnóstico, feito no ambulatório, foi importante para alcançar uma qualidade de vida melhor. Ele procurou o Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia (Instituto), porque estava com dificuldade de caminhar. Acabou descobrindo a doença. Passou a tomar medicamento específico, além de cálcio. Tudo fornecido pelo hospital. *Se fosse comprar, seria muito caro. Hoje ando de bicicleta pelo bairro.* Contou.

A doença nos homens está se tornando um problema de saúde pública. Fatores de risco possivelmente envolvidos incluem álcool, tabagismo e um aumento na expectativa de vida no homem. O declínio da testosterona relacionada ao envelhecimento pode ser um processo concomitante ao envelhecimento ou pode contribuir na redução da formação óssea.

A matéria assinala que atualmente as decisões terapêuticas são baseadas em estudos de osteoporose no sexo feminino e em modelos experimentais, uma vez que ainda não existem na literatura trabalhos prospectivos com resultados definitivos para tratamento da osteoporose masculina.

Observamos que ultimamente, as doenças que acometem os idosos do sexo masculino vêm conquistando seu espaço nos estudos e notícias. Algumas vezes por serem doenças que antes não chegavam a surgir devido a estimativa de vida ser mais baixa.

Coração

Coração vulnerável (OESP, 27-27/08/2005)

Este é o título da matéria que chama a atenção para o estresse, a má alimentação e alguns fatores de risco que podem tirar o coração da mulher do compasso, causando complicações físicas, como a obstrução de uma artéria e um conseqüente enfarte. Muito mais preocupadas com o câncer de mama ou de útero, as mulheres muitas vezes negligenciam o risco de doenças coronarianas, quando, na verdade, essa é a primeira causa de mortalidade feminina no Brasil.

Os acidentes costumam acontecer entre os 60 e 70 anos depois da menopausa, época em que o número de enfartes se iguala entre os dois sexos, diz a notícia, que aponta ainda que a obesidade, o tabagismo, o uso de anticoncepcionais e a falta de exercício físico são fatores de risco para a mulher. Estudos mostraram que fazer uma caminhada de 40 minutos 3 vezes por semana, diminui em 50% a chance de se ter um ataque cardíaco, tendo a vantagem de poder ser praticado por qualquer pessoa.

Enquanto algumas doenças merecem destaque, reportagens deixam o leitor perplexo, com a divulgação e esclarecimentos sobre outros assuntos.

Estética e longevidade

Laser, melhor amigo da estética (JT, 23/07/2005)

Com este título, a matéria sobre rejuvenescimento, aponta que o laser pode ser aplicado em mãos, colo e pescoço, locais de difícil acesso para a cirurgia plástica. Segundo a notícia, um tratamento só com luz, dos pés à cabeça, e adeus rugas, olheiras, varizes, pelos e até gordura. O texto cita que o Light Amplifier by Stimulated Emission of Radiation (LASER), com seus 45 anos de existência fez revoluções na área de medicina estética e está cada vez mais sofisticado e democrático.

Fiz tratamento com laser nas mãos para tirar as pintas marrons. Está ótimo, só falta fazer um retoque. Conta Dinah Ordine, de 68 anos. No rosto eu já fiz duas vezes pra deixar a pele mais nova.

Observamos que embora parte da população envelheça sem comprometimentos de saúde, o aumento da expectativa de vida conquistado com empenho das ciências, da urbanização e da alimentação trouxe implicações políticas,

econômicas, culturais, históricas e sociais. Agregada a esses fatores está a difusão da cultura da juventude e da estética padronizada. Nesse sentido, perguntamos: será que ser velho é sinônimo de ser feio?

Comer pouco não ajuda a viver muito mais, diz cientista (OESP, 29/08/2005)

Dietas restritivas, com baixa ingestão de calorias, podem prolongar a vida de um camundongo em até 50%, mas não exercem influência tão grande no homem, afirmaram ontem os cientistas da Universidade da Califórnia, conforme esta notícia.

A matéria assinala que baseados em modelos matemáticos, eles mostraram que uma alimentação pobre em calorias poderia aumentar apenas 7% a expectativa de vida do homem. Isso porque uma dieta restritiva interfere apenas de maneira indireta na saúde do ser humano.

Notícias como essas, beneficiam uma pequena parte da população brasileira, ou seja, a classe com maior poder aquisitivo. Falar em comer menos para viver mais em um país subdesenvolvido, quando nem o problema da fome foi resolvido, merece uma contextualização da matéria.

As demências têm adquirido, somente há poucas décadas, a importância atribuída atualmente, tanto do ponto de vista médico quanto social. O desenvolvimento de pesquisas com células-tronco e avanços da medicina em diagnósticos e tratamentos, está aos poucos iluminando questões como as causas, prevenção e o próprio diagnóstico da doença.

O mapa da saúde em uma gota de sangue (JT, 16/07/2005)

Este é o teor da matéria ao apontar que o homem não envelhece, oxida: a partir dos 35 anos, há um aumento natural na quantidade de radicais livres, responsáveis por toda sorte de estragos no organismo, de uma pele *craquelada* a doenças degenerativas graves, como Alzheimer e Parkinson.

Nós avaliamos o sistema imunológico e verificamos a presença de fungos, bactérias, e, dependendo do formato das hemácias, é possível saber se há alterações, e quais órgãos estão sendo afetados. Diz José Alfredo Curvellano, responsável pela realização do exame.

A notícia assinala que o tratamento prescrito não usa nenhum tipo de medicamento convencional. É feito um programa que leva ao equilíbrio da pessoa, tratamento feito com vitaminas, aminoácidos e minerais. E cita que o senhor Oswaldo Taberelli, aposentado, 78 anos, foi acometido por uma depressão depois de ficar viúvo. *Em 4 meses, ele já melhorou muito, está até brigando comigo.* Conta animado o filho do paciente. Cita também o relato do comerciante José Carlos Lipolis, de 63 anos: *Fazia tempo que eu não tinha esse pique.*

A matéria continua: para um efeito clínico real, são necessários pelo menos 3 meses. Mas tanta modernidade custa caro, a primeira consulta, que dura duas horas, custa R\$490,00. O tratamento completo pode ficar entre R\$2000,00 e R\$7000,00.

Nota-se a escassez de foco sob o ponto de vista social, quando o mais importante no tratamento é o apoio ao paciente, na tentativa de manter o convívio cotidiano em um suporte familiar adequado.

Por isso, talvez o maior desafio para a biomedicina seja abrir mão de encontrar a cura e começar a estudar recursos para amenizar sintomas e o sofrimento das pessoas envolvidas.

Demência

Ácido Fólico pode reduzir risco de Alzheimer (OESP, 16/08/2005)

Estudo realizado na Universidade John Hopkins descobriu que o ácido fólico pode reduzir o risco de Alzheimer. Cerca de 400mg podem reduzir em 55% o risco da doença.

Nesta notícia há dois equívocos em relação às demências em questão. Primeiro é importante destacar que existem pelo menos oito enfermidades que determinam a demência. Por ordem crescente de ocorrência são: Doença de Alzheimer (50-80%); Demência Vascular e mista (5-15%); Enfermidades neurodegenerativas, como por exemplo: Doença de Parkinson e de Huntington (5-10%); Alcoolismo e Carenciais (1-10%); Ingestão Crônica de Fármacos (1-5%); Processos Expansivos e Hidrocefalia (1-5%); Encefalopatias Metabólicas (1-2%) e; Miscelâneas, como pós trauma e infecções do Sistema Nervoso Central.

Sendo assim, os quadros demenciais podem aparecer em indivíduos que apresentam déficit de vitamina B12, ácido fólico e niacina. Caracterizando a demência do tipo Carencial, cujo tratamento é dieta apropriada e administração de niacina, ácido fólico e complexo B.

Por outro lado, a Doença de Alzheimer foi descrita por Alois Alzheimer, em 1906, quando publicou um relato de caso em uma revista médica alemã: *Sobre uma estranha doença do córtex cerebral*. Caracterizada por alterações cognitivas (memória) e de funções executivas e comportais; além de depressão (mais comum), apatia, agressividade, delírios e alucinações.

O Diagnóstico só é seguro mediante biópsia cerebral ou necropsia, pois histologicamente observa-se presença de placas senis, em número superior aos indivíduos de mesma idade que não apresentam demência.

Atualmente o diagnóstico da demência do tipo Alzheimer é feito excluindo outras patologias, que podem evoluir também com quadros demenciais, por ser uma enfermidade clinicamente muito heterogênea e de etiologia desconhecida.

Mente e corpo ativos, envelhecimento saudável (OESP, 19/08/2005)

Estudos mostram que atividades intelectuais e físicas protegem o cérebro. Evidências indicam que pessoas intelectualmente ativas têm risco menor de sofrer de Alzheimer e de outras demências.

A aposentada Gilda Mielli, de 71 anos diz nesta notícia: *Quando os filhos casam e a gente se aposenta, não pode parar. Temos que começar de novo, continuar aprendendo e também cuidando do corpo*.

Na trilha para entender o envelhecimento da mente, os pesquisadores se dedicam a identificar quais e como atividades físicas e intelectuais interferem na estrutura mental.

Incentivos para mudanças nos estilos de vida, propagadas para prevenir ataques cardíacos e derrames, são também válidas para proteger o cérebro. Junto com a atividade física, a leitura, a resolução de problemas e o convívio social, também são fortes aliados contra o aparecimento de patologias associadas à degeneração do cérebro.

Desta forma, o processo de envelhecimento apresenta especificidades variadas, reforçando as desigualdades, no que diz respeito à qualidade de vida e do bem-estar nas diferentes classes da população.

Algumas considerações

A partir da pesquisa de quatro jornais paulistas as categorias envelhecimento, ciência e saúde foram classificadas em três momentos: a denúncia, a divulgação e a notícia. O que possibilitou a articulação de idéias e reflexões acerca deste trabalho, que trouxe impresso em seu discurso questões da longevidade e da saúde pública.

Sendo assim, observa-se que os bastidores da Saúde Pública e da Longevidade na Cidade de São Paulo, descritos, mostram uma cidade marcada por grandes desigualdades – sejam elas sociais, culturais, territoriais e econômicas.

Os recortes sobre saúde denunciaram e divulgaram questões sobre os problemas de insuficiências e ineficiências do Sistema Único de Saúde (SUS) e o despreparo de planos privados para atender os idosos. Trouxeram uma urgência sensacionalista em falar do fato ocorrido, sem compromisso com o leitor, deixando de informá-lo sobre a apuração dos acontecimentos de forma mais consistente.

O mesmo ocorre em relação à divulgação de serviços da saúde pública e programas de assistência realizados por instituições públicas e ou privadas, com informações incompletas que podem confundir os possíveis usuários dos serviços.

Ou seja, a mídia paulista estudada não assegura a equidade e não permite que as comunidades e o próprio indivíduo tenham a oportunidade de conhecer e controlar os fatores que afetam e determinam sua saúde, além de não promover o acesso aos subsídios e as informações efetivas para que façam escolhas mais saudáveis, possibilitando, sobretudo, a liberdade para que o cidadão decida sobre seus comportamentos.

Será que a mídia tem tratado o envelhecimento e a longevidade com seriedade?

Por que as notícias com caráter informativo e de orientação parecem compromissadas com a mídia do consumo?

De que forma os idosos se sentem, quando começam a experimentar a velhice e se deparam com jornais, revistas e *sites* vendendo produtos antienvelhecimento?

São poucos interlocutores que fazem menção, através da comunicação, da informação e da educação para a saúde, sobre a necessidade de desenvolvimento pessoal e social, visando o processo de envelhecimento, nos diferentes segmentos da população.

A mídia tem, sim, um papel fundamental sobre a longevidade humana, pois pode fornecer vários caminhos e opções, já disponíveis, para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, possibilitando compreensão para o enfrentamento dos determinantes sociais, culturais, econômicos e territoriais, envolvidos em seus envelhecimento e longevidade.

Daí destaca-se a necessária inter-relação entre governo, setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. Além disso, as pessoas, independentemente de sua faixa etária, devem se envolver como indivíduos, famílias e comunidades.

Referências

ASSIS, M.; HARTZ, Z.M.A.; VALLA, V.V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, n.3, p.557-581, 2004.

BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população do Brasil. In: ANAIS DO I SEMINÁRIO INTERNACIONAL “ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO”. Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília: MPAS, 1996, 16 – 34p.

BONET, O. Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

CAMARANO, A.A. Como vive o idoso brasileiro? In: Muito Além dos 60: Os Novos Idosos Brasileiros (A. A. Camarano, org.), Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, p. 19-71, 1999.

CASTIEL, L.D. Insegurança, ética e comunicação em saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo v.37, n.2, abril, 2003.

COSTA, M.F., VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.700-701, mai-jun, 2003.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FRANCISCO, P.N.S.B. Factors associated with vaccination against influenza in the elderly. *Ver. Panam. Salud Publica*, Washington, v.19, n.4, 2006.

GARCEZ, L.E.L. O idoso, a morte e o sofrimento. Py, Ligia. Finitude: uma proposta para reflexão e prática em Gerontologia. Rio de Janeiro, NAU, 1999. p.100-118.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9 (1):61-78, jan.-abr. 2002.

HULSE, G.K. Álcool, drogas e muito mais entre os idosos. *Rev. bras. psiquiatr.* V.24, s.1, p.34-41, abr, 2002.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios, 2002. Disponível: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>> acesso: 15/09/2008.

LAPLANTINE, F. Antropologia da Doença. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LIMA, F.R., et al. Osteoporose em homens / Osteoporosis in men. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ. São Paulo*, v.52, n.2, p.80-5, mar-abr, 1997.

MEDEIROS, S., et al. Diagnóstico e controle da polifarmácia no idoso. *Rev. Saúde Pública*, v.41, n.6, p.1049-1053, dez, 2007.

MELLO, et al. Polifarmácia e o paciente idoso. *Arq. Brás.Med. Naval*, v.65, n.01, p.50-55, jan-dez, 2004.

MIRANDA, R.D., et al, Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento / Arterial Hypertension in the elderly: peculiarities of physiopathology, diagnostics, and treatment. *Rev. bras. hipertens.* v.9, n.3, p.293-300, jul-set, 2002.

MOREIRA, M.M. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. In: WONG, I.R. org. O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade – subsídios para políticas orientadas ao bem estar do idoso. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR: ABEP, 2001. p.25-56.

NARDI, A.C., LEITÃO, V.A. Declínio androgênico do envelhecimento masculino A testosterona e o homem idoso. *Pratica hospitalar*, ano IX, n.51, mai-jun, 2007.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/ World Health Organization; tradução: Suzana Gontijo, Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ações: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Jacarta, 1997.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Carta de Ottawa, 1986.

PEIXOTO, S.V., FIRMO, J.O.A, COSTA, M.F.L. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte) Health conditions and smoking among older adults in two communities in Brazil (The Bambuí and Belo Horizonte Health Surveys). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1925-1934, set, 2006.

RAMOS, L.R. Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the Epidoso Project in São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, 2003.

SAUERESSIG, et al. Prevalência de tabagismo em idosos atendidos pelo programa de saúde da família de Camaquã-RS. Ta. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v.51, n.3, p.173-179, jul-set, 2007.

SILVA, D.M.G.V., SOUZA, S.S., FRANCIONI, F.F., MEIRELLES, B.H.S. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. *Rer. Lat-Am. Enfermagem*. v.13, n.1, p.7-14, 2005.

Data de recebimento: 20/12/2008. Data de aceite: 18/3/2009.

Ana Lúcia Marques de Souza - Graduada em psicologia pela Universidade São Marcos (2003). Atualmente é psicóloga pela Home Gero Psicologia e Consultoria Ltda, onde realiza o trabalho de gestão gerontológica domiciliar. Tem experiência na área de Enfermagem e de Psicologia, com ênfase em Psicologia do Envelhecimento. Realiza atendimentos clínicos a idosos fragilizados e seus familiares no consultório e domicílio. É mestre em Gerontologia pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia Social da PUC-SP, e pesquisou a organização do cuidado a idosos com demência na gestão gerontológica domiciliar. Membro dos grupos de pesquisa: "Saúde, cultura e envelhecimento: Estudo do Acompanhamento Terapêutico para idosos" do Programa de Estudos Pós-graduados em Gerontologia da PUC-SP e LEC (Longevidade, Envelhecimento e Comunicação). Participante do Grupo de Estudos de Psicogerontologia (GEP). Membro do Centro de Estudos e Ações em Gerontologia (Ger-ações). E-mail: lunamsouza@gmail.com

Bernadete de Oliveira - Graduada em Fisioterapia pela Universidade Bandeirante de São Paulo (Uniban, 1995). É especialista em Fisiologia do Exercício pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp, 2000), mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP, 2004), doutoranda em Ciências Sociais - Antropologia (PUC/SP, 2009) e titulada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2009). Ênfase na assistência por atuar, desde 1995, como fisioterapeuta em hospitais, clínicas, domicílios e, desde 2009, 'Instituto de Reabilitação Lucy Montoro', Fundação Faculdade de Medicina e Secretaria dos

Direitos da Pessoa com Deficiência, SP. Membro dos grupos de pesquisa Epidemiologia do Cuidador e Longevidade, Envelhecimento e Comunicação, ambos da PUC/SP, e coordenadora da pesquisa de campo que identifica e qualifica as redes e suportes sociais de idosos residentes em condomínios da cidade de São Paulo: "Projeto Condomínio Amigo", vencedor da 10ª. Edição do Concurso Banco Real (Talentos da Maturidade/2008), da ONG Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento, SP, da qual é sócia fundadora. E.mail: bbell_o@yahoo.com.br.

Talitha Oliveira Carneiro Lobo - Fisioterapeuta pela Universidade Ibirapuera (2007), especialista em Gerontologia pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein (2008), cursando Psicogerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Atua na promoção de saúde e cuidados aos idosos acamados da comunidade da Mooca e Vila Bertioga no Programa do Acompanhante Comunitário do Idoso, pelo Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto; realiza atendimentos em consultório e domiciliar na região dos Jardins e; é membro do grupo de pesquisa Longevidade, Envelhecimento e Comunicação (LEC) da PUC/SP. E.mail: talithafisio@gmail.com