

A MULTIDIMENSIONALIDADE DO ENVELHECIMENTO: conhecer para cuidar



E-book Bilingue
1ª Edição

THE MULTIDIMENSIONALITY OF AGING: know to care



PPGENf
Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da UFPI -



GEMESE/UFPI
Grupo de Estudos sobre a Multidimensionalidade
do Envelhecimento, Saúde e Enfermagem

Organizadores:
Maria do Livramento Fortes Figueiredo (Lider do Grupo)
Cynthia Roberta Dias Torres Silva
Rutielle Ferreira Silva
Sarah Giulia Bandeira Felipe



edufpi
Teresina-PI
2020

A MULTIDIMENSIONALIDADE DO ENVELHECIMENTO: conhecer para cuidar



E-book Bilingue
1ª Edição

THE MULTIDIMENSIONALITY OF AGING: know to care



PPGEnf
Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da UFPI -



GEMESE/UFPI
Grupo de Estudos sobre a Multidimensionalidade
do Envelhecimento, Saúde e Enfermagem

Organizadores:
Maria do Livramento Fortes Figueiredo (Lider do Grupo)
Cynthia Roberta Dias Torres Silva
Rutielle Ferreira Silva
Sarah Giulia Bandeira Felipe



edufpi
Teresina-PI
2020



Copyright©2020 by os autores



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Reitor

José Arimatéia Dantas Lopes

Vice-Reitora

Nadir do Nascimento Nogueira

Superintendente de Comunicação Social

Jacqueline Lima Dourado

Editor

Ricardo Alaggio Ribeiro

EDUFPI - Conselho Editorial

Ricardo Alaggio Ribeiro (Presidente)

Acácio Salvador Veras e Silva

Antonio Fonseca dos Santos Neto

Wilson Seraine da Silva Filho

Gustavo Fortes Said

Nelson Nery Costa

Viriato Campelo



Editora da Universidade Federal do Piauí - EDUFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella
CEP: 64049-550 - Bairro Ininga - Teresina - PI - Brasil
Todos os Direitos Reservados

CAPA

Francisco Sandro

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA

FAS Gráfica Rápida

REVISÃO

Maria do Livramento Fortes Figueiredo

M961 A multidimensionalidade do envelhecimento: conhecer para cuidar = The multidimensionality of aging : know to care / organizadores, Maria do Livramento Fortes Figueiredo ... [et al.]. – 1. ed. – Dados eletrônicos. – Teresina : EDUFPI, 2020. 190 p.

E-book Bilíngue.

Organização: Grupo de Estudos sobre a

Multidimensionalidade do Envelhecimento, Saúde e Enfermagem – GEMESE/UFPI.

ISBN 978-65-86171-39-6

1. Cuidadores. 2. Enfermagem Gerontológica.

3. Envelhecimento. 4. Fragilidade e Vulnerabilidade.

4. Saúde e Qualidade de Vida. I. Figueiredo, Maria do Livramento Fortes.

CDD 610.73



ORGANIZADORES

Grupo de Estudos sobre a Multidimensionalidade do Envelhecimento,
Saúde e Enfermagem- GEMESE/UFPI

Maria do Livramento Fortes Figueiredo (Lider do Grupo)

Docente e Pesquisadora do PPGEnf/CCS/UFPI

E-mail: liff@ufpi.edu.br – Fone/Whatsapp: 86-9-9981-5878

Cynthia Roberta Dias Torres Silva

Rutielle Ferreira Silva

Sarah Giulia Bandeira Felipe

AUTORES:

Álvaro Sepúlveda Carvalho Rocha

Graduando em Enfermagem - Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Ana Clara dos Santos e Silva Costa

Enfermeira – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Ana Maria Ribeiro dos Santos

Doutora em Ciências- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP/USP)

Ana Paula Cardoso Costa

Mestranda em Enfermagem – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Andreia Karla de Carvalho Barbosa Cavalcante

Doutoranda em Enfermagem – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Bianca Maria Aguiar de Oliveira

Enfermeira - Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Brenna Galtierrez Fortes Pessoa

Mestranda em Políticas Públicas – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Camila Evangelista de Sousa Oliveira

Enfermeira- Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Claudete Ferreira de Souza Monteiro

Doutora em Enfermagem – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Claúdia Fabiane Gomes Gonçalves

Enfermeira- Instituto Federal de Pernambuco (IFPE)



Cynthia Roberta Dias Torres Silva

Doutoranda em Enfermagem- Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Débora dos Reis Soares

Enfermeira- Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Edna Albuquerque Brito

Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Elaine Ferreira do Nascimento

Doutora e Mestre em Ciências pela Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz

Eukália Pereira da Rocha

Enfermeira- Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Fernando Gabriel Aires Nogueira do Nascimento

Enfermeiro- Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Fernando Lopes Silva Júnior

Doutor em Educação em Física- Universidade Católica de Brasília (UCB)

Giorge André Lando

Pós-Doutor em Direito pela Università Degli Studi di Messina (ITÁLIA)

Grazielle Roberta Freitas da Silva

Pós- Doutorado em Enfermagem – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Grazielly Sobreira Marinho

Graduanda em Enfermagem – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Guilherme Guarino de Moura Sá

Doutorando em Enfermagem- Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo

Mestranda em Enfermagem- Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Isadora Vieira Barros de Araújo

Graduanda em Enfermagem – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Janaina Maria dos Santos Francisco de Paula

Mestre em Hebiatria – Universidade de Pernambuco (UPE)

Jefferson Abraão Caetano Lira

Doutorando em Enfermagem – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Jhorrana Tunu da Silva

Enfermeira- Instituto Federal de Pernambuco (IFPI)



João Caio Silva Castro Ferreira

Enfermeiro- Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Josélia Cassia Silva do Nascimento

Graduanda em Enfermagem – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Jullyanne dos Santos Nolêto

Mestre em Enfermagem – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Khelyane Mesquita Carvalho

Doutora em Enfermagem- Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Leonardo Silva da Costa

Enfermeiro – Instituto Federal de Pernambuco (IFPE)

Liana Maria Ibiapina do Monte Siqueira

Doutora em Ciência da Educação – Universidad Internacional Tres Fronteras

Lídya Tolstenko Nogueira

Doutora em Enfermagem – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Luana Ruth Braga Campos

Mestranda em Enfermagem- Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Luis Fernando Penagos Cubillos

Mestrando em Enfermagem- Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Márcia Astrês Fernandes

Doutora em Ciências – Universidade de São Paulo (USP)

Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Doutora em Enfermagem – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Mariana Lustosa de Carvalho

Mestranda em Enfermagem- Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Marina de Meneses Silva

Enfermeira- Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Mauriely Paiva de Alcântara e Silva

Graduanda em Enfermagem- Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Nelson Miguel Galindo Neto

Doutor em Enfermagem – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Paulo de Tarso Xavier Sousa Junior

Psicólogo- Faculdade Integral Diferencial (UNIFACID)



Polyana Norberta Mendes

Mestre em Enfermagem – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira

Mestranda em Enfermagem – Universidade Federal do Piauí(UFPI)

Ruth Suelle Barros Fonseca

Doutoranda em Enfermagem – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Rutielle Ferreira Silva

Doutoranda em Enfermagem – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Sarah Giulia Bandeira Felipe

Mestranda em Gerontologia – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Sônia Maria de Araújo Campelo

Doutoranda em Enfermagem - Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Tereza Cristina Araújo da Silva

Mestre em Enfermagem – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Valéria Peixoto Bezerra

Pós - Doutora em Enfermagem – Universidade Federal do Piauí (UFPI)





SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO LIVRO.....	13
Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo	
PREFÁCIO	15
Profª Drª Maria Cecília Minayo	
CAPÍTULO 1- REFLEXÕES ACERCA DO ENVELHECIMENTO E DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	19
Julyanne dos Santos Nolêto Ana Maria Ribeiro dos Santos Jefferson Abraão Caetano Lira Rutielle Ferreira Silva Guilherme Guarino de Moura Sá	
CAPÍTULO 2- CONCEPÇÕES FILOSÓFICAS SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO	29
Mariana Lustosa de Carvalho Maria do Livramento Fortes Figueiredo Grazielle Roberta Freitas da Silva	
CAPÍTULO 3- ENVELHECIMENTO E VULNERABILIDADE DE IDOSOS	39
Leonardo Silva da Costa Jhorrana Tunu da Silva Sarah Giulia Bandeira Felipe Cynthia Roberta Dias Torres Silva Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves Nelson Miguel Galindo Neto	
CAPÍTULO 4- FEMINIZAÇÃO DA VELHICE: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM.....	53
Andreia Karla de Carvalho Barbosa Cavalcante Ana Paula Cardoso Costa Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo Sônia Maria de Araújo Campelo Luis Fernando Penagos Cubillos	

SUMMARY

INTRODUCTION TO THE BOOK	13
Prof. Dr. Maria do Livramento Fortes Figueiredo	
PREFACE	15
Prof. Dr. Maria Cecília Minayo	
CHAPTER 1- REFLECTIONS ON AGING AND HEALTH OF ELDERLY PEOPLE.....	19
Julyanne dos Santos Nolêto Ana Maria Ribeiro dos Santos Jefferson Abraão Caetano Lira Rutielle Ferreira Silva Guilherme Guarino de Moura Sá	
CHAPTER 2 - PHILOSOPHICAL CONCEPTIONS ON NURSING CARE FOR THE ELDERLY	29
Mariana Lustosa de Carvalho Maria do Livramento Fortes Figueiredo Grazielle Roberta Freitas da Silva	
CHAPTER 3- AGING AND VULNERABILITY OF ELDERLY	39
Leonardo Silva da Costa Jhorrana Tunu da Silva Sarah Giulia Flag Felipe Cynthia Roberta Dias Torres Silva Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves Nelson Miguel Galindo Neto	
CHAPTER 4 - FEMINIZATION OF OLD AGE: NURSING CONTRIBUTIONS.....	53
Andreia Karla de Carvalho Barbosa Cavalcante Ana Paula Cardoso Costa Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo Sônia Maria de Araújo Campelo Luis Fernando Penagos Cubillos	



CAPÍTULO 5- QUEDAS E INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE IDOSOS..... 63

Guilherme Guarino de Moura Sá
Ana Maria Ribeiro dos Santos
Julyanne dos Santos Nolêto

**CAPÍTULO 6- FRAGILIDADE EM IDOSOS: ANÁLISE CONCEITUAL E INSTRUMENTOS
DE AVALIAÇÃO 75**

Cynthia Roberta Dias Torres Silva
Sarah Giulia Bandeira Felipe
Camila Evangelista de Sousa Oliveira
Isadora Vieira Barros de Araújo
Fernando Lopes Silva Júnior
Maria do Livramento Fortes Figueiredo

CAPÍTULO 7- SARCOPENIA: RASTREIO, DIAGNÓSTICO E GESTÃO 85

Rutielle Ferreira Silva
Maria do Livramento Fortes Figueiredo
Julyanne dos Santos Nolêto
Jefferson Abraão Caetano Lira

CAPÍTULO 8- TRANSTORNO DO SONO EM IDOSOS..... 97

Khelyane Mesquita de Carvalho
Cynthia Roberta Dias Torres Silva
Polyana Norberta Mendes
Ruth Suelle Barros Fonseca

CAPÍTULO 9- SÍNDROME LOCOMOTORA EM IDOSOS: CONHECER PARA CUIDAR 103

Tereza Cristina Araújo da Silva
Ana Clara dos Santos e Silva Costa
Eukália Pereira da Rocha

CAPÍTULO 10- AUTOCUIDADO DOS PÉS PARA IDOSOS COM DIABETES MELLITUS 115

Jefferson Abraão Caetano Lira
Débora dos Reis Soares
Bianca Maria Aguiar de Oliveira
Álvaro Sepúlveda Carvalho Rocha
Lídya Tolstenko Nogueira

CHAPTER 5- FALLS AND FUNCTIONAL INDEPENDENCE OF ELDERLY 63

Guilherme Guarino de Moura Sá
Ana Maria Ribeiro dos Santos
Julyanne dos Santos Nolêto

**CHAPTER 6- FRAGILITY IN THE ELDERLY: CONCEPTUAL ANALYSIS AND EVALUATION
INSTRUMENTS..... 75**

Cynthia Roberta Dias Torres Silva
Sarah Giulia Flag Felipe
Camila Evangelista de Sousa Oliveira
Isadora Vieira Barros de Araújo
Fernando Lopes Silva Júnior
Maria do Livramento Fortes Figueiredo

CHAPTER 7- SARCOPENIA: SCREENING, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT..... 85

Rutielle Ferreira Silva
Maria do Livramento Fortes Figueiredo
Julyanne dos Santos Nolêto
Jefferson Abraão Caetano Lira

CHAPTER 8- SLEEP DISORDER IN ELDERLY 97

Khelyane Carvalho Mosque
Cynthia Roberta Dias Torres Silva
Polyana Norberta Mendes
Ruth Suelle Barros Fonseca

CHAPTER 9- LOCOMOTIVE SYNDROME IN ELDERLY: KNOWING TO CARE 103

Tereza Cristina Araújo da Silva
Ana Clara dos Santos e Silva Costa
Eukália Pereira da Rocha

CHAPTER 10- FEET SELF-CARE FOR ELDERLY WITH DIABETES MELLITUS..... 115

Jefferson Abraão Caetano Lira
Débora dos Reis Soares
Bianca Maria Aguiar de Oliveira
Álvaro Sepúlveda Carvalho Rocha
Lidya Tolstenko Nogueira



CAPÍTULO 11- SAÚDE MENTAL, ENVELHECIMENTO E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO. . 123

Janaina Maria dos Santos Francisco de Paula
Rutielle Ferreira Silva
Márcia Astrês Fernandes
Maria do Livramento Fortes Figueiredo

**CAPÍTULO 12- SABERES E PRÁTICAS DE ENFERMEIROS SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS POR IDOSOS 133**

Edna Albuquerque Brito
Claudete Ferreira de Souza Monteiro
Valéria Peixoto Bezerra
Maria do Livramento Fortes Figueiredo

**CAPÍTULO 13- O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO EM SUJEITOS LGBTQI+:
UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO 145**

João Caio Silva Castro Ferreira
Paulo de Tarso Xavier Sousa Junior
Brenna Galtierrez Fortes Pessoa
George André Lando
Liana Maria Ibiapina do Monte Siqueira
Elaine Ferreira do Nascimento

**CAPÍTULO 14- TEORIA DO CONFORTO E O BEM-ESTAR DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS
DEPENDENTES 157**

Ruth Suelle Barros Fonseca
Maria do Livramento Fortes Figueiredo

**CAPÍTULO 15- CUIDAR DE SI E DO OUTRO: IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL DE
CUIDADORES DE IDOSOS 165**

Sarah Giulia Bandeira Felipe
Camila Evangelista de Sousa Oliveira
Marina de Meneses Silva
Cynthia Roberta Dias Torres Silva
Khelyane Mesquita Carvalho
Maria do Livramento Fortes Figueiredo

CHAPTER 11- MENTAL HEALTH, AGING AND THE ELDERLY HEALTH CARE NETWORK. 123

Janaina Maria dos Santos Francisco de Paula
Rutielle Ferreira Silva
Márcia Astrês Fernandes
Maria do Livramento Fortes Figueiredo

**CHAPTER 12- KNOWLEDGE AND PRACTICES OF NURSES ON THE CONSUMPTION OF ALCOHOL AND
OTHER DRUGS BY ELDERLY..... 133**

Edna Albuquerque Brito
Claudete Ferreira de Souza Monteiro
Valéria Peixoto Bezerra
Maria do Livramento Fortes Figueiredo

**CHAPTER 13- THE AGING PROCESS IN LGBTQI + SUBJECTS:
A BIBLIOGRAPHIC STUDY 145**

João Caio Silva Castro Ferreira
Paulo de Tarso Xavier Sousa Junior
Brenna Galtierrez Fortes Pessoa
George André Lando
Liana Maria Ibiapina do Monte Siqueira
Elaine Ferreira do Nascimento

**CHAPTER 14- COMFORT THEORY AND THE WELL-BEING OF INFORMAL CAREGIVERS OF
DEPENDENT ELDERLY 157**

Ruth Suelle Barros Fonseca
Maria do Livramento Fortes Figueiredo

**CHAPTER 15- CARING FOR YOURSELF AND THE OTHER: IMPLICATIONS ON THE MENTAL HEALTH OF
ELDERLY CAREGIVERS 165**

Sarah Giulia Flag Felipe
Camila Evangelista de Sousa Oliveira
Marina de Meneses Silva
Cynthia Roberta Dias Torres Silva
Khelyane Mesquita Carvalho
Maria do Livramento Fortes Figueiredo



CAPÍTULO 16- SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS DEPENDENTES..... 175

Polyana Norberta Mendes
Mariana Lustosa de Carvalho
Luana Ruth Braga Campos
Sarah Giulia Bandeira Felipe
Fernando Gabriel Aires Nogueira do Nascimento

CAPÍTULO 17 - SÍNDROME DE BURNOUT EM CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS:

ANÁLISE REFLEXIVA 183

Mauriely Paiva de Alcântara e Silva
Josélia Cassia Silva do Nascimento
Grazielly Sobreira Marinho
Rutielle Ferreira Silva
Maria do Livramento Fortes Figueiredo

CHAPTER 16- OVERLOAD OF INFORMAL CAREGIVER OF DEPENDENT ELDERLY PEOPLE..... 175

Polyana Norberta Mendes
Mariana Lustosa de Carvalho
Luana Ruth Braga Campos
Sarah Giulia Flag Felipe
Fernando Gabriel Aires Nogueira do Nascimento

CHAPTER 17 - BURNOUT SYNDROME IN INFORMAL CARERS OF ELDERLY:

REFLECTIVE ANALYSIS 183

Mauriely Paiva de Alcântara e Silva
Josélia Cassia Silva do Nascimento
Grazielly Sobreira Marinho
Rutielle Ferreira Silva
Maria do Livramento Fortes Figueiredo



APRESENTAÇÃO

O Grupo de Estudos sobre a Multidimensionalidade do Envelhecimento, Saúde e Enfermagem (GEMESE/UFPI), cadastrado e certificado pelo CNPq, tem como missão a produção e a difusão de conhecimentos relativos ao processo de envelhecimento humano nas diversas perspectivas, desde abordagens para prevenção, promoção da saúde, rastreio, monitoramento, até a reabilitação de idosos robustos, em risco de vulnerabilidade ou frágeis.

Neste sentido, os pesquisadores, docentes, discentes e profissionais da área da saúde, especialmente, os de enfermagem, que integram este grupo de pesquisa, e também pesquisadores de outros estados, se propuseram a produzir um E-BOOK, para divulgar as produções científicas desenvolvidas no âmbito acadêmico da graduação e pós-graduação. Os capítulos focalizam o processo de envelhecimento na dimensão biológica, psicológica, social e espiritual, destacando a atuação da enfermagem na atenção a pessoa idosa e seus cuidadores.

Sabendo da grande importância da globalização, e neste cenário destacam-se as tecnologias de informação, bem como, a velocidade de divulgação de estudos e pesquisas via rede de internet, o E-Book mostra-se essencial para produção do conhecimento científico e a sua difusão em todos os continentes em tempo real. Vale destacar a ousadia dos membros do GEMESE/UFPI, ao propor a produção deste livro eletrônico, na versão bilíngue (Português – Inglês), uma vez a língua inglesa é considerada universal, sendo responsável por conectar o mundo globalizado.

Ao todo, perto de um bilhão de pessoas utilizam o idioma para se comunicar em algum nível, seja como língua nativa ou estrangeira. Na Internet, um terço de todo conteúdo disponível está em inglês, segundo a União Internacional de Telecomunicações (UIT). Portanto, não há dúvidas que o E-Book, intitulado: A multidimensionalidade do envelhecimento: conhecer para cuidar (português) e The mutidimensionality of aging: know to care (inglês) será acessado e lido no mundo inteiro e os nossos estudos e pesquisas terão uma rápida divulgação global.

O referido E-Book é composto por 17 capítulos, com temáticas e teorias que abordam o acelerado envelhecimento populacional e as implicações sanitárias, demográficas, epidemiológicas, sociais, culturais e políticas. O livro está diagramado em folha A3, com orientação em paisagem, o texto dos capítulos será apresentado paralelamente nos dois idiomas, permitindo a leitura rápida, para os leitores bilíngues.

PRESENTATION

The mission of the Study Group on the Multidimensionality of Aging, Health and Nursing (GEMESE/UFPI), registered and certified by CNPq, is the production and dissemination of knowledge related to the human aging process in the various perspectives, from approaches to prevention, health promotion, screening, monitoring, to the rehabilitation of robust elderly, at risk of vulnerability or frail.

In this sense, health researchers, professors, students and professionals, especially nursing professionals, who are part of this research group, in addition to researchers from other states, proposed the production of an E-BOOK to disseminate the scientific productions developed in the academic scope of graduate and postgraduate studies. The chapters focus on the aging process in the biological, psychological, social and spiritual dimension, highlighting the role of nursing in the care with the elderly and their caregivers.

Knowing the great importance of globalization, and in this scenario, information technologies stand out, as well as the speed of dissemination of studies and researches via the internet network, the E-Book proves essential for the production of scientific knowledge and its dissemination in all continents in real time. It is worth highlighting the boldness of the members of GEMESE/UFPI, upon proposing the production of this electronic book, in the bilingual version (Portuguese – English), once the English language is considered universal, being responsible for connecting the globalized world.

Around one billion people use the language to communicate at some level, whether as a native or foreign language. On the Internet, one-third of all available content is in English, according to the International Telecommunications Union (ITU). Therefore, there is no doubt that the E-Book, entitled: A multidimensionalidade do envelhecimento: conhecer para cuidar (Portuguese) and The mutidimensionality of aging: know to care (English) will be accessed and read worldwide and our studies and researches will have a rapid global dissemination.

This E-Book consists of 17 chapters, with themes and theories that address the accelerated population aging and the health, demographic, epidemiological, social, cultural and political implications. The book is diagrammed in A3 sheet, with landscape orientation, the text of the chapters will be presented in parallel in both languages, allowing quick reading, for bilingual readers.

Finally, the publication of this E-Book is the accomplishment of a dream of the group of researchers, professors and students of the Postgraduate Program in Nursing (PPGEnf) of the Federal University of Piauí (UFPI) that will certainly allow the expansion of everyone's knowledge about the



Finalmente, a publicação deste E-Book é a realização de um sonho do grupo de pesquisadores, docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) que certamente permitirá a ampliação do conhecimento de todos sobre a multidimensionalidade do envelhecimento, bem como, diversas formas e modos de cuidado para a população idosa, que é sem dúvidas a que mais cresce no Brasil e no mundo.

Caros leitores acessem o E-Book, leiam e comentem, nas redes sociais do GEMESE/UFPI (Instagram: @gemese_ufpi), a sua análise crítica e o seu comentário, motivará o aprimoramento para futuras publicações.

“Só a experiência própria é capaz de tornar sábio o ser humano”

Rosalind Russel.

Prof^a Dr^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Autora e Organizadora do E-Book – Bilingue

A multidimensionalidade do envelhecimento: conhecer para cuidar

Líder do GEMESE/UFPI e Administradora da Comunidade WEB

Docente e Pesquisadora do PPGEnf/CCS/UFPI

E-mail: liff@ufpi.edu.br / Fone/Whatsapp: 86-9-9981-5878

multidimensionality of aging, as well as several care forms and modes for the elderly population, which is undoubtedly the fastest growing in Brazil and in the world.

Dear readers, access the E-Book, read and comment, on the social networks of GEMESE/UFPI (Instagram: @gemese_ufpi), your critical analysis and your comment will motivate the improvement for future publications.

“Only one’s own experience is capable of making the human being wise”

Rosalind Russel.

Prof^a Dr^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Prof. Maria do Livramento Fortes Figueiredo, PhD

Author and Organizer of the E-Book – Bilingual

The multidimensionality of aging: know to care

Leader of the GEMESE/UFPI and Manager of the WEB Community

Professor and Researcher of the PPGEnf/CCS/UFPI

E-mail: liff@ufpi.edu.br / Fone/Whatsapp: 86-9-9981-5878



PREFÁCIO

Olhar a vida de frente: uma forma de encarar a velhice

O mais importante é o decidir

Por: Cora Coralina

"Eu não tenho medo dos anos e não penso em velhice.

E digo pra você, não pense.

Nunca diga estou envelhecendo, estou ficando velha. Eu não digo.

Eu não digo que estou velha, e não digo que estou ouvindo pouco.

É claro que quando preciso de ajuda, eu digo que preciso.

Procuro sempre ler e estar atualizada com os fatos e isso me ajuda a vencer as dificuldades da vida.

O melhor roteiro é ler e praticar o que lê.

O bom é produzir sempre e não dormir de dia.

Também não diga pra você que está ficando esquecida, porque assim você fica mais.

Nunca digo que estou doente, digo sempre: estou ótima.

Eu não digo nunca que estou cansada. Nada de palavra negativa.

Quanto mais você diz estar ficando cansada e esquecida, mais esquecida fica.

Você vai se convencendo daquilo e convence os outros. Então silêncio!

Sei que tenho muitos anos. Sei que venho do século passado, e que trago comigo todas as idades,

mas não sei se sou velha, não. Você acha que eu sou?

Posso dizer que eu sou a terra e nada mais quero ser.

Filha dessa abençoada terra de Goiás.

Convoco os velhos como eu, ou mais velhos que eu, para exercerem seus direitos.

Sei que alguém vai ter que me enterrar, mas eu não vou fazer isso comigo.

Tenho consciência de ser autêntica e procuro superar todos os dias minha própria personalidade,

despedaçando dentro de mim tudo que é velho e morto, pois lutar é a palavra vibrante que levanta os

fracos e determina os fortes.

O importante é semear, produzir milhões de sorrisos de solidariedade e amizade.

Procuro semear otimismo e plantar sementes de paz e justiça.

Digo o que penso, com esperança.

Penso no que faço, com fé. Faço o que devo fazer, com amor.

Eu me esforço para ser cada dia melhor, pois bondade também se aprende.

Mesmo quando

tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar;

porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir."

Começo este prefácio por oferecer ao leitor um poema de Cora Coralina. Nele se encontram mais energia e verdade do que eu poderia lhe oferecer: na vida até a morte, o mais importante é decidir de que lado nós queremos estar!

PREFACE

Staring at life: a way of facing old age

The most important is to decide

By: Cora Coralina

"I'm not afraid of the years and I don't think about old age.

And I tell you, don't think.

Never say I'm getting older, I'm getting old. I don't.

I don't say I'm old, and I don't say I can't hear well.

Of course, when I need help, I say I do.

I always try to read and be up to date with the facts and this helps me overcome the difficulties of life.

The best script is to read and practice what you read.

The good thing is to always produce and not sleep during the day.

Also don't tell yourself you're getting forgetful, because that way you'll get more.

I never say I'm sick, I always say I'm fine.

I don't ever say I'm tired. No negative word..

The more you say you're getting tired and forgetful, the more forgetful you get.

You get to convince yourself of that and so do the others. So quiet!

I know I am many years. I know I come from the last century, and I bring with me all ages,

but I don't know if I'm old, no. Do you think I am?

I can say I am the land and nothing else I want to be.

Daughter of this blessed land of Goiás.

I call on old people like me, or older than me, to exercise their rights.

I know someone's going to have to bury me, but I'm not going to do this to me.

I am conscious of being authentic and try to overcome my own personality every day,

shattering within me all that is old and dead, for fighting is the vibrant word that lifts up the weak and

determines the strong.

The important thing is to sow, produce millions of smiles of solidarity and friendship.

I try to sow optimism and plant seeds of peace and justice.

I say what I think, with hope.

I think about what I do, with faith. I do what I have to do with love.

I strive to be better every day, for kindness is also learned.

Even when

everything seems to fall apart, it is me who decides between laughing or crying, going or staying, giving

up or fighting;

because I have discovered, in the uncertain path of life, that the most important thing is to decide."

I begin this preface by offering the reader a poem by Cora Coralina. In it, there lie more energy and truth than I could offer you: in life until death, the most important thing is to decide on which side we want to be!



Li com atenção e carinho os 17 capítulos do livro “A multidimensionalidade do envelhecimento: conhecer para cuidar”, organizado pela Professora Doutora Maria do Livramento Fortes Figueiredo. Aprendi muito com a leitura e creio que os leitores recebem um presente ao acessarem esta abordagem particular da grande novidade demográfica brasileira: o aumento acelerado da população idosa.

O conjunto da obra mostra a foto de um segmento social diverso, pujante, na maior parte das vezes ativo e, em menor número, frágil e dependente, pedindo compreensão, relevância e cuidado. Ou seja, a população idosa se apresenta neste momento histórico do Brasil pedindo passagem, exigindo respeito, reafirmando seu lugar e evidenciando que quer ser vista em sua especificidade, necessidades e contribuição. Nada de velhos como problemas, mas como um grupo social produtivo, carregado de esperanças, ainda que demandando cuidados. É disso que trata este livro com alguns textos filosóficos, outros teóricos, outros técnicos e alguns empíricos. Estou com Cora Coralina “Convoco os velhos como eu, ou mais velhos que eu, para exercerem seus direitos. Sei que alguém vai ter que me enterrar, mas eu não vou fazer isso comigo”.

Depois de apreciar os trabalhos, resolvi escrever este prefácio, como um testemunho pessoal. Tal como fez a poetisa, mas certamente com muito menos brilho. Pensei que concretamente sou o objeto de estudo deste livro. E cá para nós, quando olho o prontuário médico, devo confessar que tenho alguns “defeitinhas degenerativos” com os quais convivo serenamente e que prejudicam só um pouco meu caminhar. Afinal sou uma mulher de 82 anos.

Enquanto ia lendo cada capítulo deste livro ia me colocando como “candidata” ao cuidado – o foco principal dos estudos - e me perguntava: estou frágil? Como está minha autonomia? Como está meu corpo? Como está minha saúde mental? Coloquei-me como um sujeito-objeto do julgamento dos comentários, das análises, das escalas e dos diagnósticos. O teste foi bom. Concluí que sou uma pessoa autônoma, já que a autonomia consiste na habilidade de tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências. A autonomia também é medida pela independência funcional que envolve a execução das Atividades de Vida Diária (AVD) diretamente relacionadas ao autocuidado, ao cuidado de várias tarefas (AIVD, ou seja, atividades instrumentais de vida diária) e também à participação social (AVD, atividades avançadas). Para esta última classificação, não há ainda instrumentos de avaliação sistematizados. Mas, concluí pela leitura dos textos que posso ser classificada na categoria AVD. E por isso me posto como os participantes da Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento da ONU de 2002, realizada em Madrid onde dois princípios muito importantes foram reafirmados: “uma sociedade para todas as idades” que chama atenção sobre a inclusão; e “nada sobre nós, sem nós!”, que conchama os idosos à participação.

Sinto-me uma pessoa idosa privilegiada. Nesta altura de minha vida estou em pleno exercício das atividades mentais e sou uma participante da cena social. Como muitos idosos do Piauí, nasci no interior. Essa vivência faz que o passado esteja no presente, marcando de forma contundente a vida

I read with attention and affection the 17 chapters of the book “The multidimensionality of aging: know to care”, organized by Professor Maria do Livramento Fortes Figueiredo. I learned a lot from the reading and I believe that readers receive a gift when accessing this particular approach of the great Brazilian demographic novelty: the accelerated increase of the elderly population.

The whole of the work shows the picture of a diverse social segment, powerful, mostly active and, in a smaller number, fragile and dependent, asking for understanding, relevance and care. That is, the elderly population presents itself in this historical moment of Brazil, asking to pass by, demanding respect, reaffirming its place and evidencing that it wants to be seen in its specificity, needs and contribution. No old people as problems, but as a productive social group, full of hopes, even if demanding care. This is what this book addresses with some philosophical texts, other theoretical, other technical and some empirical texts. I am with Cora Coralina “I call on old people like me, or older than me, to exercise their rights. I know someone's going to have to bury me, but I'm not going to do this to me.”

After appreciating the works, I decided to write this preface as a personal testimony. As the poet did, but certainly with much less brilliance. I thought I was the object of study in this book. And, let's say, when I look at the medical records, I must confess I have some “degenerative imperfections” with which I live serenely and which harm my walking only a little. After all, I am an 82-year-old woman.

As I read each chapter of this book, I was putting myself as a “candidate” for care - the main focus of my studies - and asked myself: am I fragile? How is my autonomy? How is my body? How is my mental health? I put myself as an object subject of the judgment of comments, analyses, scales and diagnoses. The test was good. It concludes that I am an autonomous person, since autonomy consists of the ability to make personal decisions about how one should live daily, according to their own rules and preferences. Autonomy is also measured by functional independence that involves the execution of Activities of Daily Living (ADL) directly related to self-care, the care of various tasks (IADL, i.e., instrumental activities of daily living) and to social participation (ADL, advanced activities). For the latter classification, there are still no systematized evaluation instruments. However, by reading the texts, I conclude that I can be classified in the ADL category. And so I put myself as the participants of the 2002 UN World Assembly on Ageing, held in Madrid, where two very important principles were reaffirmed: “a society for all ages” that draws attention to inclusion; and “nothing about us, without us!”, which calls on the elderly to participate.

I feel like a privileged old person. At this point in my life, I am in full exercise of mental activities and I am a participant in the social scene. Like many elderly people in Piauí, I was born in the inland. This experience makes the past present, striking the lives of most of the elderly: simple habits, total or functional illiteracy and little access to an advanced and adequate health system. But unlike those who continue to live “in the backcountry”, I rotated the wheel in 360 degrees. I lived in metropolises like Rio de Janeiro (where I still live), New York, Madrid. I have met different world cultures. I studied, gradua-



da maioria dos idosos: hábitos simples, analfabetismo total ou funcional e pouco acesso a um sistema de saúde avançado e adequado. Mas diferente dos que continuam a morar “na roça”, girei a roda em 360 graus. Vivi em metrópoles como Rio de Janeiro (onde continuo a viver), Nova York, Madri. Conheci diferentes culturas mundiais. Estudei, me formei e tornei-me uma pesquisadora. São mais de 60 anos como professora, e quarenta anos como orientadora de estudantes de graduação e de pós-graduação. Desta forma, no presente, sintetizo o passado interiorano e o presente cosmopolita. De coração, sou uma menina da roça que se tornou conhecida e reconhecida, premiada mais do que merece e devedora da gratidão a uma miríade de pessoas que lhe permitiram ser quem é, com seus defeitos, limitações e qualidades.

No entanto, como qualquer pessoa do meu segmento etário, para mim, a vida nunca foi um mar de rosas: estudei trabalhando, tive que ir para o exterior na época da ditadura militar, passei por um exílio em nada fácil, perdi uma filha adorada que faleceu aos 11 anos levada dos meus braços por um câncer agressivo, e a carreira acadêmica foi sempre um esforço de superação das tensões entre os cuidados e obrigações familiares e as demandas institucionais. Creio que represento um grupo seletivo de mulheres idosas que, adiante de seu tempo, se profissionalizaram e puderam ou podem celebrar uma vida cheia de projetos, conhecimentos, interações, amizades e amor. Tudo isso foi e ainda está sendo possível, primeiro, pela visão de meu pai e minha mãe, além de seu tempo, que nunca duvidaram de que as mulheres têm vez no mundo e na sociedade e investiram em minha (nossa) educação com todo o sacrifício que isso lhes significou. Em segundo lugar pelo amor, apoio e incentivo de um marido, cuja relação conjugal foi fundamentada no princípio de que ambos deveríamos crescer na vida a dois. Portanto, embora a tensão entre o familiar e o profissional tenha sido uma constante, sempre o espaço do lar foi o lugar da lealdade, da energia renovada por uma relação amorosa sólida e sem máscaras. O fruto: três filhas. Deus me levou uma; as outras duas, profissionais, casadas, lindas, inteligentes, sensatas, cidadãs comprometidas com a construção do país.

Aos 82 anos, sei que estou na última fronteira existencial: olho do espelho e vejo a finitude. Sinto-me frágil, um sopro! Nesses tempos de Covid-19, me é lembrado, a cada dia, que faço parte do grupo de risco. Seguindo o caminho de Cora Coralina, no entanto, “sei que alguém vai ter que me enterrear, mas eu não vou fazer isso comigo” Sigo “despedaçando dentro de mim tudo que é velho e morto, pois [superar] é a palavra vibrante que levanta os fracos e determina os fortes. Procuro semear otimismo e plantar sementes de paz e justiça”. “Digo o que penso, com esperança. Penso no que faço, com fé. Faço o que devo fazer, com amor!” Sei que não sou tão forte, tão importante e tão sábia, mas aqui estou, sem pensar que sou velha e que deva abrir mão de direitos e do afã de atuar na cena social. Particularmente porque tenho a experiência de todas as idades e assim posso olhar o mundo com menos medo e mais gratidão!

ted and became a researcher. Over 60 years as a professor, and 40 years as an advisor for graduate and postgraduate students. In this way, in the present, I synthesize the inland past and the cosmopolitan present. From the heart, I am a backcountry girl who has become known and recognized, awarded more than she deserves and owes gratitude to a myriad of people who have allowed her to be who she is, with her faults, limitations and qualities.

However, like anyone in my age group, for me, life was never a sea of roses: I studied working, I had to go abroad during the military dictatorship, I went through an exile in no easy way, I lost a beloved daughter who died at the age of 11 taken from my arms by an aggressive cancer, and the academic career was always an effort to overcome the tensions between family care and institutional obligations and demands. I believe I represent a select group of elderly women who, ahead of their time, have become professional and have been able or can celebrate a life full of projects, knowledge, interactions, friendships and love. All this was and is still possible, first, by the vision of my father and mother, beyond their time, who never doubted that women have a place in the world and in society and invested in my (our) education with all the sacrifice that this meant to them. Secondly, by the love, support and encouragement of a husband whose marital relationship was grounded in the principle that we should both grow up in life for two. Therefore, although the tension between the family and the professional was a constant, the home space was always a place of loyalty, of the energy renewed by a solid loving mask-free relationship. The fruit: three daughters. God took me one; the other two, professionals, married, beautiful, intelligent, sensible, citizens committed to the construction of the country.

At 82, I know I am on the last existential frontier: I look in the mirror and I see finitude. I feel frail, a breath! In these times of Covid-19, I am reminded, every day, that I am part of the risk group. Following the path of Cora Coralina, however, “I know that someone will have to bury me, but I will not do this to me”. I keep “shattering within me all that is old and dead, for [overcoming] is the vibrant word that lifts up the weak and determines the strong. I try to sow optimism and plant seeds of peace and justice.” “I say what I think, with hope. I think about what I do, with faith. I do what I have to do, with love!” I know I am not so strong, so important and so wise, but here I am, without thinking that I am old and that I should give up rights and the eagerness to act on the social scene. Particularly because I have the experience of all ages and so I can look at the world with less fear and more gratitude!

I close this preface by saying that, as an object of study, I want to be in that positive follow-up that considers oneself subject of history and able to decide; who does not accept to be terminated in life as a useless and disposable object! And if it loses the autonomy, it humbly accepts the care of those who can help, willingly and gratefully. “¡Gracias a la vida que me ha dado tanto!”

Maria Cecília de Souza Minayo
Emeritus Researcher at the Oswaldo Cruz Foundation



Encerro este prefácio, dizendo que, em sendo objeto de estudo, quero estar naquele seguimento positivo que se considera sujeito da história e capaz de decidir; que não aceita ser encerrada em vida como um objeto inútil e descartável! E se perder a autonomia, aceita com humildade os cuidados de quem possa ajudar, de bom grado e agradecida. “Gracias a la vida que me ha dado tanto!”

Maria Cecília de Souza Minayo
Pesquisadora Emérita da Fundação Oswaldo Cruz





CAPÍTULO 1

REFLEXÕES ACERCA DO ENVELHECIMENTO E DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Julyanne dos Santos Nolêto¹
Ana Maria Ribeiro dos Santos²
Jefferson Abraão Caetano Lira³
Rutielle Ferreira Silva⁴
Guilherme Guarino de Moura Sá⁵

Considerações Iniciais

Envelhecer é processo sequencial, individual, acumulativo, universal, não patológico e irreversível de desgaste do organismo maduro, em que se evidencia a diminuição gradativa da reserva funcional dos indivíduos e da capacidade de lidar com o estresse ambiental, assim como aumento da possibilidade de morte⁽¹⁾.

O envelhecimento populacional caracteriza-se basicamente pelo aumento da expectativa de vida e a queda da taxa de fecundidade. A nível mundial, em 1950 a expectativa de vida ao nascer era de 46,8 anos, passando para 70,4 anos em 2015 e espera-se chegar a 74,5 anos em 2030. O Brasil, segue essa tendência, sendo projetada para 2030 uma expectativa de vida média de 79 anos⁽²⁾.

Ao mesmo tempo em que ocorrem mudanças demográficas, observa-se também uma transição epidemiológica. No Brasil a partir da década de 1960 evidenciou-se o aumento na prevalência das DCNT. Algumas doenças são mais frequentes a partir dos 60 anos, tais como: doenças osteoarticulares; cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; doenças respiratórias crônicas, além das doenças transmissíveis, infecciosas e as causas externas⁽³⁾.

O aumento percentual de idosos, irá demandar serviços públicos especializados, que não somente assegurem intervenções integradas ao cuidado às doenças crônicas, mas que fortaleçam a pro-

1 Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Universidade Federal do Piauí - UFPI. E-mail: julyanne.noleto@gmail.com

2 Enfermeira, Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP. Professora Associada do Curso de Graduação em Enfermagem e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Universidade Federal do Piauí - UFPI.

3 Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Universidade Federal do Piauí - UFPI.

4 Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Universidade Federal do Piauí - UFPI.

5 Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Professor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE).

CHAPTER 1

REFLECTIONS ABOUT AGING AND HEALTH OF THE ELDERLY PERSON

Julyanne dos Santos Nolêto¹
Ana Maria Ribeiro dos Santos²
Jefferson Abraão Caetano Lira³
Rutielle Ferreira Silva⁴
Guilherme Guarino de Moura Sá⁵

Initial Thoughts

Aging is a sequential, individual, accumulative, universal, non-pathological and irreversible process of wear of the mature body, which highlights the gradual reduction of the functional reserve of individuals and the ability to cope with the environmental stress, as well as increased possibility of death⁽¹⁾.

The population aging is characterized primarily by increased life expectancy and drop in the fertility rate. Worldwide, in 1950, the life expectancy at birth was 46.8 years, raising to 70.4 years in 2015, and is expected to reach 74.5 years in 2030. Brazil follows this trend, an expected mean life expectancy of 79 years in 2030⁽²⁾.

Simultaneously to demographic changes, there is also an epidemiological transition. In Brazil, from the 1960s, the prevalence of CNCD has increased. Some diseases are more frequent from 60 years of age, such as: osteoarticular diseases; cardiovascular diseases, such as systemic arterial hypertension; diabetes mellitus; chronic respiratory diseases, in addition to the communicable diseases, infectious diseases and external causes⁽³⁾.

The percentage increase of the elderly will require specialized public services that not only ensure interventions integrated to the care with chronic diseases, but to strengthen the promotion of

1 Nurse, MSc in Nursing from the Postgraduate Program in Nursing of the Federal University of Piauí. Federal University of Piauí - UFPI. E-mail: julyanne.noleto@gmail.com

2 Nurse, PhD in Sciences from the Nursing School of Ribeirão Preto of the University of São Paulo - EERP/USP. Associate Professor of the Nursing Graduate and Postgraduate Course at the Federal University of Piauí. Federal University of Piauí - UFPI.

3 Nurse, MSc in Nursing from the Postgraduate Program in Nursing of the Federal University of Piauí. Federal University of Piauí - UFPI.

4 Nurse, MSc in Nursing from the Postgraduate Program in Nursing of the Federal University of Piauí. Federal University of Piauí - UFPI.

5 Nurse, MSc in Nursing from the Federal University of Piauí. Professor at the Federal Institute of Education, Science and Technology of Pernambuco (IFPE). E-mail: guilherme_mourasa@hotmail.com



moção do envelhecimento saudável⁽⁴⁾. No Estatuto do Idoso assegura-se a esse grupo etário o direito à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito, convivência familiar e comunitária, e são obrigações e responsabilidades a serem cumpridas pela família, comunidade, sociedade e Poder Público⁽⁵⁾.

É evidente que o fenômeno do envelhecimento humano desencadeia uma série de implicações sociais, culturais e epidemiológicas, visto a elevada prevalência de morbidades e incapacidades inerentes aos idosos. Frente ao exposto, faz-se necessário uma reflexão acerca dos aspectos envolvidos ao processo de envelhecimento, com a garantia de um cuidado integrado com a valorização da dimensão biológica, psicológica, social e espiritual.

Objetivos

Neste capítulo, o leitor será capaz de refletir acerca do(a):

- Desenvolvimento da ciência e a relevância da filosofia na assistência à saúde ao idoso.
- Uso de Tecnologias de cuidado em saúde à população idosa.
- Influência da realidade e do mito no cuidado de enfermagem ao idoso.
- Atribuição da religião e da ciência no cuidado ao idoso.
- Atuação do Ser enfermeiro/cuidador que cuida do Ser idoso.
- Futuro do cuidar à pessoa idosa.

Desenvolvimento da ciência na assistência à saúde ao idoso. E a filosofia?

A necessidade de superar e dominar a natureza, a busca incessante por evidências científicas e inovações técnicas fez nascer a ciência. Tida como um conjunto de conhecimentos sobre fatos ou aspectos da realidade, explícitos por meio de uma linguagem precisa e rigorosa. Além de que, esses conhecimentos devem ser adquiridos de modo programado e sistemático, para que se assegure a validade e, por conseguinte, permita a reprodutibilidade⁽⁶⁾.

Evidencia-se a relevância da ciência, em especial, no âmbito da saúde. São notórios os grandes avanços em prol da saúde da população, o que repercute no aumento da expectativa de vida dos indivíduos. No entanto, apesar do desenvolvimento tecnológico ter otimizado os cuidados prestados pelos profissionais da saúde, concomitantemente, ocorreu o fortalecimento do atendimento biomédico, modelo de saúde fragmentado, com foco na doença e nas ações curativistas, em detrimento de estratégias de prevenção, promoção e proteção à saúde.

Esse contexto retrata a dificuldade de formação de vínculo entre paciente e profissional e, conseqüentemente, a implementação da atenção humanizada à saúde, com a prestação de um aten-

healthy aging⁽⁴⁾. The Byelaw of the Elderly ensures the right to life, health, nutrition, education, culture, sports, leisure, work, citizenship, freedom, dignity, respect, family and community life, which are obligations and responsibilities the family, community, society and Public Power must meet⁽⁵⁾.

It is clear that the phenomenon of human aging triggers a series of social, cultural and epidemiological implications, considering the high prevalence of morbidities and disabilities inherent to the elderly. Therefore, it is necessary to reflect about the aspects involved in the aging process, ensuring an integrated care with the appreciation of biological, psychological, social and spiritual dimensions.

Objectives

In this section, the reader will be able to reflect about the:

- Development of science and the relevance of philosophy in the elderly health care.
- Use of Health Care Technologies to the elderly population.
- Influence of reality and myth in the nursing eldercare.
- Attribution of religion and science in the eldercare.
- Action of the Nurse/Caregiver being who cares for the Elderly being.
- Future eldercare.

Development of science in the elderly health care. What about philosophy?

The need to overpass and dominate nature, the ceaseless quest for scientific evidence and technical innovations gave birth to science. Taken as a set of knowledge about facts or aspects of reality, explicit through a precise and rigorous language. Moreover, this knowledge should be acquired in a scheduled and systematic manner, to ensure validity and, therefore, allow the reproducibility⁽⁶⁾.

The importance of science stands out, in particular in the health field. There are notorious big advances in favor of the health of the population, which affect the increased life expectancy of individuals. However, although the technological development has optimized the care provided by health professionals, concomitantly, there occurred the strengthening of biomedical care, fragmented health model, focused on disease and cure-centered actions, at the expense of strategies of prevention, health promotion and protection.

This context portrays the difficulty to create a bond between patient and professional and, consequently, the implementation of the humanized health care, with the provision of a holistic care to the user. Nevertheless, although the nursing team is responsible for offering a direct and ongoing assistance, there is need for an intrinsic interaction with their patients. Among these, a comprehensive



dimento holístico ao usuário. Evidencia-se, ainda que, em especial, cabe à equipe de enfermagem, por ofertar uma assistência direta e contínua, a necessidade de uma interação intrínseca com seus pacientes. Dentre esses, torna-se primordial um olhar abrangente e humanizado aos idosos, uma vez que o processo de envelhecimento demanda cuidados específicos e atenção integral à saúde.

Defende-se que, apesar de se verificar uma concepção dissociada do uso da tecnologia e as práticas humanizadas, acredita-se ser necessário o domínio sobre a tecnologia e os processos do cuidar. Um outro conceito imprescindível de compreensão na prática profissional à saúde é a filosofia, por questionar e problematizar saberes e práticas, inclusive as concepções e as produções científicas. Ao utilizar como instrumento básico a reflexão, a filosofia leva a conhecer os fundamentos das ações e o replanejamento mediante à atual e dinâmica escala de valores e prioridades, advinda das relações no mundo.

Conclui-se que, tanto a filosofia como a ciência possuem relevância para o desenvolvimento da sociedade. É possível empreender que muitas descobertas científicas partem de questionamentos filosóficos, assim como muitos desses emergem de conceitos que a ciência não consegue explicar de maneira racional. Logo, a ciência nos proporciona o conhecimento, por meio da disponibilidade de um conjunto de informações, e a filosofia a sabedoria, por representar o modo como utilizaremos esses conhecimentos.

Tecnologias de cuidado em saúde à população idosa

As considerações a seguir acerca da temática “Enfermagem na era tecnológica e cibernética no cuidado ao paciente”, oferecem argumentos convincentes em defesa do uso das tecnologias em saúde associadas à prática do cuidar holístico na assistência prestada ao indivíduo, em especial, a população idosa.

Como tal, evidencia-se que essa faixa etária necessita de cuidados direcionados para atingir um envelhecimento ativo e saudável, com equilíbrio nos aspectos físicos, mentais e sociais. Com a ascensão das tecnologias na assistência à saúde, é notável a solução de problemas antes não resolutivos, assegurando melhorias nas condições de vida e saúde à população. Presume-se, então, ser necessário agregar o seu uso de acordo com os preceitos éticos e o cuidado holístico centrado no indivíduo, em especial à população idosa, com vistas a proporcionar qualidade de vida.

Na perspectiva da Teoria do Cuidado Humano descrita por Jean Watson, cabe a enfermagem à promoção e restauração da saúde, por intermédio do cuidado holístico, praticado de forma interpessoal para o alcance da qualidade de vida. Nos pontos levantados em suas produções, a teórica revela a preocupação, no que diz respeito à abordagem do avanço tecnológico e à priorização do saber técnico-científico, em detrimento das necessidades da pessoa como um ser, constituído de uma história

and humanized gaze to the elderly becomes paramount, since the aging process requires specific types of care and integral health care.

Although there is a dissociated conception between the use of technology and humanized practices, it is believed to be necessary to master technology and care processes. Another concept essential to understanding the health professional practice is the philosophy, by questioning and problematizing knowledge and practices, including scientific conceptions and productions. When using reflection as a basic instrument, the philosophy provokes the learning of basics of actions and the redesign through the current and dynamic scale of values and priorities arising out of the relations in the world.

Both the philosophy as the science have relevance for the development of society. Many scientific discoveries depart from philosophical questions, as well as many of these emerge from concepts that science cannot explain rationally. Thus, the science provides us with the knowledge, through the availability of a set of information, and the philosophy, the wisdom, by representing how we will use such knowledge.

Health care technologies to the elderly population

The following considerations about the theme “Nursing in the technological and cybernetic era in patient care” offer convincing arguments in defense of the use of health technologies associated with the practice of holistic care in the care provided to individuals, in particular, the elderly population.

As such, it is evident that this age group needs care towards an active and healthy aging, with the balanced physical, mental and social aspects. With the rise of health care technologies, it is remarkable the solution of once unsolved problems, ensuring improvements in health and living conditions of the population. Then, their use should be aggregated according to ethical precepts and the individual-centered holistic care, particularly in the elderly population, aiming to provide quality of life.

In the perspective of the Theory of Human Caring described by Jean Watson, nursing is responsible for promoting and restoring health, through the holistic care, practiced interpersonally to achieve quality of life. The points raised in his productions reveal the concern regarding the approach of technological advance and the prioritization of technical-scientific knowledge, to the detriment of the needs of the person as a being composed of a family and social history. In this way, he suggests the control over technology and care processes by adopting altruistic, social and spiritual practices⁽⁷⁾.

The aforementioned design is believed to be plausible, in which it is necessary to divert the focus of Nursing from the technician model and propose the grasp of technology and care processes, with an emphasis on social and spiritual aspects. It is possible to conclude that the care and technology are integrated, since the nursing is linked to principles, laws and theories.

In the thoughts of Martin Heidegger, the human is no longer seen as an object in the world, but a loved mortal, finite, who brings an understanding of the world, in which one must establish and



familiar e social. Desse modo, sugere-se o controle sobre a tecnologia e os processos do cuidado com adoção de práticas altruístas, sociais e espirituais⁽⁷⁾.

Julga-se que a concepção acima apresentada é plausível, na qual é necessário desviar o foco da Enfermagem do modelo tecnicista e propor o domínio sobre a tecnologia e processos do cuidar, com ênfase nos aspectos sociais e espirituais. É possível concluir que o cuidado e a tecnologia estão integrados, em razão de a enfermagem vincula-se aos princípios, às leis e às teorias.

Nos pensamentos de Martin Heidegger, o homem não é mais visto como objeto no mundo, mas um ente mortal, finito, que traz consigo uma compreensão do mundo, na qual deve-se estabelecer e cuidar⁽⁸⁾. Diante dos pensamentos do referido teórico, é possível empreender que a enfermagem é uma ciência que cuida de pessoas, que deve ultrapassar um simples acompanhamento do paciente e, por conseguinte, aprofundar a relação de cuidado, na qual prevaleça a empatia e a sensibilidade.

Nesse exercício reflexivo, verifica-se também que a crescente cultura tecnológica não deve distanciar o cuidado adequado e o diálogo efetivo entre profissional e paciente. Devem ser interligados para o alcance de melhorias na prestação do cuidado em saúde ao paciente. Ao elucidar os cuidados, certifica-se a necessidade de considerar a multidimensionalidade e especificidade do idoso. Ademais, faz-se necessário o fortalecimento da promoção do envelhecimento ativo e saudável com a inserção de tecnologias do cuidado, a valorização da dimensão psicoespiritual e o empoderamento do autocuidado.

A influência da realidade e do mito no cuidado de enfermagem ao idoso

Experiencia-se a evolução do conhecimento técnico-científico e a busca pela melhoria na qualidade da assistência à saúde, com a implementação do olhar holístico sobre o Ser cuidado, na qual considera-se não somente os aspectos físicos, mas também as necessidades subjetivas, espirituais e sociais do sujeito.

A influência cultural dispõe de uma contribuição significativa no enfrentamento de situações diversas na vida, inclusive durante o acometimento de doenças. Observar-se que a população se utiliza de saberes populares integrados às crenças e aos mitos para enfrentar o processo de adoecimento.⁹ Segundo Eliade⁽¹⁰⁾, em seu livro Mito e realidade, “o mito é uma realidade cultural extremamente complexa, que pode ser abordada e interpretada por meio de perspectivas múltiplas e complementares”.

No contexto da saúde, muitos mitos retratam atitudes hostis nas quais o ser humano está cercado por suas crendices, questões de gêneros, vínculos afetivos, entre outras. Nessa concepção, ressaltar-se que os saberes populares, na maioria das vezes, têm o poder da cura, de tranquilizar, melhorar e solucionar os problemas de saúde. Logo, esses são relevantes em cada cultura, devendo ser respeitados, em especial, pelos profissionais da saúde⁽⁹⁾.

care⁽⁸⁾. Before the thoughts of this theoretical framework, it is possible to understand that nursing is a science that cares for people, which must overpass a simple patient follow-up and, therefore, deepen the care relationship, in which empathy and sensitivity prevail.

In this reflective exercise, the increasing technological culture should not distance the proper care and effective dialog between professional and patient. It must be linked to the achievement of improvements in the health care provision to the patient. When elucidating the care, it makes sure the need to consider the multidimensionality and specificity of the elderly. Furthermore, it is necessary to strengthen the promotion of active and healthy aging with the insertion of care technologies, appreciation of psychospiritual dimension and the empowerment of self-care.

The influence of reality and myth in the nursing eldercare

There have been the evolution of the technical-scientific knowledge and the search for improving the health care quality, with the implementation of the holistic eye on the Cared-for being, which considers not only the physical aspects, but also the subjective, spiritual and social needs of the subject.

The cultural influence has a significant contribution in coping with different life situations, including during the onset of diseases. The population uses popular knowledge embedded in beliefs and myths to cope with the process of illness⁽⁹⁾. According to Eliade⁽¹⁰⁾, in his book Myth and reality, “the myth is an extremely complex cultural reality, which can be approached and interpreted through multiple and complementary perspectives”.

In the health context, many myths depict hostile attitudes in which the human being is surrounded by his/her own beliefs, gender issues, affective bonds, among others. This conception emphasizes that the popular knowledge often has the power of healing, calming, improving and solving health problems. Thus, these are relevant in every culture, and should be respected, in particular, by health professionals⁽⁹⁾.

One should also not disregard the scientific evidence and modern nursing practices. Jean Watson’s Theory of Transpersonal Caring recognizes the need for the technical-scientific knowledge in the care provision, aiming to complement and extend the social and spiritual aspect of the patient⁽¹¹⁾. Therefore, the transpersonal care favors the patient’s recovery, once it prioritizes the care comprehensiveness, with the association of technological procedures and socio-cultural and spiritual needs.

Among the age groups, the elderly population adopts standards and beliefs in the health-illness process. In this way, the elderly, when cared for differently from their way of thinking and believing, may present with evidence of cultural conflict, frustration, stress and concerns of moral and ethical



Pontua-se, ainda, não desprezar as evidências científicas e as práticas de enfermagem modernas. Na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, reconhece-se a necessidade do conhecimento técnico-científico na prestação do cuidado, com a finalidade de complementar e ampliar o aspecto social e espiritual do paciente⁽¹¹⁾. Portanto, o cuidado transpessoal favorece a recuperação do paciente, uma vez que prioriza a integralidade na assistência, com a associação dos procedimentos tecnológicos e as necessidades socioculturais e espirituais.

Dentre os grupos etários, verifica-se, em especial, que a população idosa adota padrões e crenças no processo saúde-doença. Dessa forma, o idoso, ao ser cuidado de modo distinto da sua maneira de pensar e acreditar, poderá apresentar indícios de conflito cultural, frustração, estresse e preocupações de cunho moral e ético⁽¹²⁾. Diante dessa perspectiva, a Teoria Transcultural de Madeleine Leininger evidencia a relevância que os fatores culturais exercem no ser humano e a necessidade da sua inserção no planejamento do cuidado de enfermagem⁽¹³⁾.

É fato a presença dos mitos nas culturas tradicionais das populações, envoltos de questões relativas à saúde e à doença. Portanto, verifica-se a necessidade dos profissionais e discentes de enfermagem refletirem sobre suas ações na prestação dos cuidados. É preciso, também, um equilíbrio da razão e crenças, com um cuidado aos idosos permeado pela valorização e respeito das diversas culturas e, por conseguinte, a implantação e implementação de mudanças nos cuidados de enfermagem.

Religião versus ciência no cuidado ao idoso

Inicia-se a presente reflexão teórica com o seguinte questionamento. Entre a religião e ciência deve existir divergência ou harmonia? Verifica-se que são inegáveis os avanços da ciência ao longo das décadas. Ousa-se afirmar que, apesar das conquistas, a ciência não será capaz de explicar tudo, terá sempre a diante incógnitas, em que somente a fé poderá explicar. Logo, a ciência não garantirá a fé, e esta não deverá interferir na evolução da ciência. Ambas devem permanecer nos seus limites, em equilíbrio.

Frente ao exposto, afirma-se veementemente que, na prestação dos cuidados ao paciente, a visão holística deverá permear não somente as dimensões biológica, psicológica e social, mas também a dimensão espiritual. Haja vista, nos cuidados à saúde, a valorização do saber científico, em detrimento de outros saberes, em particular, a espiritualidade. Nesse sentido, é preciso retomá-la para acolher o indivíduo em seus diferentes aspectos, em especial, com a pessoa idosa⁽¹⁴⁾.

Diante da temática, pode-se questionar o processo de formação dos profissionais de enfermagem quanto à inserção da dimensão espiritual nos planos de cuidados e repensar a graduação não somente como um espaço de aprendizado do conhecimento científico, desvalorizando o aspecto espiritual. É preciso compreender o ser humano como um ser integral, e a religiosidade como elemento

nature⁽¹²⁾. In this perspective, Madeleine Leininger's Cross-Cultural Theory highlights the relevance of cultural factors on the human being and the need for their insertion in the nursing care planning⁽¹³⁾.

The presence of myths in traditional cultures of populations is a fact, wrapped in matters related to health and disease. Therefore, nursing professionals and students need to reflect on their actions in the care provision. Furthermore, reason and beliefs must be balanced, with a care for the elderly permeated by the appreciation and respect for different cultures and, therefore, the deployment and implementation of changes in nursing care.

Religion versus science in the elderly care

This theoretical reflection beings with the following question. Should there be divergence or harmony between religion and science? The advances in science over the decades are undeniable. One dares to affirm that, in spite of the achievements, science will not be able to explain everything, there will always be doubts, which will only be explained by faith. Thus, science will not ensure faith, and this should not interfere with the evolution of science. Both must stay within their limits, in equilibrium.

With the exposed, in the provision of care to the patient, the holistic vision should vigorously permeate not only the biological, psychological and social dimensions but also the spiritual dimension, considering, in health care, the appreciation of scientific knowledge, to the detriment of other knowledges, in particular, spirituality. In this sense, there is need to retrieve it to embrace the individual in his/her different aspects, especially the elderly person⁽¹⁴⁾.

Before the theme, one may question the educational process of nursing professionals regarding the insertion of the spiritual dimension in health care plans and rethink the graduation not only as a space for learning scientific knowledge, devaluing the spiritual aspect. It is necessary to understand the human being as an integral being, and religiousness as a relevant element in human life, which influences their way of thinking, feeling, acting and, consequently, caring⁽¹⁵⁾.

Health professionals, especially nurses, need to understand the meanings of religiosity and spirituality to the elderly person. In this way, they will be able to direct the care practices including their knowledge, beliefs and habits and provide a humanistic care.¹⁶ Therefore, it is essential to realize the elderly in their physical, social, subjective and spiritual aspects, since religion becomes a means of comfort and embracement before situations of proximity of life finiteness.

The Nurse/Caregiver being that cares for the Elderly being

René Descartes says that "I think, therefore I am", and the question is believed to be plausible, because the fact of thinking is what makes someone alive. Therefore, the Being is everyone who thinks,



relevante na vida humana, que influencia a sua forma de pensar, sentir, agir e, conseqüentemente, a maneira de cuidar⁽¹⁵⁾.

Para os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, tornar-se necessário compreender os significados advindos da religiosidade e espiritualidade à pessoa idosa. Desse modo, poderão direcionar as práticas do cuidado incluindo-se os seus saberes, crenças e hábitos e proporcionar um cuidado humanístico⁽¹⁶⁾. Logo, torna-se imprescindível perceber o idoso em seus aspectos físicos, sociais, subjetivos, incluído os espirituais, uma vez que a religião tornar-se um meio de conforto e acolhida frente às situações com a proximidade da finitude da vida.

O Ser enfermeiro/cuidador que cuida do Ser idoso

René Descartes afirma que “Penso, logo existo”, julga-se que a questão é plausível, pois o fato de pensar é o que torna alguém vivo. Logo o Ser é todo aquele que pensa, constituído de várias características e conhecê-las é um grande desafio. É preciso, buscar compreender o significado íntimo do Ser, que é a essência humana.

O pensamento surge na procura de conhecer a realidade. Então, faz-se necessário se esvaziar para adquirir novos conhecimentos e evoluir como ser humano. Ainda, é preciso aprender a pensar, identificar os conceitos estabelecidos para que, identificados, retornem à própria experiência da verdade pensada⁽¹⁷⁾.

Porém, passa aos olhares um mundo sem tempo ou sem priorizar a busca pela compreensão do seu íntimo, a preferência é seguir modelos prontos de modos de vida. Se deixar guiar por verdades absolutas, ao invés de realizar a prática do pensar. Esquecem que existem visões diferentes para cada situação e a verdade para cada indivíduo. Por meio do entendimento do próprio Ser é possível emergir a empatia, compreender os sentimentos, as emoções e se colocar no lugar do próximo nas mesmas circunstâncias, ou seja, cuidar como gostaria de ser cuidado.

Desde os primórdios da humanidade, o cuidado integra a vida do ser humano. Roach⁽¹⁸⁾ afirma que “O cuidado é o fenômeno constitutivo básico da existência humana”. São oferecidos ao ser cuidado atenção, afeto, conforto e demais ações que lhe proporcionam o bem-estar. O que demanda ao cuidador empenho, renúncia e discernimento. Entretanto, julga-se relevante argumentar: Quem cuida do cuidador?

O ato de cuidar requer dedicação do cuidador e poderá levá-lo ao desequilíbrio físico, emocional e espiritual, principalmente, quando o cuidado se torna contínuo e consciente. Acredita-se, ainda que, para cuidar do outro, é preciso o autoconhecimento e a arte de cuidar de si mesmo. Afinal, cuida-se dos outros como cuidamos de nós, desse modo, é possível garantir um cuidado adequado.

Vivencia-se um momento histórico marcado pelo crescente avanço das ciências, pelo predomínio de determinadas profissões, pela diversidade de especializações, fragmentações do saber, das

consistindo de várias características, e conhecê-las é um grande desafio. É necessário buscar compreender o significado íntimo do Ser, que é a essência humana.

The thought arises in seeking to understand the reality. Then, it is necessary to drain to acquire new knowledge and evolve as a human being. Moreover, one must learn to think, to identify the established concepts, so that, once identified, they return to their own experience of truth thought⁽¹⁷⁾.

Nonetheless, there is a world without time or without prioritizing the quest for understanding its intimate, the preference is to follow pre-existing models of ways of life. Being guided by absolute truths, instead of performing the practice of thinking. They forget the different existing views for each situation and the truth for each individual. Understanding of the own Being allows emerging the empathy, understanding the feelings, emotions and putting oneself in other's place in the same circumstances, i.e., caring for as one would like to be cared for.

Since the dawn of humanity, the care is part of the life of a human being. Roach⁽¹⁸⁾ says that “The care is the basic constitutive phenomenon of human existence”. The cared-for being receives attention, affection, comfort and other actions that provide with the well-being, which demands the caregiver's commitment, resignation and discernment. However, it is important to argue: Who cares for the caregiver?

The act of caring for requires the caregiver's dedication and can lead him/her to physical, emotional and spiritual imbalance, especially when the care becomes continuous and conscious. Furthermore, caring for the other is believed to require self-knowledge and the art of caring for oneself. After all, we should care for the others and we care for ourselves, thus guaranteeing an adequate care.

There has been a moment in history marked by the increasing advancement of science, by the predominance of certain professions, the diversity of specializations, fragmentation of knowledge, of human relations, of the person him/herself and the proper care. Moreover, the care for “Us” may be undermined by individual interests⁽¹⁹⁾. It is possible to understand, in the perspective of Roach⁽¹⁸⁾, that “the care is culturally learned, and the way we were care for or we care for will influence our way of caring for”.

In the health field, the professionals feel the need for care. However, administrative, resource and interpersonal problems affect the caregivers' health, in particular, in Nursing, which provides direct and continuous assistance to patients. Before the theme, the caregiver should grasp the importance of caring for themselves, to then care for the other. Managers must offer suitable conditions for professional exercise, to avoid damage and, consequently, achieve quality in care.

There is also an expectation of the human being while seeking to feel appreciated. During the illness, this yearning tends to be more evident, as it is often accompanied by doubts and fears. There stands out a peculiar view on the elderly population, who is in a situation of vulnerability, associated with insecurity, before the disease process, and the physiological and pathological approximation of life finiteness.



relações humanas, do próprio ser humano e do próprio cuidado. Ademais, o cuidado “do Nós” pode estar submisso por interesses individuais⁽¹⁹⁾. É possível compreender, na perspectiva de Roach¹⁸, que “o cuidado é culturalmente aprendido, e a maneira como fomos cuidados ou expressamos cuidados influenciará na nossa maneira de cuidar”.

No campo da saúde, os profissionais sentem a necessidade de cuidados. Porém, problemas administrativos, de recursos e interpessoais afetam a saúde dos cuidadores, em particular, na Enfermagem, que presta assistência direta e contínua aos pacientes. Diante da temática, julga-se ser relevante não somente o cuidador apreender a relevância do cuidar de si, para então cuidar do outro. É preciso os gestores oferecerem condições adequadas ao exercício profissional, para que desse modo evitar-se danos e, por conseguinte, alcance qualidade no cuidado.

Percebe-se, ainda, uma expectativa do ser humano na busca de sentir-se valorizado. Durante o adoecimento, esse anseio tende a ser mais evidente, por muitas vezes, está acompanhado de dúvidas e medos. Destaca-se um olhar peculiar à população idosa, que se encontra em uma situação de vulnerabilidade, associada à insegurança, frente ao processo da doença, e a aproximação fisiológica e patológica da finitude da vida.

Portanto, retifica-se a necessidade dos profissionais de enfermagem que atuam na prestação dos cuidados, de repensar e implementar os valores humanos. Para isso, é de suma importância que o profissional faça emergir os princípios do seu Ser, essência da vida. Faz-se necessário um cuidado responsável, empático e ético, com a valorização da vida e do ser humano cuidado, com a finalidade do alcance de melhorias na qualidade da assistência à saúde. Assim sendo, são relevantes as reflexões acerca do Ser e pensar, esses como campos inerentes à vida e ao cuidar.

Implicações e desafios no futuro do cuidar à pessoa idosa

Inicia-se esse tópico com o seguinte questionamento: É possível haver qualidade de vida na população envelhecida do futuro? Ressalta-se que, embora com a presença das comorbidades, é possível, com os avanços tecnológicos e a integralidade do cuidado, viver com qualidade. Além da adoção pela pessoa idosa das estratégias de promoção, prevenção e proteção à saúde, salienta-se que, o processo de envelhecimento ocorre de modo distinto em cada ser humano, não deve caracteriza-se somente com perdas e limitações, mas, no modo como a sociedade e o próprio indivíduo comportam-se no decorrer da vida.

Vivencia-se que a família constitui o primeiro recurso informal nos cuidados ao idoso. Porém, há uma tendência futura de muitos idosos morarem sozinhos ou com família com poucos integrantes. Esse fato se deve às mudanças significativas na estrutura familiar, com hegemonia de famílias pequenas, ao invés das convencionais e extensas. Evidencia-se, ainda, o despreparo da família nos cuidados

Therefore, nursing professionals who work in the care provision need to rethink and implement human values. For this reason, notably, the professional must awaken the principles of his/her Being, essence of life. There is need for a responsible, empathetic and ethical care, with appreciation of life and of the cared-for human being, aiming to achieve improvements in the health care quality. Thus, the reflections about the Being and thinking such as fields inherent to life and care are relevant.

Implications and challenges in the future care with the elderly

This topic begins with the following question: Is it possible to have quality of life in the future elderly population? Despite the presence of comorbidities, it is possible, with technological advances and care comprehensiveness, to live with quality. In addition to the adoption by the elderly person of strategies of promotion, prevention and health protection, the aging process occurs differently in each human being, and must not be characterized only by losses and limitations, but by the behavior of society and the own individual in the course of life.

The family constitutes the first informal care resource for the elderly. Nevertheless, there is a future trend of many elderly people living alone or with family with few members. This fact is due to the significant changes in family structure, with hegemony of small families, instead of conventional and extensive one. There is also the lack of ability of the family in the care inherent to the elderly. In this sense, there is an inclination in the search for long-term institutions and the need for formal caregivers, with professional habilitation⁽²⁰⁾.

It is essential to implement the promotion, prevention and health protection at all life stages, with effective policies for the family and the community, in favor of active and healthy aging. Therefore, there is a strong need for the provision of holistic and empathic care by the family member, formal caregiver or health care professional to the elderly person. New forms of attention and care arise. One must deal with the needs and limitations of the aging process with harmony, fundamental to achieving well-being and quality of life in this age range. Finally, there is need to integrate the elderly in society, appreciating and ensuring their rights.

Final Thoughts

Before the increased number of elderly people, there is a need for intense political, social and health transformations and the union of scientific knowledge and philosophical knowledge. Science has brought great achievements that optimize health care, and has enabled the increase in life expectancy, in contrast, the biomedical model strengthened, and creating a bond between patient and professional became difficult.



inerentes ao idoso. Frente a isso, observa-se uma inclinação na busca por instituições de longa permanência e surgir-se a necessidade de cuidadores formais, com habilitação profissional(20).

Julga-se ser imprescindível implementar a promoção, prevenção e proteção à saúde em todas as fases da vida, com políticas efetivas para a família e a comunidade, em prol do envelhecimento ativo e saudável. Frente ao exposto, afirma-se veemente a necessidade da prestação de cuidados holísticos e com empatia por parte do familiar, cuidador formal ou profissional de saúde à pessoa idosa. Surgem-se novas formas de atenção e cuidado. É preciso lidar com harmonia às necessidades e limitações do processo de envelhecimento, fundamental para o alcance do bem-estar e a qualidade de vida dessa faixa etária. Por fim, é preciso integrar o idoso na sociedade, valorizar e assegurar os seus direitos.

Considerações Finais

Diante do aumento do número de idosos, verifica-se a necessidade de intensas transformações políticas, sociais e de saúde e a união de saberes do conhecimento científico e filosófico. A ciência trouxe grandes conquistas que otimizam os cuidados à saúde, e tem possibilitado o aumento da expectativa de vida, em contrapartida, houve o fortalecimento do modelo biomédico e, por conseguinte a dificuldade de formação de vínculo entre paciente e profissional.

Nesse contexto, destaca-se a Equipe de Enfermagem, por prestar uma assistência direta e contínua, a oferta de uma atenção humanizada. Logo, a crescente cultura tecnológica não deve distanciar o cuidado holístico e o diálogo efetivo entre profissional e paciente, em especial, ao idoso. Além do mais, nesse cuidado deve haver a valorização e respeito das diferentes culturas e religiões.

A presente reflexão traz ainda sobre a necessidade de cuidados com o cuidador e a buscar deste de compreender o significado íntimo do Ser, se esvaziar para adquirir novos conhecimentos, evoluir como ser humano e apreender a relevância do cuidar de si, para então cuidar do outro. Ainda, é preciso os gestores oferecerem condições adequadas para o exercício profissional, para que se alcance a qualidade no cuidado.

Ainda, quanto as implicações e desafios no futuro do cuidar à pessoa idosa, verifica-se que os avanços tecnológicos, a prestação do cuidado integral e adoção de estratégias de promoção, prevenção e proteção à saúde são imprescindíveis para o alcance na qualidade de vida dos idosos, mesmo com as comorbidades. Aponta-se também a tendência futura de muitos idosos morarem sozinhos ou com estrutura familiar pequena, assim como a procura por instituições de longa permanência e de cuidadores formais. Logo, faz-se necessário considerar as limitações intrínsecas do envelhecimento, inserir o idoso na sociedade e garantir os seus direitos.

In this context, Nursing Staff stands out, as they provide direct and ongoing assistance and offer a humanized care. Therefore, the growing technological culture should not distance the holistic care and effective dialog between professional and patient, especially the elderly. Furthermore, this care should accompany appreciation and respect for different cultures and religions.

This reflection also brings the need to care for the caregiver and to seek to understand intimate meaning of the Being, draining to acquire new knowledge, evolve as a human being and grasp the importance of caring for him/herself, to then care for the other. Additionally, managers should offer suitable conditions for the professional exercise, to achieve quality in care.

Regarding the implications and challenges for the future care with the elderly person, the technological advances, the provision of comprehensive care and adoption of strategies for promotion, prevention and health protection are essential to achieve the elderly's quality of life, even with comorbidities. There is also the future trend of many elderly people living alone or with small family structure, as well as the demand for long-term institutions and formal caregivers. Therefore, there is need to consider the intrinsic limitations of aging, insert the elderly in society and ensure their rights.

Questions for reflection

1. Are science and technology relevant in the elderly health care? Justify.
2. Are the respect to and appreciation of culture and religion necessary in the eldercare planning? Justify.
3. How should a society be organized so that, in old age, the human being remains being treated as a human being?

References

1. Organización Panamericana de La Salud. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3. ed. Washington: OPAS; 2003.
2. United Nations. World population aging 2017: highlights. New York: United Nations, 2017.
3. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrao, ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. Cadernos de Saúde Pública. 2013;29(6):1217-29.



Questões para reflexão

1. A ciência e a tecnologia são relevantes no cuidado à saúde do idoso? Justifique a sua resposta.
2. O respeito e valorização da cultura e da religião é necessário no planejamento dos cuidados aos idosos? Justifique a sua resposta.
3. Como deveria ser organizada uma sociedade, para que, na velhice, um ser humano permaneça sendo tratado como um ser humano?

Referências

1. Organización Panamericana de La Salud. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3. ed. Washington: OPAS; 2003.
2. United Nations. World population aging 2017: highlights. New York: United Nations, 2017.
3. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrao, ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. Cadernos de Saúde Pública. 2013;29(6):1217-29
4. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2016;19(3):507-19, 2016.
5. Brasil. Lei nº 10.741, de 1.º de outubro de 2003. Brasília: DUO; 2003.
6. Bock AMB, Teixeira MLT, Furtado O. Psicologia fácil. São Paulo: Saraiva; 2011.
7. Watson J. Human caring science: a theory of nursing. 2. ed. Ontario: Jones e Bartlett Learning; 2012.
8. Heidegger, M. Ser e tempo. Rio de Janeiro: Vozes; 2006.
9. Santos MF. Concepções de mitos e relações com a saúde. Bol. Mus. Int. de Roraima. 2014;8(2):53-60.
10. Eliade, M. Mito e realidade. 6. ed. São Paulo: Editora Perspectiva; 2006.
11. Watson J. Nursing: human science and human care. East NorwalkCT: Appleton Century Grofts; 1985.
12. Souza RJ, Zagonel IPS, Maftum MA. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de leininger. Rev Rene. 2007;8(3):117-25.

4. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2016;19(3):507-19, 2016.
5. Brasil. Lei nº 10.741, de 1.º de outubro de 2003. Brasília: DUO; 2003.
6. Bock AMB, Teixeira MLT, Furtado O. Psicologia fácil. São Paulo: Saraiva; 2011.
7. Watson J. Human caring science: a theory of nursing. 2. ed. Ontario: Jones e Bartlett Learning; 2012.
8. Heidegger, M. Ser e tempo. Rio de Janeiro: Vozes; 2006.
9. Santos MF. Concepções de mitos e relações com a saúde. Bol. Mus. Int. de Roraima. 2014;8(2):53-60.
10. Eliade, M. Mito e realidade. 6. ed. São Paulo: Editora Perspectiva; 2006.
11. Watson J. Nursing: human science and human care. East NorwalkCT: Appleton Century Grofts; 1985.
12. Souza RJ, Zagonel IPS, Maftum MA. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de leininger. Rev Rene. 2007;8(3):117-25.
13. Leininger M. Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices. Madrid: McGraw-Hill; 1995.
14. Esperandio MR, Zaperlon M, Zorzi P, Silva TO, Marques L.F. Religiosidade/espiritualidade em profissionais/trabalhadores da saúde. Inter Cult Comum. 2015;10(18):195-209.
15. Salgado APA, Rocha RM, Conti CC. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. Rev. enferm. UERJ. 2007;15(2):223-28
16. Reis LA, Menezes TMO. Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives. Rev Bras Enferm. 2017;70(4):761-766.
17. Buzzi A. Introdução ao pensar. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.
18. Roach MS. The human act of caring: a blueprint of the health professions. Ottawa: Canadian Hospital Association; 1993.



13. Leininger M. Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices. Madrid: McGraw-Hill; 1995.

14. Esperandio MR, Zaperlon M, Zorzi P, Silva TO, Marques L.F. Religiosidade/espiritualidade em profissionais/trabalhadores da saúde. Inter Cult Comum. 2015;10(18):195-209.

15. Salgado APA, Rocha RM, Conti CC. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. Rev. enferm. UERJ. 2007;15(2):223-28.

16. Reis LA, Menezes TMO. Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives. Rev Bras Enferm. 2017;70(4):761-766.

17. Buzzi A. Introdução ao pensar. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.

18. Roach MS. The human act of caring: a blueprint of the health professions. Ottawa: Canadian Hospital Association; 1993.

19. Baggio MA, Erdmann AL. A Circularidade dos Processos de Cuidar e Ser Cuidado na Conformação do Cuidado “do Nós”. Rev. Enf. Ref. 2015;4(7):11-20.

20. Pavarini SCI, Mendiondo MSZ; Barham EJ; Varoto VAG; Filizola CLA. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?. Texto Contexto Enferm.2005;14(3):398-402.

19. Baggio MA, Erdmann AL. A Circularidade dos Processos de Cuidar e Ser Cuidado na Conformação do Cuidado “do Nós”. Rev. Enf. Ref. 2015;4(7):11-20.

20. Pavarini SCI, Mendiondo MSZ; Barham EJ; Varoto VAG; Filizola CLA. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?. Texto Contexto Enferm.2005;14(3):398-402.



CAPÍTULO 2

CONCEPÇÕES FILOSÓFICAS SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO

Mariana Lustosa de Carvalho¹
Maria do Livramento Fortes Figueiredo²
Grazielle Roberta Freitas da Silva³

Considerações Iniciais

Uma das maiores conquistas da humanidade foi a expansão do tempo de vida, com a evolução considerável dos parâmetros de saúde das populações. Este fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, porém, mais recentemente, é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e deverá alcançar 32 milhões em 2020⁽¹⁾.

Envelhecer traz consigo diversas modificações de cunho biológico, psicológico e social, demandando complexas e multifacetadas formas de cuidar. O processo de envelhecimento é alicerçado por inúmeras variáveis que determinam a qualidade do envelhecer. Dessa forma, levantar reflexões acerca do ser idoso proporciona espaço para o entendimento desse momento da vida do indivíduo, permitindo auxiliar a construção de novos olhares e perspectivas sobre o fenômeno do cuidado, propiciando a garantia de um cuidado mais humano e pautado nas necessidades do idoso⁽²⁾.

Compreender o ser humano é um trabalho complexo, principalmente ao tratar-se da população idosa, pois emergem questões multidimensionais, sendo relevante a utilização de recursos reflexivos propostos pela Filosofia, para que haja a valorização de uma consciência crítica, além de uma prática profissional humanizada, com o resgate dos valores humanos, a partir dos saberes apreendidos. Para alcançar esse objetivo, a Enfermagem deve buscar esses conhecimentos visando o renovar de seus conceitos, a fim de beneficiar os indivíduos por meio de uma assistência holística.

Objetivo

Este capítulo tem como objetivo realizar uma reflexão filosófica acerca do cuidado ao idoso

1 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – PPGEnf/UFPI.

2 Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Associada do Curso de graduação em Enfermagem e da Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (CCS/UFPI).

3 Pós-doutorado em Enfermagem /PROCAD UFPI/UFPE/UFC (2015/2017). Professora Associada II do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI)

CHAPTER 2

PHILOSOPHICAL CONCEPTIONS ABOUT NURSING CARE FOR ELDERLY

Mariana Lustosa de Carvalho¹
Maria do Livramento Fortes Figueiredo²
Grazielle Roberta Freitas da Silva³

Initial considerations

One of the greatest achievements of humanity was the expansion of the human life span with the considerable evolution of health parameters of the populations. This phenomenon occurred initially in developed countries. However, more recently, it is in developing countries that the aging of the population has occurred more sharply. In Brazil, the number of elderly people increased from 3 million in 1960, to 7 million in 1975, and 14 million in 2002 (an increase of 500% in forty years) and is expected to reach 32 million in 2020⁽¹⁾.

Aging brings with it several biological, psychological and social changes, demanding complex and multifaceted ways of caring. The aging process is corroborated by numerous variables that determine the quality of aging. Thus, bring up reflections about the elderly provides space for understanding this moment of the individual's life allowing to help the construction of new perspectives on the phenomenon of care providing the guarantee of a more humane care based on the needs of the elderly⁽²⁾.

Understanding the human being is a complex job, especially when dealing with the elderly population because multidimensional issues emerge, being relevant the use of reflective resources proposed by Philosophy, so that there is the valorization of a critical conscience and a humanized professional practice with the rescue of human values based on the knowledge learned. To achieve this goal, Nursing must seek this knowledge in order to renew its concepts, in order to benefit individuals through holistic assistance.

Objective

This chapter aims to conduct a philosophical reflection on care for the elderly.

1 Nurse. Master student in nursing by the Graduate Program of the Federal University of Piauí (PPGEnf/UFPI)

2 PhD in Nursing from the Federal University of Rio de Janeiro. Associate Professor of the Undergraduate Nursing Course and Postgraduate Nursing Course at the Federal University of Piauí (CCS / UFPI).

3 Post-doctorate in Nursing / PROCAD UFPI / UFPE / UFC (2015/2017). Associate Professor II of the Nursing undergraduate course at the Federal University of Piauí (UFPI).



A evolução da filosofia e o cuidado ao ser idoso.

Na busca do entendimento do ser, a abordagem da ontologia emerge na análise da questão do ser, o esclarecimento do ser, conforme seus acenos e vestígios. É ver e ouvir, é investigar o ser. Nessa perspectiva, ainda como tarefa da ontologia, é evidente que existe uma relação entre o pensamento e o ser, na qual o ser, para mostrar-se a quem procura, necessita do pensamento⁽²⁾.

A enfermagem como profissão em constante evolução, para promover a realidade do próprio trabalho, no cuidar de outras pessoas, deve aprender a pensar e ver o outro sob as diversas perspectivas, com múltiplas visões, estando além do biológico. Para conhecer o ser humano e alcançar uma relação inter-humana, é necessário que ocorra o autoconhecimento, e não apenas conhecer o paciente, para que haja o princípio espontâneo do cuidado.

Quando o Buzzi⁽³⁾ cita a frase “geralmente os conhecimentos que temos das coisas falam de nossos interesses”, mostra as diversas concepções e interpretações que alguém pode ter em relação a outrem. Nesse ponto de vista, emerge a questão: de que forma o enfermeiro está percebendo a saúde do idoso?

Diversos *feedbacks* são possíveis partindo do argumento acima. Os enfermeiros podem notar os idosos e o processo de envelhecimento como um fenômeno cronológico, biológico, com modificações de dimensões físicas e morfológicas. Porém, àqueles que experimentam, buscam o conhecimento pelo ser, podem concebê-los em sua totalidade, observando os aspectos biológicos, psicológicos, espirituais e sociais, notando principalmente suas potencialidades e assegurando um cuidar holístico e de qualidade no decorrer do envelhecer⁽¹⁾.

O enfermeiro do contexto atual, por inúmeras vezes, ainda executa tarefas de formas repetitivas e monótonas, desestimulando o interesse no cuidar diferenciado ao cliente. O perder-se na repetição, a rotina de refazer cuidados predeterminados, retoma o rolar da pedra de Sísifo, da mitologia grega. Por vezes, habituar-se ao cotidiano fatigante impede que haja a busca por ações que auxiliem uma melhor atuação, embasados na integralidade e autonomia do ser humano idoso. O enfermeiro, nessa conjuntura, deve mudar-se de sua zona de conforto, e conquistar avanços para suas práticas profissionais, com ênfase na humanização, além de habilidades técnicas, que também são essenciais para o cuidado.

A partir de conceitos e julgamentos da realidade por meio da razão, a metafísica foi um passo dado na evolução filosófica, como a apreensão conceitual do ser e o conhecimento sólido, espelho do mundo em que vivemos. Ao se falar em metafísica, automaticamente há uma inclinação para a filosofia, e esta provoca o despertar das consciências e chama atenção àquilo que é desconhecido⁽⁴⁾.

Dessa forma, é relevante o estabelecimento da relação entre a enfermagem e a metafísica, conforme ambas direcionam o conhecimento ao Ser humano. A metafísica estuda o que de concreto nos traz a totalidade de problemas, conforme as necessidades de cada indivíduo, com a contínua aprendizagem e busca através dos questionamentos. Com isso, são visíveis as contribuições para a enfermagem, pois partindo do princípio da metafísica, o enfermeiro passará a estudar e entender o indivíduo idoso, com áreas ligadas à vida, à morte e a noções de saúde-doença.

Tal qual a filosofia de Sócrates, ainda na metafísica, o homem, quando questionador da realidade a partir do reconhecimento da própria ignorância, é estimulado a buscar, a ir além. Em Platão, o

The evolution of philosophy and care for the elderly

Searching for an understanding of being, the ontology approach emerges in the analysis of the question of being, the clarification of being, according to its signs and traces. It is seeing and hearing, it is investigating the being. In this perspective, still as a task of ontology, it is evident that there is a relationship between thought and being. In which being needs thinking in order to show itself to those looking for it⁽³⁾.

Nursing as a profession in constant evolution must learn to think and see the other from different perspectives with multiple views being beyond the biological in order to promote the reality of the work itself. In order to know the human being and to achieve an inter-human relationship, it is necessary to occur, not just knowledge about the patient, but also self-knowledge so that there is the spontaneous principle of care.

When Buzzi⁽³⁾ quotes the phrase "generally the knowledge we have about things speaks of our interests", it shows the different conceptions and interpretations that someone may have in relation to others. From this point of view, the question arises: how is the nurse understanding the health of the elderly?

Several feedbacks are possible based on the above argument. Nurses can understand the elderly and the aging process as a chronological and biological phenomenon with changes in physical and morphological dimensions. However, those who experience it and seek knowledge for the individual can conceive it in its entirety, observing the biological, psychological, spiritual and social aspects, noting mainly its potentialities and ensuring a holistic and quality care during the aging process⁽¹⁾.

The nurse in the current context, many times, still performs tasks in repetitive and monotonous ways discouraging interest in differentiated care for the client. The loss of repetition, the routine of redoing predetermined care, resumes the task of pushing a boulder up a mountain of Sisyphus, from Greek mythology. Sometimes, getting used to stressful daily life prevents the search for actions that help a better performance based on the integrality and autonomy of the elderly human being. The nurse, in the condition, must move out of his comfort zone and achieve advances in his professional practices with an emphasis on humanization, in addition to technical skills which are also essential for care.

From concepts and judgments of reality through reason, metaphysics was a step taken in philosophical evolution as a conceptual apprehension of the individual and solid knowledge, mirror of the world in which we live. As far as metaphysics is concerned, there is automatically an inclination towards philosophy, and this causes the awakening of consciences and calls attention to what is unknown⁽⁴⁾.

Therefore, it is relevant to establish a relationship between nursing and metaphysics, as both are directing knowledge towards to the Human Being. Metaphysics studies what concretely brings us the totality of problems with continuous learning and search through questions, according to the needs of each individual. Thus, contributions to nursing are clear, since starting from the principle of metaphysics nurses will start to study and understand the elderly individual with areas related to life, death and notions of health-disease.

Just like Socrates' philosophy, still in metaphysics, man, when questioning reality from the recognition of his own ignorance is encouraged to seek, to go beyond. In Plato, teaching and learning offer a way out to the world of opinions and prejudices, for true knowledge, or for intelligible forms. Aristotle continued the philosophy of ideas, but making metaphysics more logical, building the world through knowledge and reason⁽³⁾.



ensino e aprendizagem elevam à saída do mundo das opiniões e preconceitos, para o verdadeiro saber, ou para as formas inteligíveis. Aristóteles continuou a filosofia das ideias, mas tornando a metafísica mais lógica, construindo o mundo por intermédio dos conhecimentos e da razão(3).

Nesse cenário, a filosofia contribui com a busca da verdade, questionando de forma a revelar e analisar os fatos, estimulando um olhar para as pessoas com mais cuidado e responsabilidade, compreendendo as atitudes individuais e coletivas de cada um no mundo. Na Enfermagem, essas ações contribuem com uma atuação crítica sobre a realidade que o enfermeiro está inserido, de forma a guiar os pensamentos e ações, incluindo todas as vertentes sociais, profissionais e espirituais.

A influência do mito, da ciência e da filosofia para o cuidar em enfermagem na saúde do idoso.

A busca do conhecimento se inicia com o entendimento da própria ignorância e o reconhecimento da necessidade de ser humilde para obter a sapiência. O conhecimento, segundo Buzzi⁽³⁾, se elabora por meio de três vertentes: a intuição sensível, com a percepção da realidade, a memória, para conservar e lembrar o que já se alcançou, e a experiência, a qual corresponde a uma síntese ordenada do material das intuições sensíveis e da memória e ponto de partida para outros conhecimentos.

A primeira forma de conhecimento é o mito, do qual se enraízam os demais conhecimentos, que são modulados por sua força. Nesse contexto, Os mitos permanecem desde a antiguidade na vida das pessoas e são intimamente relacionados com as crenças e a cultura de cada população. São vários os mitos existentes no mundo, na busca de desvendar origens e funcionamento do universo⁽³⁾.

Desde antes da concepção da enfermagem como profissão, os mitos se faziam importantes na explicação dos fenômenos que aconteciam na saúde da sociedade, com base no empirismo. No âmbito da saúde, muitos deles refletem as atitudes nas quais o ser humano está envolto, conforme suas crenças, questões de gênero, vínculos afetivos, dentre outras. Nesse aspecto, evidenciam-se os saberes populares, os quais na maioria das vezes influenciam na cura, melhoram e solucionam problemas de saúde.

No entanto, diversos mitos podem ser considerados passíveis de desconstrução, para a quebra de paradigmas e redução dos obstáculos, principalmente no que concerne à saúde do idoso, já que diversas crenças são construídas fazendo alusões a representações depreciativas do fenômeno do envelhecimento.

Dessa forma, algumas ideias concebidas sobre o envelhecimento são difundidas entre os próprios idosos e seus cuidadores, na busca de significados simbólicos, morais, sociais ou psicológicos, determinando as dinâmicas sociais e legitimando a relação dos idosos com os demais membros da sociedade. Mitos bastantes comuns são propagados, como a ideia de que o indivíduo na velhice se torna assexuado, ou que o idoso volta a ser criança ou descartável.

Essas ideias se fundamentam em múltiplas questões e principalmente pelo não entendimento da complexidade que está no envelhecer. Essas visões negativas perpassam as gerações, a fim de prover argumentos para sociedades capitalistas, nas quais o indivíduo vale o que produz, construindo o retrato de idosos sendo problemas a serem solucionados, formalizando visões estereotipadas da realidade do envelhecer⁽⁵⁾.

In this scenario, philosophy contributes to the search of the truth, questioning in order to reveal and analyze facts, stimulating a look at people with more care and responsibility, understanding the individual and collective attitudes of each one in the world. In Nursing, these actions contribute to a critical performance on the reality that the nurse is inserted in order to guide thoughts and actions, including all social, professional and spiritual aspects.

The influence of myth, science and philosophy for nursing care in the health of the elderly

The search for knowledge begins with the understanding of one's own ignorance and the recognition of the need to be humble in order to obtain knowledge. According to Buzzi⁽³⁾, knowledge is elaborated through three strands: sensitive intuition, with the perception of reality; memory, to preserve and remember what has already been achieved; and experience, which corresponds to an orderly synthesis of the material of sensitive intuitions and memory and starting point for other knowledge.

The first form of knowledge is the myth, from which is root for others knowledges, which are modulated by its strength. In this context, Myths remain since antiquity in people's lives and are closely related to the beliefs and culture of each population. There are several myths existing in the world searching for unraveling the origins and functioning of the universe⁽³⁾.

Since before the conception of nursing as a profession, based on empiricism, myths were important in explaining the phenomena that happened in the health of society. In the field of health, many of them reflect the attitudes in which the human being is involved, according to their beliefs, gender issues, affective bonds, among others. In this regard, popular knowledge is evidenced, which most of the times influence healing, improve and solve health problems.

However, several myths can be considered susceptible to deconstruction, in order to break paradigms and reduce obstacles, especially with regard to the health of the elderly once that several beliefs are constructed making allusions to derogatory representations of the phenomenon of aging.

Thus, some ideas conceived about aging are disseminated among the elderly themselves and their caregivers in the search for symbolic, moral, social or psychological meanings determining social dynamics and legitimizing the relationship of the elderly with other members of society. Very common myths are propagated, such as the idea that the individual in old age becomes asexual or that the elderly person becomes a child or disposable.

These ideas are based on multiple issues and mainly due to the lack of understanding of the complexity of aging. These negative views run through the generations in order to provide arguments for capitalist societies in which the individual is worth what he produces, building the portrait of the elderly being problems to be solved formalizing stereotyped views of the reality of aging⁽⁵⁾.

In short, many of these myths act as impediments to the idealization of a satisfactory old age. However, the fact that cultural influence uses myths to handle with different life situations should not be ignored., mainly in health events where popular knowledge is used as aids mainly in health events where popular knowledge is used as aids, corroborating to the reactions to health-disease states and reflecting their popular knowledge within the context of health professionals.

Thus, it is the responsibility of health professionals to review the correct care and practices considering the habits and customs of that individual. It is worth mentioning that myths are often used due to the lack of information, which leads to influences on self-care and other care practices.



Em suma, muitos desses mitos atuam como empecilhos na idealização de uma velhice satisfatória. Contudo, não deve ser ignorado o fato de que a influência cultural utiliza os mitos para o enfrentamento de diversas situações de vida, principalmente em eventos de saúde em que os saberes populares são empregados como auxiliares, contribuindo nas reações aos estados de saúde-doença e refletindo seus saberes populares dentro do contexto de saúde.

Dessa forma, é de responsabilidade dos profissionais de saúde repassar os cuidados e práticas corretos, considerando os hábitos e costumes daquele indivíduo. Vale ressaltar que os mitos inúmeras vezes são empregados pela falta de informação, o que acarreta influências nas práticas do cuidado de si e do outro. Por isso, deve haver uma consideração cuidadosa no tocante à força das referências culturais absorvidas por cada sujeito, com o respeito às crenças e mitos, mas com a proposta de uma perspectiva racional, para adaptar as percepções que cada um tenha a respeito de determinado mito, e a ruptura desse obstáculo na condição de vida desses idosos.

Conforme evoluem as bases do conhecimento, a ciência se fortaleceu principalmente por influência da corrente de pensamento positivista de Comte, o qual se ancorava na concepção de que a ciência é a única maneira de produção do conhecimento verdadeiro. No contexto da Enfermagem, as ideias positivistas são percebidas desde sua instituição como profissão, com Florence Nightingale. Essas ideias conduzem o surgimento de um conhecimento estruturado de modo fragmentado, sem permitir a visão global dos fenômenos, simplificando as situações humanas por meio de estudos científicos.

Com o progresso da ciência e tecnologia, o sujeito passa a acreditar que tem total domínio sobre os objetos estudados, e a ciência é capaz de responder todas as indagações, rompendo as construções metafísicas e ordenando a aprendizagem de dominação da natureza. Além disso, o cientista passa a ter uma visão operacional e funcional, quebrando a visão contemplativa das coisas.

Vivemos o período pós-humanista, com a revolução das máquinas e a inovação tecnológica, principalmente no ramo das ciências da saúde. Devemos enaltecer todos os avanços que o conhecimento científico trouxe para a saúde, proporcionando ao homem várias possibilidades de controle de suas doenças e desenvolvimento da qualidade de vida da sociedade.

Porém, atualmente, sabe-se que a ciência não só resolve problemas, como também os cria. Ao se afixar na ciência moderna como forma de viver a realidade, o homem distancia-se da experiência sensível e cria um conformismo intelectual, com a perda do ritmo de conviver com a singularidade do que acontece.

Dessa forma, ao cuidar do idoso, é requerido ao profissional enfermeiro que desenvolva atividades que contemplem as múltiplas dimensões assistenciais, tanto individuais como coletivamente, abrindo espaço para todas as formas de conhecimento, e não só a científica, positivista. Se o enfermeiro assumir apenas o posicionamento científico, com caráter prático e objetivo dos problemas, será insuficiente para atender a complexidade que envolve o desenvolvimento do cuidar.

Portanto, devem-se levar em consideração os diversos aspectos que moldam o ser humano, desde conhecimentos empíricos, envolvidos com as crenças e ritos, até o conhecimento científico baseado em evidências. Dessa forma, a filosofia na Enfermagem estimula e elabora o pensamento, com a possibilidade de despertar reflexões que abram caminhos para a superação de nossas limitações. Alargar a consciência crítica é indispensável para o exercício da capacidade humana de interrogar e de participar de forma mais ativa da comunidade em que vivemos.

Therefore, there must be careful consideration with regard to the strength of the cultural references absorbed by each subject, with respect to beliefs and myths but with the proposal of a rational perspective to adapt the perceptions that each one has about a certain myth and the rupture of this obstacle in the living conditions of these elderly people.

As knowledge bases evolve, science has been strengthened mainly by the influence of Comte's positivist current of thought, which was anchored in the conception that science is the only way of producing true knowledge. In the context of Nursing, positivist ideas are perceived since its institution as a profession, with Florence Nightingale. These ideas lead to the rise of structured knowledge in a fragmented way without allowing the global view of phenomena, simplifying human situations through scientific studies.

With the progress of science and technology, the subject comes to believe that he has total control over the objects studied, and science is able to answer all questions, breaking the metaphysical constructions and ordering the learning of domination of nature. Moreover, the scientist comes to have an operational and functional view, breaking the contemplative view of things.

We live in the post-humanist period with the machinery revolution and technological innovation, mainly in the field of health sciences. We must praise all the advances that scientific knowledge has brought to health, providing man with several possibilities for controlling his diseases and developing the quality of life of society.

However, today, it is known that science not only solves problems, but also creates them. By attaching himself to modern science as a way of living the reality, man distances himself from sensitive experience and creates an intellectual conformism, with the loss of rhythm of living with the singularity of what happens.

Thus, as far as caring for elderly is concerned, the professional nurse is required to develop activities that address the multiple care dimensions, both individually and collectively, making room for all forms of knowledge, and not only positivist scientific. If the nurse takes only the scientific positioning with a practical and objective character of the problems, it will be insufficient to meet the complexity that involves the development of care.

Therefore, the various aspects that shape the human being must be taken into account, including empirical knowledge, involved with beliefs and rites, and scientific knowledge based on evidence. Thus, philosophy in Nursing stimulates and elaborates thinking, with the possibility of awakening reflections that open paths that overcome our limitations. Broadening critical conscience is indispensable for the exercise of the human capacity to interrogate and to participate more actively in the community in which we live.

Relationship between art, religion, language and caring for the elderly

Florence Nightingale left the legacy of Nursing as an "art of care", and since then, our actions have been built around this expression. Many criticize it but most do not understand the real meaning of art in nursing actions. Florence brings this comparison, showing the devotion, rigor and preparation of care, like an author when he is dealing with his work.

Art is a human activity that is far beyond an aesthetic and artistic world. It is also the act of using precepts for the perfect execution of what you propose to do and expertise to use means to achieve



Relação entre arte, religião, linguagem e o cuidar de idosos

Florence Nightingale deixou o legado da Enfermagem como “arte do cuidar”, e desde então, nossas ações se constituem ao redor dessa expressão. Muitas críticas surgem, mas a maioria, não entende o real significado da arte nas ações da Enfermagem. Ao citar a Enfermagem como arte, Florence traz essa comparação, mostrando a devoção, o rigor e o preparo do cuidar, assim como de um autor quando está tratando de sua obra.

A arte é uma atividade humana que está muito além de um mundo estético e artístico. É também o ato de utilizar preceitos para a perfeita execução do que se propõe a fazer e perícia para utilizar meios para atingir um resultado. A Enfermagem se ocupa da arte para emergir a criatividade, o que muitas vezes contorna as faltas de recursos para realizar diversos procedimentos. Outro ponto importante é o uso da arte em tratamentos de saúde, principalmente envolvendo idosos, já que comprovadamente, podem diminuir a progressão e doenças, melhora a habilidade mental, socialização e promovem a comunicação e fortalecimento das relações⁽⁶⁾.

O cuidar em Enfermagem envolve a cordialidade consigo e com o outro, envolve o enxergar com o coração, envolve entender o outro em toda a sua essência e plenitude. Traduz-se como a sensibilidade humana para nos percebermos, percebendo o outro como seres humanos sensíveis e merecedores de acolhimento, respeito e segurança.

Outro ponto importante que parte da compreensão do ser humano como um ser integral e complexo, a religiosidade é um dos componentes da vida humana, que influencia a forma de pensar, sentir e agir, e conseqüentemente a forma de cuidar. A dimensão religiosa do cuidador é indissociável da construção do cuidar ao idoso.

A religião e a fé são frequentemente adotadas para lidar com o estresse e o sofrimento gerados por doenças ou agravamento destas, principalmente nos idosos, pois para muitos pacientes esses constructos podem contribuir para o alívio do sofrimento diante do momento em que se encontram, proporcionando força para continuar a viver e contribuindo, conseqüentemente, para melhoria da qualidade de vida. Por diversos momentos, cuidadores e os idosos dependentes procuram a religião para proporcionar esperança, fé na cura da doença e retorno à saúde⁽⁷⁾.

Nesse sentido, muitos cuidadores de pacientes idosos dependentes ou em cuidados paliativos procuram a religião como baluarte de sustentação que proporciona esperança no retorno à saúde. Além disso, a fé e religiosidade podem melhorar a percepção de vida e saúde, além de contribuírem para diminuir o estresse e a depressão dos que se encontram nessa situação⁽⁸⁾.

Por meio da fé, o indivíduo, pode atribuir significados aos fatos, compreendendo-os como parte de algo mais amplo, mediante a crença de que nada ocorre ao acaso e de que acontecimentos da vida são determinados por uma força superior. Tais fatos, associados às crenças pessoais, podem levar a um enriquecimento individual, como sabedoria, equilíbrio e maturidade.

A arte de cuidar implica a interação entre os participantes do cuidado. A partir da linguagem, os profissionais, cuidadores e idosos dialogam sobre as necessidades, desejos, procedimentos, trocar e compartilhar experiências, ou seja, é fundamental para o trabalho do enfermeiro e dos cuidadores. É por meio da comunicação estabelecida que os envolvidos decifram o que os pacientes querem dizer e se fazem compreender, levando à efetiva interação entre pacientes e profissionais.

A linguagem abre caminhos para o diálogo, e nele, pode ser estabelecido o cuidado. Porém, barreiras na convivência podem surgir, quando o profissional utiliza linguagem rebuscada e transmite sensação de superioridade perante os demais. O desenvolvimento da problematização por meio da

a result. When mentioning Nursing as an art, Nursing deals with art to emerge creativity, which often overcome the lack of resources to perform various. Another important point is the use of art in health treatments, especially involving elderly, as they have been proven to reduce progression and illnesses, improve mental ability, socialization and promote communication and strengthening relationships⁽⁶⁾.

Nursing care involves cordiality with oneself and with the other, involves seeing with the heart, involves understanding the other in all its essence and fullness. It translates itself as the human sensitivity to perceive ourselves, perceiving the other as sensitive human beings and worthy of welcome, respect and security procedures.

Another important point that starts from the understanding of the human being as a complete and complex being is the religiosity, that is one of the components of human life, which influences the way of thinking, feeling and acting, and consequently the way of caring. The religious dimension of the caregiver is inseparable from the construction of caring for the elderly.

Religion and faith are often adopted to deal with stress and suffering caused by diseases or their aggravation, especially in the elderly, because for many patients these constructs can contribute to the relief of suffering in the moment they are in, providing strength to continue living and, consequently, contributing to improving the quality of life. For several moments, caregivers and dependent elderly people seek religion to provide hope, faith in the cure of the disease and return to health⁽⁷⁾.

Thereby, many caregivers of elderly dependent patients or in palliative care seek religion as a stronghold that provides hope in the return to health. Além disso, fé e religiosidade podem melhorar a percepção da vida e da saúde, além de ajudar a reduzir o estresse e a depressão daqueles que estão nessa situação⁽⁸⁾.

Through faith, the individual can assign meanings to facts, understanding them as part of something broader, through the belief that nothing happens randomly and that events in life are determined by a superior force. Such facts, associated with personal beliefs can lead to individual enrichment such as wisdom, balance and maturity.

The art of caring implies the interaction between the participants in the care. Based on language, professionals, caregivers and the elderly discuss the needs, desires, procedures, exchange and share experiences, in others words, it is fundamental for the work of nurses and caregivers. It is through established communication that those involved decipher what patients want to say and make themselves understood, leading to effective interaction between patients and professionals.

Language opens paths for dialogue, and in it, care can be established. However, barriers in coexistence can arise when the professional uses elaborate language and transmits a sense of superiority before others. The development of problematization through the dialogical relationship with caregivers is essential to raise awareness of these individuals and, thus, avoiding damages and injuries to the person being cared for, always paying attention to the use of a clear and easy to understand language, instead of technical-scientific terms⁽⁹⁾.

Therefore, the nurse's performance gets visibility when being patiently exercised and when providing new knowledge in a simple and accessible language. This knowledge, when passed on to the caregiver and to the elderly, opens up reality and facilitates coexistence. Another factor is the establishment of communication with the elderly, who often presents difficulties in speech, but who also needs language for socializing and for higher quality of care, based on their needs.



relação dialógica com os cuidadores é fundamental para que haja a conscientização desses indivíduos e, dessa forma, sejam evitados danos e agravos à pessoa cuidada, tendo sempre a atenção para o uso uma linguagem clara e de fácil entendimento, em vez de termos técnico-científicos⁽⁹⁾.

Portanto, a atuação do enfermeiro ganha visibilidade ao ser exercitada com paciência e quando proporciona conhecimentos novos em uma linguagem simples e acessível. Esse conhecimento, ao ser repassado para o cuidador e para o próprio idoso, abre a realidade e facilita a convivência. Outro fator é o estabelecimento da comunicação com o idoso cuidado, que diversas vezes apresenta dificuldades na fala, mas que também necessita da linguagem para o convívio e para um cuidado de maior qualidade, baseado em suas necessidades.

O cuidado da vida e as contribuições para os cuidadores de idosos e para a enfermagem

Humanizar os cuidados e sintonizar os indivíduos a interessarem-se mais às coisas em relação à ciência e às técnicas, é um desafio que vem sendo debatido e ponto de partida para diversas construções relacionadas aos saberes do cuidado humano, principalmente ao tratar-se de cuidadores, que são os principais responsáveis pelo bem-estar dos sujeitos que recebem os cuidados⁽¹⁰⁾.

A supervalorização de técnicas, métodos e procedimentos converte-se na mecanização da atenção aos que necessitam de mais dedicação. Os idosos, ao serem cuidados, demandam não apenas habilidades técnicas, mas sensibilidade, sentimentos e o compartilhamento de emoções, percepções, respeito aos valores e saberes.

Além disso, ao reportarmos-nos para os dias atuais, compreendemos que essa era da tecnologia avançada pode ser aproximada do cuidado, tornando o trabalho vivo em ato, sistematizado, organizado, favorecendo a manutenção da vida e libertando-nos do trabalho braçal. Em contrapartida, o ser humano está com maior interesse em melhorar as máquinas do que a si mesmo, dificultando as relações humanas, tornando-as frias, objetivas, individualistas e pouco humanas.

O cuidar é a verdadeira atenção à saúde da pessoa humana, enquanto conceituada como estado de bem-estar físico, psíquico e social. Compreende não apenas a busca da cura das doenças, mas o apoio e suporte necessários. O cuidado pelo outro reflete pensamentos e emoções, tornando os humanos capazes de velar pela natureza, de se interessarem ativamente uns pelos outros e de manterem a sociedade coesa.

O cuidado por sua própria natureza possui significados que se inter-relacionam, por ser uma atitude de atenção e solicitude, ao mesmo tempo em que representa preocupação e inquietação, pois o cuidador se sente envolvido afetivamente e ligado ao outro. O ato de zelar por alguém só existe quando é sentido e vivido. Isto envolve respeitar ao outro e a si mesmo como ser humano. Diante dessa verdade, para que a atmosfera de cuidado ocorra de forma verdadeira e acolhedora, a intenção deve ser demonstrada genuinamente por palavras e ações repletas de sensibilidade, delicadeza e solidariedade, excluindo preconceitos de qualquer ordem.

Cuidar de um idoso por um longo tempo exige dedicação constante do cuidador, com consequente sobrecarga, muitas vezes esquecendo-se do autocuidado e trazendo riscos à própria saúde. O cuidador deve cuidar de sua saúde e seu bem-estar para que consiga dar conta de exercer suas funções de forma equilibrada e saudável. O importante é que o cuidador tenha consciência desta necessidade e se organize junto com os familiares para buscar aquilo que considera como algo que possa proporcionar-lhe benefícios físicos, mentais e emocionais.

Life care and contributions to caregivers of the elderly and nursing

Humanize care and adapt individuals to be more interested in things in relation to science and techniques is a challenge that has been debated and a starting point for several constructions related to the knowledge of human care, especially when dealing with caregivers, who are primarily responsible for the well-being of the ones who receive care⁽¹⁰⁾.

The overvaluation of techniques, methods and procedures becomes the mechanization of care for those who need more dedication. The elderly, when being cared, demand not only technical skills but sensitivity, feelings and sharing of emotions, perceptions, respect for values and knowledge.

In addition, when reporting to the present day, we understand that this era of advanced technology can be approached to care, making work alive in action, systematized, organized, contributing for the maintenance of life and freeing ourselves from manual labor. In contrast, the human being is more interested in improving machines than himself, making human relationships more difficult, making them cold, objective, individualistic and unhuman.

Caring is the true attention to the health of the human person, while conceptualized as a state of physical, psychological and social well-being. Comprehends not only the search for the cure of diseases, but the necessary support. Caring for the other reflects thoughts and emotions, making humans capable of watching over nature, taking an active interest in each other and keeping society cohesive.

Care by its very nature has meanings that are interrelated, as it is an attitude of attention and solicitude, at the same time that it represents concern and uneasiness, as the caregiver feels affectionately involved and connected to the other. The act of caring for someone only exists when it is felt and experienced. This involves respecting the other and yourself as a human being. Considering this truth, for the atmosphere of care to occur in a true and welcoming way, the intention must be genuinely demonstrated by words and actions full of sensitivity, delicacy and solidarity. Excluding prejudices of any kind.

Caring for an elderly person for a long time requires constant dedication from the caregiver, with consequent overload, often forgetting self-care and bringing risks to their own health. The caregiver must take care of his health and well-being so that he can deal with exercising his functions in a balanced and healthy way. The important thing is for the caregiver to be aware of this need and to organize with family members to seek what they consider to be something that can provide them with physical, mental and emotional benefits.

The recognition of the caregiver's illness leads to the outsourcing of care, with the emancipation of family responsibility. The current trend, according to social, historical and economic changes, is the hiring of formal caregivers. Currently, in the face of cultural changes that have implied changes in the family structure, health institutions have been called upon to participate (or intervene) in the care of the elderly⁽¹¹⁾.

The replacement of the role of the family as a provider of care is quite common, so is up to society to challenge and rethink individual and collective routines. However, more than finding responsables, it is necessary to help the new contemporary family to find its balance, in order to allow old age to flourish with health and quality of life.

In Nursing, when reflecting on care, it may be possible to understand that the attitudes of nursing professionals need to be constantly reevaluated because despite having care as the basis of the profession, they still face attitudes and practices that make them mechanistic. They also need to



O reconhecimento do adoecimento do cuidador acarreta na terceirização do cuidado, com a emancipação da responsabilidade da família. A tendência atual, conforme alterações sociais, históricas e econômicas, é a contratação de cuidadores formais. Na atualidade, diante de mudanças culturais que implicaram em modificações na estrutura da família, as instituições de saúde têm sido clamadas a participar (ou intervir) no cuidado ao idoso⁽¹¹⁾.

A substituição do papel da família como provedora dos cuidados é bastante corriqueira, o que cabe à sociedade contestar e repensar rotinas individuais e coletivas. Entretanto, mais do que achar culpados, é preciso auxiliar a nova família contemporânea a encontrar seu equilíbrio, de modo a permitir que a velhice floresça com saúde e qualidade de vida.

No contexto da Enfermagem, ao refletir sobre o cuidado, talvez seja possível compreender que as atitudes dos profissionais de enfermagem precisam ser reavaliadas constantemente, pois, apesar de terem o cuidado como base da profissão, ainda se deparam com atitudes e práticas que os tornam mecanicistas. Precisam também reconhecer o cuidado na perspectiva ontológica de sua existência, para que possam desenvolver uma prática de enfermagem humana e solidária, para além da técnica.

As tecnologias na era globalizada e o impacto no cuidado post-humano.

Nesse novo devir brutalmente tecnológico, é necessário ponderar sobre como o cuidado de enfermagem vem sendo aplicado aos usuários, em especial aos idosos. Diariamente são inseridas no mercado tecnologias que facilitam as atividades de vida dos idosos, como o uso de próteses, órteses, marca-passos, teleassistência, aplicativos para celular, dentre outras. Toda essa inovação remete ao progresso para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, facilitar a sobrevivência e reinseri-los no contexto social e cultural em que vivem⁽¹²⁾.

Apesar dos inúmeros benefícios, a utilização desses aparatos tecnológicos gera inúmeras dúvidas em relação aos impactos, ameaças e as relações que são determinadas pelos indivíduos envolvidos no processo do cuidar. Na enfermagem, a diversidade tecnológica acarreta significativas consequências no processo de trabalho, sendo marcada como a utilização dos conhecimentos científicos de forma ordenada no auxílio para melhor assistir ao ser humano. Vale ressaltar que o uso da tecnologia não deve ser considerado como segregação do cuidar, e sim um fator de humanização, até mesmo nos ambientes mais tecnologicamente intensivos⁽¹²⁾.

Processos gerenciais e intervenções práticas podem ser viabilizados pelas tecnologias, contudo, nenhuma modernização tecnológica sobrepõe o vínculo e a compreensão recíproca entre os humanos. A empatia, abertura, generosidade e solidariedade são exteriorizadas na relação de cooperação, de convívio e retribuição entre os seres. A assistência subjetiva é a melhor forma para a compreensão e demonstra a experiência de relacionar-se com o outro, inerente ao ser humano.

Contudo, não se trata apenas de manusear os sistemas tecnológicos e equipamentos sofisticados, e sim utilizar a tecnologia disponível em dimensões que tragam impactos positivos no cuidado ao paciente, preservando as relações entre os profissionais e clientes e a natureza da enfermagem.

Por fim, no contexto atual, frente à globalização, os ambientes de saúde têm abrangido mais do que apenas um local físico. É visível o aumento do uso de tecnologias, e adaptar-se a esses novos ambientes exige uma modificação no paradigma de como o cuidado é oferecido, o que exige o conhecimento do desenvolvimento tecnológico. Por estarem na assistência direta ao paciente idoso, os

reconhecer o cuidado na perspectiva ontológica de sua existência, para que possam desenvolver uma prática de enfermagem humana e solidária, para além da técnica.

Technologies in the globalized era and the impact on post-human care.

In this new brutally technological development, it is necessary to consider how nursing care has been applied to users, especially the elderly. Technologies that facilitate the life activities of the elderly are inserted daily in the market, such as the use of prostheses, orthoses, pacemakers, tele-assistance, mobile applications, among others. All this innovation leads to progress to improve the quality of life of these patients, facilitate survival and reinsert them in the social and cultural context in which they live⁽¹²⁾.

Despite the countless benefits, the use of these technological devices generates countless doubts regarding the impacts, threats and relationships that are determined by individuals involved in the care process. In nursing, technological diversity has significant consequences on the work process, being marked as the use of scientific knowledge in an orderly way to help better assist human beings. It is worth mentioning that the use of technology should not be considered as segregation of care, but a humanizing factor, even in the most technologically intensive environments⁽¹²⁾.

Management processes and practical interventions can be made possible by technologies. However, no technological modernization overlaps the bond and mutual understanding between humans. Empathy, openness, generosity and solidarity are externalized in the relationship of cooperation, coexistence and retribution between beings. Subjective assistance is the best way to understand and demonstrates the experience of relating to the other, inherent to human beings.

However, it is not just a matter of handling technological systems and sophisticated equipment, but using the available technology in dimensions that have positive impacts on patient care, preserving the relationships between professionals, clients and the nature of nursing.

Finally, in the current context, in the face of globalization, healthcare environments have covered more than just a physical location. The increased use of technologies is visible, and adapting to these new environments requires a change in the paradigm of how care is offered, which requires knowledge of technological development. Once they are in direct assistance to elderly patients, nurses need to build the knowledge and practices of care overcoming the dichotomy between bodies and machines, technical and human.

Thus, it is essential to adapt professionals to the context of advances, obtaining qualification and improving practice, in addition to the possible implementation of disciplines addressing the use of technologies intelligently in the curriculum of nursing courses, focusing on the positive use of technologies in person-centered care. In this perspective, professionals must be in continuous forms of reflection.

The study of philosophy and common sense in the training and performance of nurses

Studying philosophy is exercising thought to know reality for itself and the search for the truth, as well as questioning and analyzing facts. It means knowing how to see the world and people more



enfermeiros precisam construir os saberes e práticas do cuidado superando a dicotomia entre corpos e máquinas, técnica e humano.

Assim, é indispensável a adaptação dos profissionais ao contexto de avanços, obtendo qualificação e aprimoramento da prática, além da possível implementação de disciplinas abordando o uso das tecnologias de forma inteligente nas grades curriculares dos cursos de enfermagem, com enfoque na utilização positiva das tecnologias no cuidado centrado na pessoa. Nesta perspectiva, os profissionais devem estar em contínuas formas de reflexão.

O estudo da filosofia e do bom-senso na formação e na atuação do enfermeiro

Estudar filosofia é exercitar o pensamento a conhecer a realidade por si própria e a busca da verdade, bem como questionar e analisar os fatos. É saber ver o mundo e as pessoas com mais cuidado e responsabilidade, compreendendo suas atitudes e vivências individuais e coletivas. Na Enfermagem, a filosofia colabora para uma atuação crítica do enfermeiro sobre toda a realidade que o circunda, visto que guiará seu pensamento e ação, sendo incluídas as suas orientações sociais, espirituais e profissionais⁽¹³⁾.

Nesse sentido, destaca-se a relevância de tratar da filosofia na formação do profissional de Enfermagem, seja na graduação ou pós-graduação. Deve haver a compreensão que esse profissional, em processo de construção de conhecimentos, precisa fazer exercício de problematização, com atitude reflexiva, frente à realidade que o cerca. Principalmente, porque trabalhará com as diversas concepções de homem, mundo, relações, de determinantes sócio-históricos e saúde.

Na ação educadora do processo de formação dos enfermeiros, a filosofia se utiliza de efeitos pedagógicos, como o ensino do pensamento racional, humanizando o humano e trazendo reflexões da perspectiva axiológica de valores históricos, sociais, culturais, éticos e políticos, além de propiciar crescimento pessoal e psíquico, uma vez que promove o desenvolvimento de uma consciência crítica e autônoma. Além disso, oferece condições para o profissional dirigir-se sensatamente, fazendo de sua liberdade, instrumento de satisfação decorrente da existência⁽¹⁴⁾.

É importante frisar a coerência da filosofia com o bom senso, nesse âmbito, pois a ciência tem o papel de buscar a melhoria da qualidade de vida, mas as consequências disso já são questões filosóficas. As pessoas são responsáveis pelo governo de suas ações e decisões. Assim, torna-se indispensável ter bom senso para tomar decisões boas e coerentes, fazer o correto e refrear o impulso aos erros.

O bom senso é o conhecimento do que podemos e devemos fazer, e o que esperarmos na situação concreta da vida. Nessa realidade cercada por ideais ideológicos em que perduramos, precisamos ter o discernimento sobre como viver nesse mundo domesticado pela cultura, nos tornando mais humanos e menos culturalistas. Essa prática filosófica é bastante utilizada na Enfermagem, principalmente quando se busca evitar aplicações errôneas das nossas condutas enquanto profissionais e pessoas⁽³⁾.

A compreensão do sentido de representações a respeito da Filosofia e bom senso, a partir da formação universitária, podem oferecer subsídios para as práticas enquanto profissionais e pesquisadores, criando mecanismos para cooperar com a convivência enquanto profissionais na sociedade, a fim de possibilitar a superação do discurso do cotidiano e a gradual incorporação de um discurso reflexivo.

Tão indispensável quanto os conhecimentos técnicos que o enfermeiro deve ter para empreender sua atividade profissional, fundamenta-se a Filosofia, a qual levará à reflexão sobre a lógica do

carefully and responsibly, understanding their individual and collective attitudes and experiences. In Nursing, philosophy contributes to a critical performance of nurses on the whole reality that surrounds them, since it will guide their thinking and action, including their social, spiritual and professional orientations⁽¹³⁾.

Therefore, the relevance of dealing with philosophy in the training of nursing professionals is highlighted, whether in undergraduate or graduate courses. There must be an understanding that this professional, in the process of building knowledge, needs to exercise problematization, with a reflexive attitude over of the reality that surrounds him. Mainly, because it will work with the different conceptions of man, world, relationships, socio-historical determinants and health.

In the educative action of the nurses' training process, philosophy uses pedagogical effects, such as the teaching of rational thinking. Humanizing the human and bringing reflections from the axiological perspective of historical, social, cultural, ethical and political values. In addition, providing personal and psychological growth, since it promotes the development of a critical and autonomous conscience. Beyond that, it offers conditions for the professional to conduct himself sensibly, making his freedom an instrument of satisfaction resulting from his existence⁽¹⁴⁾.

In this context, it is important to emphasize the coherence of philosophy with common sense once science has the role of seeking to improve the quality of life but the consequences of this are already philosophical issues. People are responsible for their actions and decisions. Thus, it is essential to have common sense to make good and consistent decisions, do the right thing and control the impulse of make mistakes.

Common sense is the knowledge of what we can and should do and what to expect in the concrete situation of life. In this reality surrounded by ideological ideals in which we endure, we need to have a discernment about how to live in this world domesticated by culture, becoming more human and less culturalist. This philosophical practice is widely used in Nursing, especially when it seeks to avoid wrong applications of our conduct as professionals and people⁽⁸⁾.

The understanding of the sense of representations about Philosophy and common sense from university education can offer aid for practices as professionals and researchers creating mechanisms to cooperate with coexistence as professionals in society, in order to make it possible to overcome everyday discourse and gradually incorporate a reflective discourse.

Philosophy is as essential as the technical knowledge that nurses must have to undertake their professional activity, once it will lead to reflection on the logic of scientific reasoning, which is an indispensable assumption for the formation of the worker's conscience in the field of nursing.

Final considerations

In order for reflections on the health of the elderly to be followed in practice it is necessary that philosophy be inserted dynamically and early, not only in to the work environments themselves, but in the undergraduate and graduate courses, so that constant changes and current adversities can be treated with more sensitivity and naturalness, promoting the breaking of paradigms related to aging and greater autonomy for the elderly individual.

Therefore, the relevance of the study of philosophy and the understanding of being in Nursing work is maintained, for the expansion of critical awareness, for the activity of the human capacity to question and to increase participation in the community in which we are inserted. Asking questions



raciocínio científico, o qual é um pressuposto indispensável à formação da consciência do trabalhador no campo da enfermagem.

Considerações Finais

Para que as reflexões acerca da saúde do idoso sejam seguidas na prática, é necessário que a filosofia seja inserida dinamicamente e precocemente nos cursos graduação e pós-graduação, além dos próprios ambientes de trabalho, para que as constantes mudanças e adversidades atuais possam ser tratadas com mais sensibilidade e naturalidade, promovendo a quebra de paradigmas ligados ao envelhecimento e maior autonomia ao indivíduo idoso.

Dessa forma, sustenta-se a relevância do estudo da filosofia e o entendimento do ser no trabalho da Enfermagem, para o alargamento da consciência crítica, para a atividade da capacidade humana de questionar e para aumentar a participação na comunidade na qual estamos inseridos. Interrogarmos a respeito dos encontros e desencontros com a profissão, da prática do cuidar, têm a finalidade de nos incomodar com as diversas situações e estimular a participar ativamente de todas as questões que envolvem o cuidar humano, principalmente ao idoso, considerando a abordagem multidimensional.

Questões para reflexão

- 1) Considerando a atual conjuntura social brasileira, quais os entraves no cuidado ao idoso, considerando os mitos, paradigmas e estigmas agregados ao envelhecimento?
- 2) Com o progresso tecnológico crescendo ativamente e novos aparatos sendo inseridos na prática dos profissionais, como agir para assegurar o cuidado humanizado ao idoso?
- 3) Como o estudo da filosofia nas graduações e pós-graduações pode contribuir na assistência de enfermagem ao idoso?

Referências

1. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 June [cited 2020 Feb 13]; 23(6): 1929-1936. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601929&lng=en.
2. Maldonado-Brito AM, Camargo BV, Giacomozzi AI, Berri B. Representações sociais do cuidado ao idoso e mapas de rede social. Liberabit [Internet]. 2017 [cited 2019 July 03]; 23(1): 9-22. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272017000100002&lng=es&nrm=iso
3. Buzzi AR. Introdução ao pensar: o ser, o conhecimento, a linguagem. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
4. Santos SSC. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2010 Dec [cited 2020 Feb 13]; 63(6): 1035-1039. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600025&lng=en.

about the encounters and disagreements with the profession, aim to bother us with different situations and stimulate active participation in all issues involving human care, especially for the elderly, considering the multidimensional approach.

Questions for reflection

- 1) Considering the current Brazilian social situation, what are the obstacles in caring for the elderly, considering the myths, paradigms and stigmas associated with aging?
- 2) Considering technological progress actively growing and new devices being inserted into the practice of professionals. How can we act to ensure humanized care for the elderly?
- 3) How can the study of philosophy in undergraduate and graduate programs contribute to nursing care for the elderly?

Referências

1. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 June [cited 2020 Feb 13]; 23(6): 1929-1936. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601929&lng=en.
2. Maldonado-Brito AM, Camargo BV, Giacomozzi AI, Berri B. Representações sociais do cuidado ao idoso e mapas de rede social. Liberabit [Internet]. 2017 [cited 2019 July 03]; 23(1): 9-22. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272017000100002&lng=es&nrm=iso
3. Buzzi AR. Introdução ao pensar: o ser, o conhecimento, a linguagem. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
4. Santos SSC. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2010 Dec [cited 2020 Feb 13]; 63(6): 1035-1039. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600025&lng=en.
5. Teixeira SMO, Marinho FXS, Cintra Junior DF, Martins JCO. Reflexões acerca do estigma do envelhecer na contemporaneidade. Estud. interdiscipl. envelhec. [Internet] 2015 [cited 2020 Feb 12]; 20(2): 503-515. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/45346/35454>.
6. Sá SPC, Ferreira MA. Cuidados fundamentais na arte de cuidar do idoso: uma questão para a enfermagem. Esc Anna Nery R Enferm. [Internet] 2004 [cited 2019 July 03]; 8(1):46-52. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127717725007>.
7. Oliveira ALB, Menezes TMO. Significado da religião/religiosidade para a pessoa idosa. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 13]; 71(Suppl 2): 770-776. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800770&lng=pt.



5. Teixeira SMO, Marinho FXS, Cintra Junior DF, Martins JCO. Reflexões acerca do estigma do envelhecer na contemporaneidade. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, [Internet] 2015 [cited 2020 Feb 12] ; 20(2): 503-515. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/45346/35454>.

6. Sá SPC, Ferreira MA. Cuidados fundamentais na arte de cuidar do idoso: uma questão para a enfermagem. *Esc Anna Nery R Enferm.* [Internet] 2004 [cited 2019 July 03] ; 8(1):46-52. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127717725007>.

7. Oliveira ALB, Menezes TMO. Significado da religião/religiosidade para a pessoa idosa. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [citado 2020 Fev 13] ; 71(Suppl 2): 770-776. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800770&lng=pt.

8. Souza ÉN, Oliveira NA, Luchesi BM, Gratão ACM, Orlandi FS, Pavarini SFI. Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 13] ; 26(3): e6780015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300312&lng=en.

9. Santiago RF, Luz MHBA. Práticas de educação em saúde para cuidadores de idosos: um olhar da enfermagem na perspectiva freireana. *Rev. Min. Enferm. Minas Gerais* [Internet] 2012 [cited 2020 Feb 12]; 16(1): 136-142. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/511>.

10. Silva DPL, Silva JJM, Pinto JPD, Lacerda PKMW. Envelhecimento e velhice: humanização nos cuidados à pessoa idosa na perspectiva dos alunos do curso técnico em enfermagem da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras – ETSC. *Braz. J. Hea. Rev.*, [Internet] 2018 [cited 2020 Feb 12] 1(2): 389-398. Available from: <http://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/783/669>.

11. Yavo IS, Campos EMP. Cuidador e cuidado: o sujeito e suas relações no contexto da assistência domiciliar. *Psicol. teor. prat.*, [Internet] 2016 [cited 2020 Feb 13] ; 18(1): 20-32. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872016000100002&lng=pt&nrm=iso.

12. Monteiro APTAV, Curado M. Por Uma Nova Epistemologia da Enfermagem: Um Cuidar Post-Humano?. *Rev. Enf. Ref.* [Internet]. 2016 Mar [citado 2020 Fev 14] ; serIV(8): 141-148. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000100016&lng=pt.

13. Silva AS, Azeredo JL, Oliveira P. Filosofia com a terceira idade a partir do cuidado de si: uma abertura ao ser em si. *Rev. Extens.*, [Internet] 2016 [cited 2020 Feb 12]; 1(1): 6-14. Available from: <http://periodicos.unesc.net/revistaextensao/article/view/2413>.

14. Araújo RA, Cartaxo HGO, Almeida SMO, Abrão FMS, Almeida Filho AJ, Freitas CMSM. Contribuições da filosofia para a pesquisa em enfermagem. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2012 June [cited 2019 July 05] ; 16(2): 388-394. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200025&lng=en.

8. Souza ÉN, Oliveira NA, Luchesi BM, Gratão ACM, Orlandi FS, Pavarini SFI. Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 13] ; 26(3): e6780015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300312&lng=en.

9. Santiago RF, Luz MHBA. Práticas de educação em saúde para cuidadores de idosos: um olhar da enfermagem na perspectiva freireana. *Rev. Min. Enferm. Minas Gerais* [Internet] 2012 [cited 2020 Feb 12]; 16(1): 136-142. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/511>.

10. Silva DPL, Silva JJM, Pinto JPD, Lacerda PKMW. Envelhecimento e velhice: humanização nos cuidados à pessoa idosa na perspectiva dos alunos do curso técnico em enfermagem da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras – ETSC. *Braz. J. Hea. Rev.*, [Internet] 2018 [cited 2020 Feb 12] 1(2): 389-398. Available from: <http://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/783/669>.

11. Yavo IS, Campos EMP. Cuidador e cuidado: o sujeito e suas relações no contexto da assistência domiciliar. *Psicol. teor. prat.*, [Internet] 2016 [cited 2020 Feb 13] ; 18(1): 20-32. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872016000100002&lng=pt&nrm=iso.

12. Monteiro APTAV, Curado M. Por Uma Nova Epistemologia da Enfermagem: Um Cuidar Post-Humano?. *Rev. Enf. Ref.* [Internet]. 2016 Mar [citado 2020 Fev 14] ; serIV(8): 141-148. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000100016&lng=pt.

13. Silva AS, Azeredo JL, Oliveira P. Filosofia com a terceira idade a partir do cuidado de si: uma abertura ao ser em si. *Rev. Extens.*, [Internet] 2016 [cited 2020 Feb 12]; 1(1): 6-14. Available from: <http://periodicos.unesc.net/revistaextensao/article/view/2413>.

14. Araújo RA, Cartaxo HGO, Almeida SMO, Abrão FMS, Almeida Filho AJ, Freitas CMSM. Contribuições da filosofia para a pesquisa em enfermagem. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2012 June [cited 2019 July 05] ; 16(2): 388-394. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200025&lng=en.



CAPÍTULO 3

ENVELHECIMENTO E VULNERABILIDADE DE IDOSOS

Leonardo Silva da Costa¹
Jhorrana Tunu da Silva²
Sarah Giulia Bandeira Felipe³
Cynthia Roberta Dias Torres Silva⁴
Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves⁵
Nelson Miguel Galindo Neto⁶

Considerações Iniciais

O Envelhecimento humano é considerado um fenômeno mundial, marcante dentro das sociedades contemporâneas, e apresenta importantes impactos para a sociedade e para os sistemas de saúde. O Ministério da Saúde, considera o indivíduo idoso, aquele com 60 anos ou mais. Entretanto, não há marcadores cronológicos ou fisiológicos precisos que delimitem o início desse processo^(1,2).

No Brasil, o número de idosos passou dos 2 milhões em 1950 para 15,4 milhões em 2002, gerando um aumento de 700%. Estudos indicam ainda que, em 2025, o nosso país contará com a sexta maior população mundial de idosos, correspondendo a aproximadamente 15% do povo brasileiro, chegando próximo a 30 milhões de pessoas idosas⁽³⁾.

As mudanças no perfil demográfico da população brasileira ocorreram principalmente devido aos avanços tecnológicos e científicos, que favoreceram um expressivo aumento da sobrevida e a consequente elevação do número de pessoas na terceira idade. Esse fenômeno vem ocorrendo em diferentes regiões do mundo, no entanto, demonstra significativas variações na velocidade de crescimento⁽⁴⁾.

Destaca-se ainda, que a transição demográfica se configura atualmente como um dos maiores desafios para a Saúde Pública, principalmente nos países em desenvolvimento, uma vez que ocorreu de forma abrupta, com tempo insuficiente para reorganização social e adequação dos serviços de saúde

1 Enfermeiro. Instituto Federal de Pernambuco. Pesqueira, Pernambuco, Brasil.

2 Enfermeira. Instituto Federal de Pernambuco. Pesqueira, Pernambuco, Brasil.

3 Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

4 Enfermeira. Docente do curso de enfermagem. Instituto Federal de Pernambuco. Pesqueira, Pernambuco, Brasil

5 Enfermeira. Docente do curso de enfermagem. Instituto Federal de Pernambuco. Pesqueira, Pernambuco, Brasil

6 Enfermeiro. Docente do curso de enfermagem. Instituto Federal de Pernambuco. Pesqueira, Pernambuco, Brasil

CHAPTER 3

AGING AND VULNERABILITY OF ELDERLY

Leonardo Silva da Costa¹
Jhorrana Tunu da Silva²
Sarah Giulia Bandeira Felipe³
Cynthia Roberta Dias Torres Silva⁴
Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves⁵
Nelson Miguel Galindo Neto⁶

Initial considerations

Human aging is considered a worldwide phenomenon, memorable within contemporary societies, and has important impacts on society and health systems. The Ministry of Health considers the elderly, those aged 60 or over. However, there are not precise chronological or physiological markers that limit the beginning of this process^(1,2).

In Brazil, the number of elderly people increased from 2 million in 1950 to 15.4 million in 2002, generating a growth of 700%. Studies also indicate that, in 2025, our country will have the sixth largest world population of elderly people, corresponding to approximately 15% of the Brazilian people, coming close to 30 million elderly people⁽³⁾.

The changes in the demographic profile of the Brazilian population occurred mainly due to technological and scientific advances, which favored a significant increase in survival and the consequent expansion in the number of people in old age. This phenomenon has been occurring in different regions of the world, however, it shows significant variations in the speed of this growth⁽⁴⁾.

It is also noteworthy that the demographic transition is currently one of the greatest challenges for Public Health, especially in developing countries, since it occurred abruptly, with insufficient time for social reorganization and adequacy of health services to meet to the new demand⁽⁵⁾. This is mainly due to the chronicity and complexity of each elderly person, which requires the strengthening of inter-

1 Nurse. Federal Institute of Pernambuco. Pesqueira, Pernambuco, Brazil.

2 Nurse. Federal Institute of Pernambuco. Pesqueira, Pernambuco, Brazil.

3 Nurse. Federal University of Piauí. Teresina, Piauí, Brazil.

4 Nurse. Professor of the nursing course. Federal Institute of Pernambuco. Pesqueira, Pernambuco, Brazil.

5 Nurse. Professor of the nursing course. Federal Institute of Pernambuco. Pesqueira, Pernambuco, Brazil.

6 Nurse. Professor of the nursing course. Federal Institute of Pernambuco. Pesqueira, Pernambuco, Brazil.



para atender à nova demanda⁽⁵⁾. Isso se deve principalmente pelas condições de cronicidade e complexidade de cada idoso, que exigem o fortalecimento do trabalho interdisciplinar e em rede visando contemplar a sua atenção integral, seja ele robusto, em risco de vulnerabilidade ou em situação de vulnerabilidade⁽⁶⁾.

Para a compreensão dos aspectos relacionados a saúde do idoso, é necessária a distinção entre os conceitos de senescência e senilidade. A senescência constitui o envelhecimento fisiológico e sadio do organismo, e abrange modificações somáticas, psicológicas e sociais^(7,8). As modificações somáticas incluem as morfológicas, fisiológicas e bioquímicas, demonstradas pela diminuição da elasticidade da pele, mudanças estruturais de tecidos e células, sarcopenia, lentificação da condução nervosa e do metabolismo, entre outras⁽⁹⁾.

As modificações psicológicas estão associadas a alterações no modo de ver e viver o mundo, de forma que há um aumento de queixas psíquicas sobre o próprio corpo, evidenciando a inter-relação dos aspectos físicos e emocionais^(7,10). Já as sociais, referem-se à perda de funções sociais e do poder físico e econômico. Assim, as atitudes e valores sofrem modificações, o que contribui para alterar a autonomia e independência conquistada ao longo dos anos⁽⁹⁾.

A senilidade, por sua vez, é caracterizada por modificações determinadas por afecções que comumente acometem a pessoa idosa, dentre as quais estão: a demência, acidente vascular cerebral, osteoporose, e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Nos idosos que convivem com essas condições, os efeitos das alterações fisiológicas do envelhecimento são somados as modificações produzidas pelas doenças⁽¹¹⁾.

Estudos nacionais e internacionais evidenciam que o perfil clínico da população idosa residente na comunidade, é composta por idosos com DCNT, sendo as mais comuns a diabetes e a hipertensão arterial^(12,13), que fazem uso de medicações de uso contínuo^(14,15), com pelo menos uma internação no último ano⁽¹⁶⁾ e dependentes para ABVD e ABVID⁽¹⁷⁾.

Logo, uma das características que torna o perfil epidemiológico dos idosos particular é a predominância dessas doenças crônicas, de progressão gradual e alta capacidade de afetar e reduzir a autonomia e independência do indivíduo. Em algum momento do adoecimento, o idoso buscará o serviço de saúde e, em geral, o uso é mais prolongado do que em outras etapas da vida⁽¹⁸⁾.

Objetivo

A partir da leitura deste capítulo, o leitor conhecerá o panorama da vulnerabilidade individual de idosos em um município do Nordeste Brasileiro, por meio de uma caracterização quanto aos aspectos sociodemográficos, clínicos e sociais.

disciplinária e networked work in order to contemplate their comprehensive care, be it robust, at risk of vulnerability or in a situation of vulnerability⁽⁶⁾.

To understand the aspects related to the health of the elderly, it is necessary to distinguish between the concepts of senescence and senility. Senescence constitutes the physiological and healthy aging of the organism, and includes somatic, psychological and social changes^(7,8). Somatic changes include morphological, physiological and biochemical changes, demonstrated by decreased skin elasticity, structural changes in tissues and cells, sarcopenia, slowing of nerve conduction and metabolism, among others⁽⁹⁾.

Psychological changes are associated with changes in the way of seeing and living the world, so that there is an increase in psychic complaints about the body itself, showing the interrelation of physical and emotional aspects^(7,10). Social changes, on the other hand, refer to the loss of social functions and physical and economic power. Thus, attitudes and values undergo changes, which contributes to changing the autonomy and independence achieved over the years⁽⁹⁾.

Senility, in turn, is characterized by changes determined by conditions that commonly affect the elderly, including: dementia, stroke, osteoporosis, and Chronic Non-Communicable Diseases (CNCD). In the elderly who live with these conditions, the effects of physiological changes in aging are added to the changes produced by diseases⁽¹¹⁾.

National and international studies show that the clinical profile of the elderly population residing in the community, is composed of elderly people with CNCD, the most common being diabetes and arterial hypertension^(12,13), who use medications for continuous use^(14,15), with at least one hospitalization in the last year⁽¹⁶⁾ and dependents for Basic Activity of Daily Living (BADL) and Instrumental Activity of Daily Living (IADL)⁽¹⁷⁾.

Therefore, one of the characteristics that makes the epidemiological profile of the elderly particular is the predominance of these chronic diseases, with gradual progression and high capacity to affect and reduce the individual's autonomy and independence. At some point of illness, the elderly will seek health care and, in general, use is more prolonged than in other stages of life⁽¹⁸⁾.

Objective

After reading this chapter, the reader will get to know the panorama of individual vulnerability of the elderly in a municipality in the Northeast of Brazil, through a characterization regarding the sociodemographic, clinical and social aspects.



Vulnerabilidade e saúde

O conceito de vulnerabilidade no âmbito da saúde consiste em elementos abstratos relacionados ao processo de envelhecimento e adoecimento para uma perspectiva mais concreta e abrangente. Diferentemente dos estudos de risco, as investigações guiadas sob o prisma da vulnerabilidade apontam potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a cada indivíduo, com vistas a alcançar a síntese de três vertentes: individual, social e programático⁽¹⁹⁾.

A vulnerabilidade individual considera as comorbidades, sinais e sintomas, incapacidade funcional, suporte social percebido e saúde percebida. A programática, leva em conta os índices de dependência em saúde, vulnerabilidade social e acesso aos serviços de saúde. E por conseguinte, a vulnerabilidade social é resultado da combinação de como o indivíduo tem acesso a informações, recursos materiais e enfrenta barreiras culturais⁽²⁰⁾.

Na atenção ao idoso, o conceito de vulnerabilidade volta-se para indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação reduzida e podem apresentar dificuldades para proteger os próprios interesses, haja vista que o envelhecimento implica aumento de riscos para o desenvolvimento de vulnerabilidade de natureza biológica ou individual, socioeconômica e psicossocial, em virtude do declínio biológico típico da senescência, que interage com processos socioculturais, e com os efeitos acumulativos de condições deficitárias de educação, renda e saúde ao longo da vida⁽²¹⁾.

Presume-se que a identificação precoce da vulnerabilidade individual em idosos e o conhecimento dos aspectos inerentes ao envelhecimento e de condições relacionadas a esse processo, são importantes indicadores empíricos que podem direcionar a alocação de recursos e programas assistenciais para aqueles com maiores possibilidades de desfechos adversos, a como redução da capacidade funcional e óbito⁽²²⁾.

Caminho metodológico

Para análise da vulnerabilidade individual, realizou-se um estudo transversal em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Pesqueira, em Pernambuco, Brasil, com 163 idosos, que se adequaram aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; concordância sua ou do seu responsável em participar da pesquisa; assinatura ou impressão digital no termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, o estudo obedeceu toda a regulamentação referente a estudos envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Protocolo n.º 45553615.0.0000.5189⁽²³⁾.

Vulnerability and health

The concept of vulnerability in the health field consists of abstract elements related to the aging and illness process for a more concrete and comprehensive perspective. Differing risk studies, investigations guided from the perspective of vulnerability point to the potential for illness, non-illness and coping, related to each individual, with a view to achieving the synthesis of three aspects: individual, social and programmatic⁽¹⁹⁾.

The individual vulnerability considers comorbidities, signs and symptoms, functional disability, perceived social support and perceived health. The programmatic one considers the indexes of health dependency, social vulnerability and access to health services. As a result, social vulnerability results from the combination of how the individual has access to information, material resources and faces cultural barriers⁽²⁰⁾.

In the care of the elderly, the concept of vulnerability focuses on individuals or groups that, for some reason, have a reduced capacity for self-determination and may have difficulties in protecting their own interests, given that aging implies an increased risk for development of vulnerability of biological or individual nature, socioeconomic and psychosocial, due to the biological decline typical of senescence, which interacts with socio-cultural processes, and with the cumulative effects of deficient conditions of education, income and health throughout life⁽²¹⁾.

It is assumed that the early identification of individual vulnerability in the elderly and the knowledge of the aspects inherent to aging and conditions related to this process, are important empirical indicators that can direct the allocation of resources and assistance programs for those with greater possibilities of adverse outcomes, as a reduction in functional capacity and death⁽²²⁾.

Methodological path

For the analysis of individual vulnerability, a cross-sectional study was carried out in a Family Health Strategy (FHS) in the municipality of Pesqueira, in Pernambuco, Brazil with 163 elderly people, who met the following inclusion criteria: age equal to or above 60 years; the elderly or their guardian's agreement to participate in the research; signature or fingerprint in the informed consent form. In addition, the study complied with all regulations regarding studies involving humans, being approved by the Research Ethics Committee under Protocol n.º. 45553615.0.0000.5189⁽²³⁾.

For data collection, questions were used for sociodemographic, clinical and family arrangement characterization based on the Brazil Old Age Schedule (BOAS) instrument, a multidimensional functional questionnaire for community studies in the elderly population, which contains identification



Para coleta de dados utilizou-se questões para caracterização sociodemográfica, clínica e de arranjo familiar baseado no instrumento Brazil Old Age Schedule (BOAS), questionário funcional multidimensional para estudos comunitários em população idosa, contendo informações de identificação, caracterização sociodemográfica, saúde física, utilização de serviços médicos, recursos econômicos, necessidades e problemas que afetam o entrevistado e avaliação do entrevistador⁽²⁴⁾.

Os dados foram coletados através de visitas domiciliares aos idosos no período de fevereiro de 2015 a fevereiro de 2016. O instrumento foi preenchido pelos acadêmicos do grupo de extensão do curso de graduação em Enfermagem do Instituto Federal de Pernambuco, Campus Pesqueira. A equipe foi submetida a treinamento para aplicação do questionário e realização da entrevista, e após cada entrevista seguiu-se a avaliação de confiabilidade das respostas, sendo os questionários identificados com respostas não confiáveis excluídos da amostra final.

Os dados obtidos foram analisados de forma descritiva. Para tal análise, os dados foram codificados para a elaboração de um dicionário de dados. Em seguida foram transcritos, com o processo de dupla digitação. Posteriormente os dados foram dispostos em tabelas utilizando o programa Microsoft Excel e em seguida foram agrupados os indicadores mediante as variáveis já apresentadas e iniciada a discussão dos resultados obtidos.

Um panorama da vulnerabilidade de idosos vinculados a Estratégia de Saúde no cenário Pernambucano

Entre os 163 idosos pesquisados verificou-se o predomínio da faixa etária entre 66 e 71 anos (n= 48, 29%), sexo feminino (n=96, 58,1%), e que não sabiam ler e escrever (n=100, 60,6%). Com relação ao estado civil, houve prevalência de idosos casados (n=91, 55,1%), com a idade do cônjuge entre 66 e 71 anos (n= 27, 29,6%), possuindo de 3 a 6 filhos (n=95, 57,5%). Quanto a religião, grande parte afirmou ser católica (n=123, 74,5%), e no que diz respeito a ocupação, a maioria afirmou ser aposentado (n= 136, 82,4%), com renda mensal de até um salário mínimo (n=80, 48,4%). No tocante a coabitação, predominaram idosos que residiam com 3 a 6 pessoas (n= 83, 50,3%), sendo o cônjuge o mais citado (n=89, 61,8%).

information, sociodemographic characterization, physical health, use of medical services, economic resources, needs and problems that affect the interviewee and the interviewer's assessment⁽²⁴⁾.

Data were collected through home visits to the elderly from February 2015 to February 2016. The instrument was completed by academics from the extension group of the undergraduate nursing course at the Federal Institute of Pernambuco, Campus Pesqueira. The team was trained to apply the questionnaire and conduct the interview, and after each interview, the reliability of the responses was assessed, and the questionnaires identified with unreliable responses were excluded from the final sample.

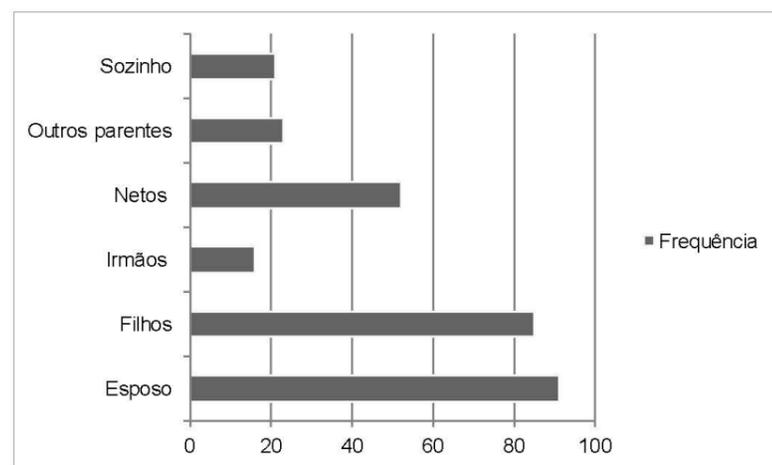
The data obtained were analyzed descriptively. For this analysis, the data was coded to create a data dictionary. Then, the data were transcribed in double typing. Subsequently, the data were arranged in tables using the Microsoft Excel program, grouping the indicators according to the variables presented. After that, the discussion of the results started.

An overview of the vulnerability of elderly people linked to the Health Strategy in the Pernambucan scenario

Among the 163 elderly people surveyed, there was a predominance of the age group between 66 and 71 years old (n=48, 29%), female (n=96, 58.1%), and who did not know how to read and write (n=100, 60.6%). Regarding marital status, there was a prevalence of married elderly people (n = 91, 55.1%), with the age of the spouse between 66 and 71 years old (n=27, 29.6%), having three to six children (n=95, 57.5%). Regarding religion, most of them claimed to be Catholic (n=123, 74.5%), and with regard to occupation, most said they were retired (n=136, 82.4%), with monthly income of up to minimum wage (n=80, 48.4%). Regarding cohabitation, elderly people who lived with three to six people predominated (n=83, 50.3%), living with their spouse was the most cited (n=89, 61.8%).



Figura 1. Coabitação do idoso com outros indivíduos. Pesqueira, Pernambuco, Brasil, 2020 (n=163).



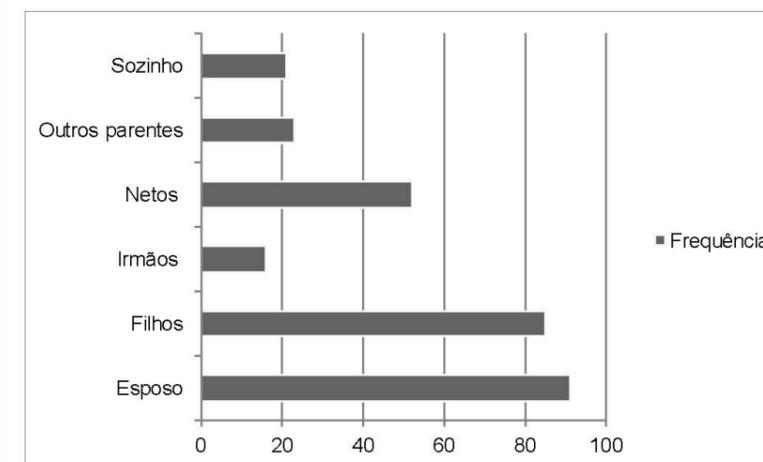
No presente estudo foi observada prevalência do público feminino. Tal dado corrobora com os estudos em âmbito nacional, que apontam o público feminino como o grupo de maior sobrevivência em detrimento do masculino^(25,26). A “feminização” da velhice é um fenômeno característico do envelhecimento populacional, que resulta na maior expectativa de vida das mulheres que, em média, vivem oito anos a mais que os homens. Comprovado com diversos estudos que apontam a longevidade feminina⁽²³⁾.

Denota-se também um significativo índice de componentes com baixa escolaridade. Isso pode ser explicado pela dificuldade de acesso à escola no século XX, principalmente devido ao pequeno número de instituições disponíveis e também pelas dificuldades de locomoção nos meios rurais, entre outros conflitantes.⁽²⁷⁾ Frente ao referido achado, é importante ressaltar que o baixo nível de instrução dos idosos configura-se como fator preocupante, visto que, pode acarretar em atraso na percepção de patologias importantes e conseqüentemente reduzir suas possibilidades terapêuticas⁽²⁸⁾.

Destaca-se ainda, a necessidade de uma adequação no que se refere à concepção das ações de educação em saúde, a fim de que haja maior compreensão e motivação por partes desse público, visto que algumas características, como analfabetismo, aposentadoria e alterações do estado nutricional, por exemplo, podem levar a uma maior dependência do idoso⁽²⁹⁾.

Quanto ao estado civil, houve predominância de idosos casados, o que reflete um aspecto positivo, tendo em vista que o casamento se caracteriza como um estado conjugal mais saudável que os demais, por unir mecanismos causais, constituídos por fatores ambientais, sociais e psicológicos⁽³⁰⁾. Ademais, é importante ressaltar que o estado de viuvez pode influenciar negativamente na capacidade funcional do idoso, por resultar em uma diminuição da rede de ajuda e configurar-se como em um fator de risco para a pessoa idosa^(29,31).

Figure 1. Cohabitation of the elderly with other individuals. Pesqueira, Pernambuco, Brazil, 2020 (n=163).



In the present study, the prevalence of the female public was observed. This data corroborates with studies at the national level, which point to the female audience as the group with the highest survival at the expense of the male.^(25,26) The “feminization” of old age is a characteristic phenomenon of population aging, which results in a higher life expectancy for women who, on average, live eight years longer than men. Proven with several studies that point to female longevity⁽²³⁾.

There is also a significant index of components with low education. This can be explained by the difficulty of access to school in the 20th century, mainly due to the small number of available institutions and also by the difficulties of locomotion in rural areas, among other conflicting ones⁽²⁷⁾. In view of the aforementioned finding, it is important to note that the low level of education of the elderly is a worrying factor, since it can cause delay in the perception of important pathologies and consequently reduce their therapeutic possibilities⁽²⁸⁾.

It is also worth mentioning the need for an adaptation regarding the conception of health education actions, so that there is greater understanding and motivation by parts of this public, since some characteristics, such as illiteracy, retirement and changes in the state nutritional status, for example, can lead to greater dependence on the elderly⁽²⁹⁾.

Regarding marital status, there was a predominance of married elderly people, which reflects a positive aspect, considering that marriage is characterized as a healthier marital state than the others, by uniting causal mechanisms, consisting of environmental, social and psychological factors⁽³⁰⁾. In addition, it is important to emphasize that the widowhood status can negatively influence the functional capacity of the elderly, as it results in a decrease in the help network and is configured as a risk factor for the elderly^(29,31).



Em estudo realizado com idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, no ano de 2017, no tocante ao estado conjugal dos idosos, identificou-se que maior parte dos idosos que foram classificados vulneráveis eram viúvos⁽²¹⁾. A morte de um familiar pode acarretar em uma repercussão negativa para a saúde, induzindo a uma condição de isolamento social, principalmente entre as mulheres, por isso, a viuvez é considerada um estressor psicossocial⁽³²⁾.

A prática religiosa foi mencionada pela maior parte dos idosos. Essa característica pode ser considerada um fator protetivo, visto que estabelece um elo entre as limitações e o aproveitamento das potencialidades do idoso ou auxilia-o no enfrentamento das dificuldades que permeiam esta etapa da vida.⁽³³⁾ É notória a percepção de mudanças físicas, psicológicas e sociais na população idosa, estas por sua vez, convergem em situações de perdas, declínio da saúde e afastamento do mercado de trabalho, cujo enfrentamento de maneira efetiva pode ser alcançado por meio de crenças espirituais e práticas religiosas⁽³¹⁾.

Quanto aos dados referentes à ocupação, evidenciou-se que a maioria dos idosos era aposentado, com rendimento de até um salário mínimo por mês. Esse achado, justifica o fato de muitos idosos dependerem dos serviços de saúde pública, pois o que recebem não é suficiente para cobrir gastos de um plano de saúde particular. Nos países do Caribe de língua inglesa, a cobertura dos sistemas de pensão varia de país para país, conforme o grau de formalidade ou informalidade de cada economia. Nas Bahamas, Barbados e Guiana, pelo menos dois terços das pessoas em idade de aposentadoria recebe uma pensão contributiva. Em contraste, em Belize, Santa Lúcia e São Vicente e Granadinas, um terço ou menos recebem esse tipo de pensão⁽³⁴⁾.

No cenário brasileiro, houve uma diminuição da disparidade entre os extremos de renda dos indivíduos, reduzindo as desigualdades sociais nos últimos anos. Todavia, essa mudança ainda não foi suficiente para influenciar positivamente na autoavaliação da saúde e na capacidade funcional dos idosos, demonstrando que a receita domiciliar pode contribuir para o estabelecimento da vulnerabilidade individual entre o público idoso⁽³⁵⁾.

Além disso, observam-se alterações significativas nos arranjos familiares, onde o público idoso pode se deparar com um cenário, em que muitas vezes, encontra-se obrigado a absorver demandas familiares, oriundas daqueles que se encontram desempregados ou doentes. Em meio a isto, cresce o número de estudos que apontam as condicionalidades do idoso aposentado como provedor da família⁽³⁶⁾.

A ampliação do quadro de envelhecimento populacional, de modo particular nos países com renda média ou baixa ratifica a necessidade da implementação de ações direcionadas as condições de vida dessa parcela da população. Enquanto alternativas para oportunizar qualidade de vida desses indivíduos, sugere-se a construção de infraestrutura adequada e segura de lazer nos espaços públicos, bem como a promoção de grupos de atividades físicas para idosos⁽³⁷⁾.

In a study conducted with elderly people assisted by the Family Health Strategy in the city of João Pessoa, Paraíba, Brazil, in 2017, regarding the marital status of the elderly, it was found that most of the elderly who were classified as vulnerable were widowers⁽²¹⁾. The death of a family member can have a negative impact on health, leading to a condition of social isolation, especially among women, therefore, widowhood is considered a psychosocial stressor⁽³²⁾.

Religious practice was mentioned by most of the elderly. This characteristic can be considered a protective factor, since it establishes a link between the limitations and the use of the potential of the elderly or helps them to face the difficulties that permeate this stage of life⁽³³⁾. The perception of physical, psychological and social changes in the elderly population is notorious, which, in turn, converge in situations of loss, decline in health and withdrawal from the labor market, which can be effectively tackled through spiritual and religious beliefs. religious practices⁽³¹⁾.

As for the data referring to occupation, it was evident that the majority of the elderly were retired, with an income of up to one minimum wage per month. This finding justifies the fact that many elderly people depend on public health services, as what they receive is not enough to cover the expenses of a private health plan. In English-speaking Caribbean countries, coverage of pension systems changes from country to country, depending on the degree of formality or informality in each economy. In the Bahamas, Barbados and Guyana, at least two-thirds of people of retirement age receive a contributory pension. In contrast, in Belize, Saint Lucia and Saint Vincent and the Grenadines, one third or less receive this type of pension⁽³⁴⁾.

In the Brazilian scenario, there was a decrease in the disparity between the extremes of income of individuals, reducing social inequalities in recent years. However, this change has not yet been sufficient to positively influence the self-rated health and functional capacity of the elderly, demonstrating that household income can contribute to the establishment of individual vulnerability among the elderly public⁽³⁵⁾.

In addition, there are significant changes in family arrangements, where the elderly can face a scenario, in which they are often forced to absorb family demands, arising from those who are unemployed or sick. In the middle of this, the number of studies that point out the conditionalities of the retired elderly as a family provider grows⁽³⁶⁾.

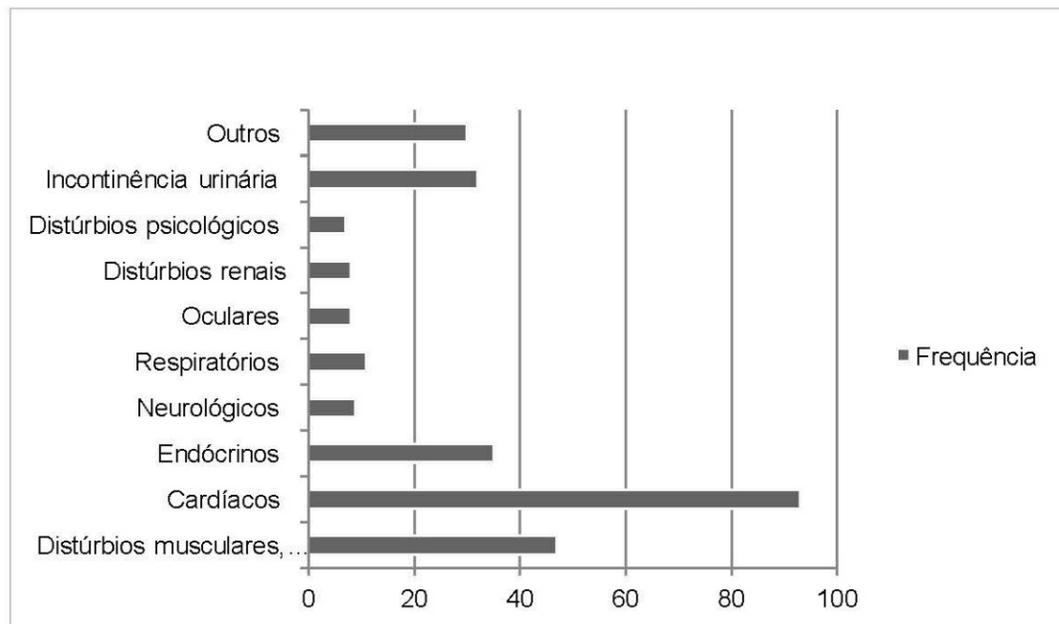
The expansion of the population aging scenario, particularly in countries with medium or low income, confirms the need to implement actions aimed at the living conditions of this portion of the population. As alternatives to provide quality of life for these individuals, it is suggested to build adequate and safe leisure infrastructure in public spaces, as well as the promotion of physical activity groups for the elderly⁽³⁷⁾.

Regarding the clinical profile of the elderly, the majority said they had some health problem (n=132, 80.0%), people with heart problems were the most cited (n=91, 68.9%), muscular and skeletal



Em relação ao perfil clínico dos idosos, a maioria afirmou apresentar algum problema de saúde (n=132, 80,0%), sendo os problemas cardíacos os mais citados (n=91, 68,9%), seguido dos distúrbios musculares, esqueléticos e articulares (n= 44, 33,3%) e dos distúrbios endócrinos (n=31, 24,4%).

Figura 2. Frequência de problemas de saúde auto referidos pelos idosos. Pesqueira, Pernambuco, Brasil, 2020 (n=163).

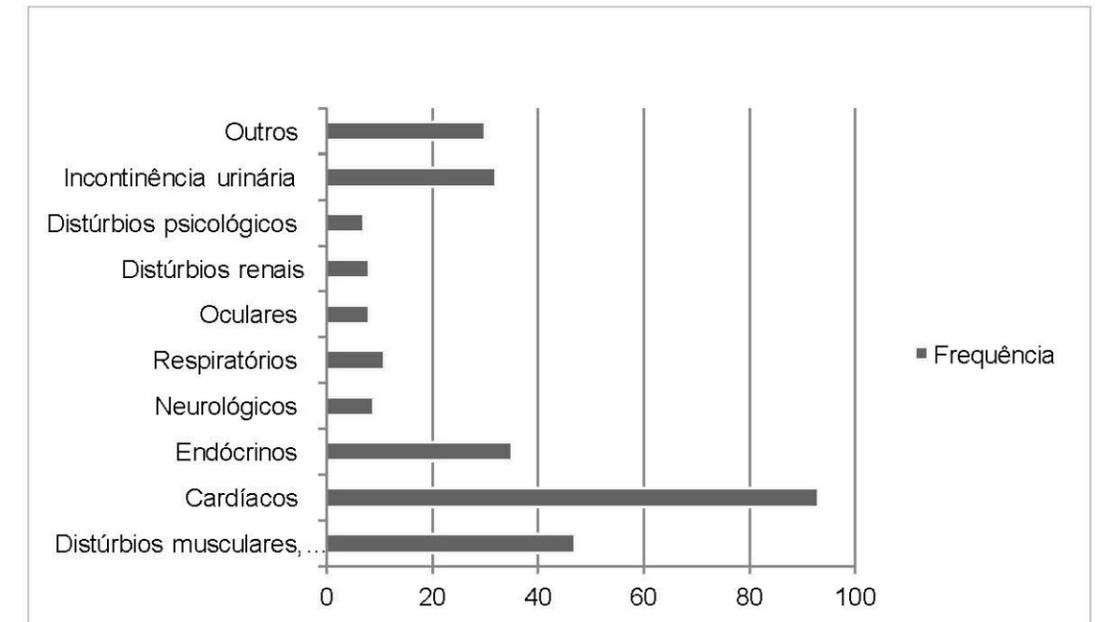


Dentre as patologias auto referidas pelos entrevistados, houve predomínio das doenças cardiovasculares. É notório que o processo de envelhecimento é permeado por doenças crônicas, de progressão gradual e alta capacidade de comprometer e reduzir a autonomia e independência do indivíduo. Em um estudo sueco, foi observada a associação entre doenças cardiovasculares e limitação da mobilidade de idosos, e constatou-se que há intrínseca relação entre ambas, ao passo que a limitação na mobilidade aumenta conforme ampliação de fatores de risco cardiovasculares, como hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, entre outros⁽³⁸⁾.

Quanto ao uso de medicamentos, grande parte afirmou fazer uso contínuo (n=125, 75,7%), principalmente de anti-hipertensivos (n=95, 76,0%), diuréticos (n=28, 22,4%) e antidiabéticos (n=20, 16%).

disorders and articular disorders were also cited (n=44, 33.3%) and finally, endocrine disorders (n=31, 24.4%).

Figure 2. Frequency of self-reported health problems by the elderly. Pesqueira, Pernambuco, Brazil, 2020 (n = 163)

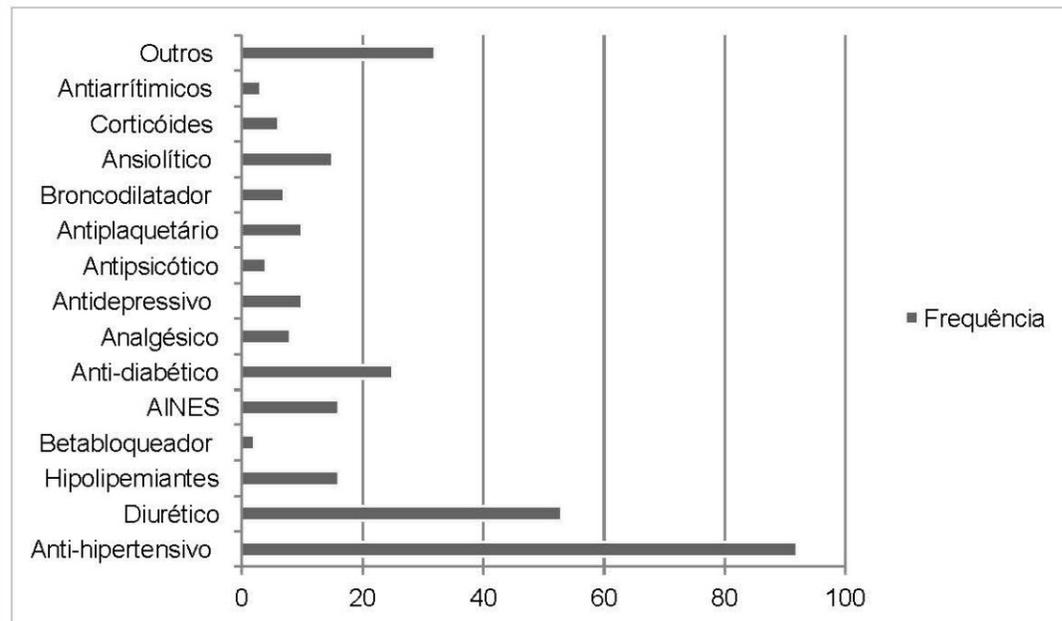


Among the pathologies self-reported by the interviewees, there was a predominance of cardiovascular diseases. It is noted that the aging process is permeated by chronic diseases, of gradual progression and high capacity to compromise and reduce the individual's autonomy and Independence. In a Swedish study, the association between cardiovascular diseases and limitation of mobility in the elderly was observed, and it was found that there is an intrinsic relationship between them, while the limitation in mobility increases with the expansion of cardiovascular risk factors, such as arterial hypertension, diabetes, smoking, among others⁽³⁸⁾.

Regarding the use of medications, most of them said they made continuous use (n=125, 75.7%), mainly antihypertensive drugs (n=95, 76.0%), diuretics (n=28, 22.4%) and antidiabetics (n=20, 16%).



Figura 3. Distribuição das classes medicamentosas utilizadas pelos idosos. Pesqueira, Pernambuco, Brasil, 2020.

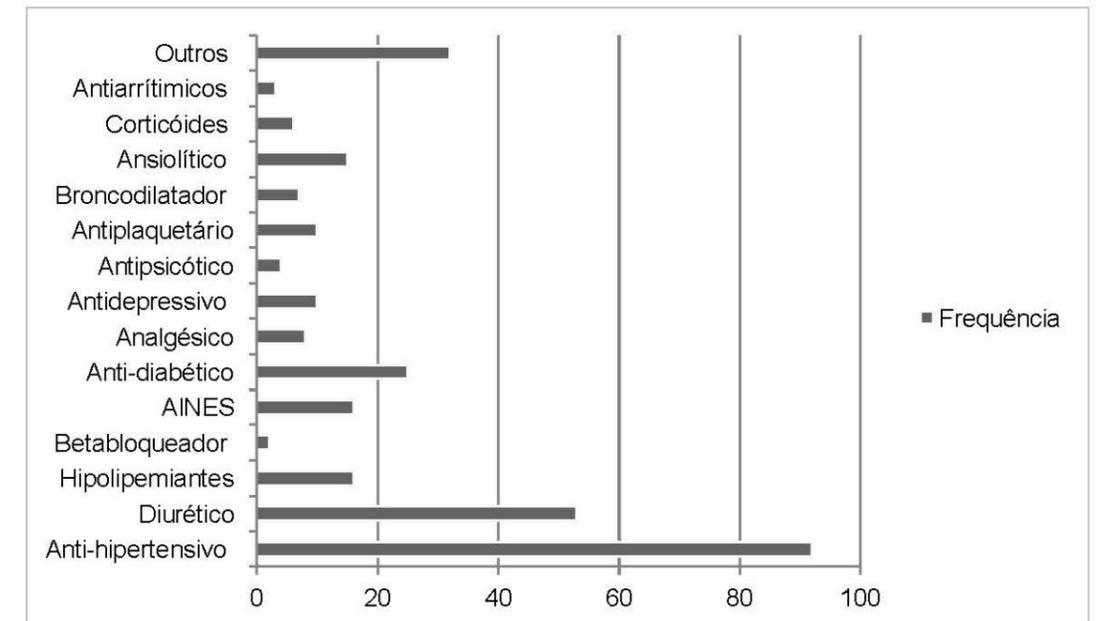


O aumento do uso de medicamentos de forma contínua entre os idosos deve-se à maior prevalência de doenças crônicas e das sequelas que acompanham o avançar da idade. Clares, Freitas e Borges (2014) perceberam em seu estudo que de 52 idosos, a maioria (71,2%) utilizava medicamentos. Closs et al (2016) também verificaram que a polifarmácia teve uma alta frequência (41,2%) em idosos fragilizados. Porém, sabe-se que existe uma alta prevalência de uso de medicamentos não indicados ou desnecessários. Assim, quanto mais medicamentos o idoso ingerir, maiores serão os riscos de interação entre as medicações, além de potencializar os efeitos colaterais. Assim sendo, a prescrição medicamentosa ao idoso e a avaliação do uso das medicações devem ser criteriosas^(39,40).

No tocante ao uso dos serviços de saúde, a maior parte dos idosos relatou utilizar o sistema público (n=124, 75,1%). Ressalta-se que a garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade voltados ao público idoso, apresenta-se como um novo desafio para o planejamento em saúde. O conhecimento das necessidades da população idosa, em especial, na comunidade, bem como dos fatores que determinam o uso de serviços de saúde e as condições sociais, são de grande valia para subsidiar o planejamento da atenção à saúde a essa faixa etária⁽³⁰⁾.

No que concerne a prática de atividade física, pequena parcela dos idosos que referiram praticar atividade física (n=38, 23,0%), diariamente (n=15, 39,4%) sendo a caminhada o tipo de exercício mais citado (n= 31, 81,5).

Figure 3. Distribution of the medication classes used by the elderly. Pesqueira, Pernambuco, Brazil, 2020.



The increase in the use of medication continuously among the elderly is due to the higher prevalence of chronic diseases and the disease sequelas that accompany advancing age. Clares, Freitas and Borges (2014) realized in their study that of 52 elderly people, the majority (71.2%) used medication. Closs et al (2016) also found that polypharmacy had a high frequency (41.2%) in frail elderly. However, it is known that there is a high prevalence of use of drugs that are not indicated or unnecessary. Thus, the more medications the elderly ingest, the greater the risks of interaction between medications, in addition to potentiating side effects. Therefore, the prescription of medication to the elderly and the evaluation of the use of medications must be judicious^(39,40).

Regarding the use of health services, most elderly people reported to use the public system (n=124, 75.1%). It is noteworthy that ensuring access to quality health services for the elderly, presents itself as a new challenge for health planning. Knowledge of the needs of the elderly population, especially in the community, as well as the factors that determine the use of health services and social conditions, are of great value to support the planning of health care for this age group⁽³⁰⁾.

Regarding the practice of physical activity, a small portion of the elderly who reported practicing physical activity (n=38, 23.0%), daily (n=15, 39.4%), walking being the most cited type of exercise (n=31, 81.5).



O discreto percentual de idosos que praticam atividade física, torna-se um aspecto preocupante, haja vista que o sedentarismo pode comprometer o estado de saúde do idoso. Ressalta-se ainda, a importância de tais atividades para proporcionar benefícios significativos ao sistema cardiovascular, corroborando para a redução de doenças cardiovasculares e aumento do fluxo sanguíneo em determinados leitos vasculares⁽⁴¹⁾.

No que diz respeito a auto percepção de saúde, a maioria declarou sua saúde como melhor ou igual em relação aos últimos cinco anos (n=92, 55,7%), e também quando comparada com outras pessoas da mesma idade (n=126, 76,3%).

A autopercepção de saúde é um importante indicador das condições gerais de saúde da população⁽⁴²⁾. Na pesquisa em questão, a maioria dos idosos percebeu sua saúde como positiva ou igual, o que corrobora com outro estudo em que 58,1 % dos idosos pesquisados também classificaram sua saúde em geral como “boa ou muito boa”. Entretanto, esse indicador depende do contexto estudado, sendo influenciado pelos aspectos socioeconômicos e demográficos⁽⁴³⁾.

Quanto à autopercepção de saúde comparada com outros idosos da mesma idade, obteve-se um percentual maior de idosos que perceberam sua saúde como melhor ou igual. Resultado este, que está em consonância com outro estudo realizado em Mato Grosso do Sul, em que 66,03 % dos pesquisados, responderam que consideravam sua saúde melhor quando comparada a outras pessoas da mesma faixa etária⁽⁴⁴⁾.

Dentre os problemas citados no dia-a-dia, os de saúde são os mais citados (n=41, 24,8%), seguido do medo da violência (n=31, 18,7%), preocupação com os filhos e netos (n=20, 12,1%) e dos problemas de ordem econômica (n= 17, 10,3%).

Considerações finais

Em meio aos entraves advindos do avanço cronológico, se encontram as dificuldades em realizar atividades diárias, o que converge em transtornos para o idoso e conseqüentemente sua família, a qual, dependendo da atividade, terá que dispor de mais tempo, energia e recursos financeiros para suprir as demandas existentes. Para fins de um adequado entendimento das demandas assistenciais requeridas pela população idosa, faz-se necessária uma avaliação periódica de sua saúde, incluindo os aspectos inerentes à capacidade funcional e demais variáveis que possam interferir diretamente em seu quadro de vulnerabilidade.

Frente aos aspectos analisados, observa-se que os achados do presente estudo oportunizaram evidenciar aspectos referentes à vulnerabilidade de idosos assistidos na atenção primária à saúde, contribuindo de maneira efetiva na assistência em saúde voltada ao público alvo e na elucidação de evi-

The discreet percentage of elderly people who practice physical activity is a worrying aspect, given that sedentary lifestyle can compromise the health status of the elderly. It is also emphasized the importance of such activities to provide significant benefits to the cardiovascular system, corroborating for the reduction of cardiovascular diseases and increased blood flow in certain blood vessels⁽⁴¹⁾.

In addition to the mentioned variables, the variable of self-perceived health was also assessed, the majority declared their health as better or equal in relation to the last five years (n=92, 55.7%), and also when compared to other people in the same age (n=126, 76.3%).

Self-perceived health is an important indicator of the general health conditions of the population⁽⁴²⁾. In the survey in question, most elderly people perceived their health as positive or equal, which corroborates another study in which 58.1% of the elderly surveyed also rated their health in general as “good or very good”. However, this indicator depends on the context studied, being influenced by socioeconomic and demographic aspects⁽⁴³⁾.

In relation to self-perceived health compared to other elderly people of the same age, a higher percentage of elderly people who perceived their health as better or equal was obtained. This result, which is in line with another study carried out in Mato Grosso do Sul, in which 66.03% of those surveyed, responded that considered their health better when compared to other people of the same age group⁽⁴⁴⁾.

Among the problems cited on a daily basis, health problems are the most cited (n=41, 24.8%), followed by fear of violence (n=31, 18.7%), concern with children and grandchildren (n=20, 12.1%) and economic problems (n=17, 10.3%).

Final considerations

In the midst of the obstacles resulting from the chronological advance, there are difficulties in carrying out daily activities, which converges in disorders for the elderly and consequently for the family, which, depending on the activity, will need to have more time, energy and financial resources to meet existing demands. For the purpose of an adequate understanding of the care demands required by the elderly population, it is necessary for periodic evaluation of the health, including aspects inherent to functional capacity and other variables that may directly interfere with their condition of vulnerability.

In view of the analyzed aspects, it is observed that the findings of the present study made it possible to highlight aspects related to the vulnerability of elderly people assisted in primary health care, effectively contributing to health care aimed at the target audience and elucidating solid scientific evidence about the aspects that permeate the vulnerability in the elderly, offering support for the ide-



dências científicas sólidas acerca dos aspectos que permeiam a vulnerabilidade em idosos, oferecendo subsídio para a idealização e implementação de políticas de saúde, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado integral com a saúde do idoso.

Quanto ao papel da Enfermagem frente ao processo de envelhecimento e vulnerabilidade desse público, é imprescindível que os enfermeiros sejam capazes de analisar criticamente e identificar precocemente os idosos em quadros de vulnerabilidade nos diferentes níveis de atenção à saúde, ao passo que se entenda a multidimensionalidade que permeia o envelhecimento. Caracterizado por vulnerabilidade aos estressores biopsicossociais, ambientais e por alterações na composição corporal, que resulta em prejuízos funcionais e seus desfechos.

Ressalta-se ainda, a importância da realização de novos estudos com vistas a apresentar novas contribuições a respeito da temática e, sobretudo, elucidar intervenções específicas que possam prevenir ou minimizar os efeitos deletérios advindos da vulnerabilidade que permeia o envelhecimento. Estimulando práticas de envelhecimento ativo e saudável e reforçando os ideários da prática baseada em evidências científicas.

Questões para reflexão

1. Quais medidas podem ser adotadas para minimizar a vulnerabilidade de idosos no contexto individual, social e econômico?
2. De que modo a vulnerabilidade entrelaça-se com a síndrome da fragilidade em idosos?

Referências

1. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing. Highlights [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 15]. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativa Populacional [Internet]. 2020. [cited 2020 fev 15]. Brasília (DF). Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>
3. Schuck LM, Antoni CD. Resiliência e Vulnerabilidade nos sistemas ecológicos: Envelhecimento e políticas públicas. Psicologia: Teoria e Pesquisa [Internet]. 2018 [cited 2020 fev 16]; 34. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010237722018000100501&script=sci_arttext&lng=pt

alization and implementation of health policies, directed to health promotion, disease prevention and comprehensive care for the health of the elderly.

Regarding the role of Nursing in the face of the aging and vulnerability of this public, it is essential that nurses are able to critically analyze and identify the elderly in situations of vulnerability at different levels of health care early, while understanding the multidimensionality that permeates aging. Characterized by vulnerability to biopsychosocial and environmental stressors and changes in body composition, which results in functional impairments and their outcomes.

It is also emphasized the importance of conducting new studies in order to present new contributions on the subject and, above all, to elucidate specific interventions that can prevent or minimize the harmful effects arising from the vulnerability that permeates aging. Stimulating active and healthy aging practices and reinforcing the ideas of practice based on scientific evidence.

Questions for reflection

1. What measures can be taken to minimize the vulnerability of the elderly in the individual, social and economic context?
2. How is vulnerability intertwined with frailty syndrome in the elderly?

References

1. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing. Highlights [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 15]. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativa Populacional [Internet]. 2020. [cited 2020 fev 15]. Brasília (DF). Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>
3. Schuck LM, Antoni CD. Resiliência e Vulnerabilidade nos sistemas ecológicos: Envelhecimento e políticas públicas. Psicologia: Teoria e Pesquisa [Internet]. 2018 [cited 2020 fev 16]; 34. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010237722018000100501&script=sci_arttext&lng=pt
4. Wanderley RMM, Cunha DGP, Felisberto AMS, Oliveira BRS, Bittencourt GKG et al. Avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na atenção básica. Rev enferm UFPE online [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 15]; 13(1):472-82. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a234959p472-482-2019>



4. Wanderley RMM, Cunha DGP, Felisberto AMS, Oliveira BRS, Bittencourt GKG et al. Avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na atenção básica. *Rev enferm UFPE online* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 15]; 13(1):472-82. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a234959p472-482-2019>

5. Vilhena J, Novaes JV, Rosa CM. The shadow of a body that presents itself: body image and aging. *Rev Latinoam Psicopatola Fundam* [Internet]. 2014 [cited 2020 fev 15]; 17(2):251-64. Doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1984-0381v17n2a08>.

6. Pagotto V, Silveira EA, Velasco WD. The profile of hospitalizations and associated factors among elderly users of the Brazilian Unified Health System (SUS). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2020 fev 15]; 8(10):3061-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000031>.

7. Biasus F. Reflexões sobre o envelhecimento humano: aspectos psicológicos e relacionamento familiar. *Perspectiva, Erechim* [Internet]. 2016 [cited 2020 fev 13]; 40 (152):55-63. Available from: http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/152_594.pdf

8. Macena WG, Hermano LO, Costa TC. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. *Revista Mosaicum* [Internet]. 2018 [cited 2020 fev 15]; 27. Available from: <http://www.revistamosaicum.org/data/documents/ALTERACOES-FISIOLOGICAS-DECORRENTES-DO-ENVELHECIMENTO.pdf>

9. Dantas EHM, Santos CAS. Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade. Joaçaba: Editora Unoesc [Internet]. 2017 [cited 2020 fev 14]. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1809-9823201900050020100003&lng=en

10. Vasconcelos AT, Jager ME. A percepção de psicólogos sobre o envelhecimento. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões: Multiciência online [Internet]. 2016 [cited 2020 fev 13]. Available from: http://www.uri.com.br/cursos/arq_trabalhos_usuario/836.pdf

11. Freitas EVD, Py L, Neri AL, Caçado FAX, Doll J, Gorzoni ML. (2006). *Tratado de geriatria e gerontologia* [Internet]. 2006 [cited 2020 fev 15]; (pp. iii-1573).

12. Silva PAB, Santos FC, Soares SM, Silva LB. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero. *Rev. pesqui. cuid. Fundam* [Internet]. 2018 [cited 2020 fev 12]; 10(1), 97-105. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado-fundamental/article/view/5987>

13. Lin H, Li Q, Hu Y, Zhu C, Ma H, Gao J, Yin Y. The prevalence of multiple non-communicable diseases among middle-aged and elderly people: the Shanghai Changfeng Study. *European journal of epidemiology* [Internet]. 2017 [cited 2020 fev 12]; 32(2), 159-163. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-016-0219-6>.

14. Barbosa RL, dos Santos Silva TDC, Santos MF, de Carvalho FR, de Almeida Marques RVD, de Matos Junior EM. Perfil sociodemográfico e clínico dos idosos de um Centro de Convivência. *Revista Kairós: Gerontologia* [Internet]. 2018 [cited 2020 fev 12]; 21(2), 357-373. Available from: <http://ken.pucsp.br/kairos/article/view/40968>.

5. Vilhena J, Novaes JV, Rosa CM. The shadow of a body that presents itself: body image and aging. *Rev Latinoam Psicopatola Fundam* [Internet]. 2014 [cited 2020 fev 15]; 17(2):251-64. Doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1984-0381v17n2a08>.

6. Pagotto V, Silveira EA, Velasco WD. The profile of hospitalizations and associated factors among elderly users of the Brazilian Unified Health System (SUS). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2020 fev 15]; 8(10):3061-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000031>.

7. Biasus F. Reflexões sobre o envelhecimento humano: aspectos psicológicos e relacionamento familiar. *Perspectiva, Erechim* [Internet]. 2016 [cited 2020 fev 13]; 40 (152):55-63. Available from: http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/152_594.pdf

8. Macena WG, Hermano LO, Costa TC. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. *Revista Mosaicum* [Internet]. 2018 [cited 2020 fev 15]; 27. Available from: <http://www.revistamosaicum.org/data/documents/ALTERACOES-FISIOLOGICAS-DECORRENTES-DO-ENVELHECIMENTO.pdf>

9. Dantas EHM, Santos CAS. Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade. Joaçaba: Editora Unoesc [Internet]. 2017 [cited 2020 fev 14]. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1809-9823201900050020100003&lng=en

10. Vasconcelos AT, Jager ME. A percepção de psicólogos sobre o envelhecimento. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões: Multiciência online [Internet]. 2016 [cited 2020 fev 13]. Available from: http://www.uri.com.br/cursos/arq_trabalhos_usuario/836.pdf

11. Freitas EVD, Py L, Neri AL, Caçado FAX, Doll J, Gorzoni ML. (2006). *Tratado de geriatria e gerontologia* [Internet]. 2006 [cited 2020 fev 15]; (pp. iii-1573).

12. Silva PAB, Santos FC, Soares SM, Silva LB. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero. *Rev. pesqui. cuid. Fundam* [Internet]. 2018 [cited 2020 fev 12]; 10(1), 97-105. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado-fundamental/article/view/5987>

13. Lin H, Li Q, Hu Y, Zhu C, Ma H, Gao J, Yin Y. The prevalence of multiple non-communicable diseases among middle-aged and elderly people: the Shanghai Changfeng Study. *European journal of epidemiology* [Internet]. 2017 [cited 2020 fev 12]; 32(2), 159-163. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-016-0219-6>.

14. Barbosa RL, dos Santos Silva TDC, Santos MF, de Carvalho FR, de Almeida Marques RVD, de Matos Junior EM. Perfil sociodemográfico e clínico dos idosos de um Centro de Convivência. *Revista Kairós: Gerontologia* [Internet]. 2018 [cited 2020 fev 12]; 21(2), 357-373. Available from: <http://ken.pucsp.br/kairos/article/view/40968>.

15. Keine D, Zelek M, Walker JQ, Sabbagh MN. Polypharmacy in an elderly population: Enhancing medication management through the use of clinical decision support software platforms. *Neurology and therapy* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 12]; 8(1), 79-94. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40120-019-0131-6>



15. Keine D, Zelek M, Walker JQ, Sabbagh MN. Polypharmacy in an elderly population: Enhancing medication management through the use of clinical decision support software platforms. *Neurology and therapy* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 12]; 8(1), 79-94. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40120-019-0131-6>

16. Santos VP, Lima WR, Rosa RS, Barros IMDC, Boery RNSDO, Ciosak SI. Perfil de saúde de idosos muito velhos em vulnerabilidade social na comunidade. *Revista Cuidarte* [Internet] 2018 [cited 2020 fev 12]; 9(3), 2322-2337. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732018000302322&script=sci_abstract&tlng=en

17. Del Duca GF, Silva MCD, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2009 [cited 2020 fev 15]; 43(5), 796-805. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500008.

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção da saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

19. Ayres JRCM, Calazams GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Akerman M, Campos GWS, Carvalho YM, Drumond Júnior M, Minayo MCS. *Tratado de saúde coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012. P. 375-416.

20. Jesus ITM, Santos Orlandi AA, Silva Grazziano E, Zazzetta MS. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2020 fev 12]; 30(6): 614-20. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000600614&script=sci_arttext

21. Barbosa KTF, Costa KNFM, Pontes MLF, Batista PSS et al., envelhecimento e vulnerabilidade individual: Um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2020 fev 14]; 26(2):e2700015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002700015>

22. Carvalho CRA, Malfitano APS, Lopes RE. Vulnerabilidade social e envelhecimento na América Latina. Uma revisão bibliográfica a partir das publicações da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). *Revista Kairós-Gerontologia* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 12]; 22(1), 185-207. (2019). Doi: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i1p185-207>

23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Sinopse do resultado do censo de 2013.

24. Veras R, Dutra S. Perfil do Idoso Brasileiro –Questionário BOAS, UNATI – UERJ, Rio de Janeiro, 2008.

25. Fernandes MDGM, Costa KNDFM, dos Santos SR, Pereira MA, Oliveira DST, da Silva Brito S. Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da escala de Waterlow. *Revista enfermagem UERJ* [Internet]. 2012 [cited 2020 fev 15]; 20(1), 56-60. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3977>

26. Aguiar ES, Soares MJ, Caliri MH, Costa MM, Oliveira SH. Avaliação da capacidade funcional de idosos associada ao risco de úlcera por pressão. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2020 fev 23]; 25(Número Especial 1):94-100. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000800015&script=sci_arttext&tlng=pt

16. Santos VP, Lima WR, Rosa RS, Barros IMDC, Boery RNSDO, Ciosak SI. Perfil de saúde de idosos muito velhos em vulnerabilidade social na comunidade. *Revista Cuidarte* [Internet] 2018 [cited 2020 fev 12]; 9(3), 2322-2337. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732018000302322&script=sci_abstract&tlng=en

17. Del Duca GF, Silva MCD, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2009 [cited 2020 fev 15]; 43(5), 796-805. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500008.

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção da saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

19. Ayres JRCM, Calazams GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Akerman M, Campos GWS, Carvalho YM, Drumond Júnior M, Minayo MCS. *Tratado de saúde coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012. P. 375-416.

20. Jesus ITM, Santos Orlandi AA, Silva Grazziano E, Zazzetta MS. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2020 fev 12]; 30(6): 614-20. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000600614&script=sci_arttext

21. Barbosa KTF, Costa KNFM, Pontes MLF, Batista PSS et al., envelhecimento e vulnerabilidade individual: Um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2020 fev 14]; 26(2):e2700015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002700015>

22. Carvalho CRA, Malfitano APS, Lopes RE. Vulnerabilidade social e envelhecimento na América Latina. Uma revisão bibliográfica a partir das publicações da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). *Revista Kairós-Gerontologia* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 12]; 22(1), 185-207. (2019). Doi: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i1p185-207>

23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Sinopse do resultado do censo de 2013.

24. Veras R, Dutra S. Perfil do Idoso Brasileiro –Questionário BOAS, UNATI – UERJ, Rio de Janeiro, 2008.

25. Fernandes MDGM, Costa KNDFM, dos Santos SR, Pereira MA, Oliveira DST, da Silva Brito S. Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da escala de Waterlow. *Revista enfermagem UERJ* [Internet]. 2012 [cited 2020 fev 15]; 20(1), 56-60. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3977>

26. Aguiar ES, Soares MJ, Caliri MH, Costa MM, Oliveira SH. Avaliação da capacidade funcional de idosos associada ao risco de úlcera por pressão. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2020 fev 23]; 25(Número Especial 1):94-100. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000800015&script=sci_arttext&tlng=pt

27. Biolchi CS, Portella MR, Vargas AC, Silveira MM, Colussi EL. A capacidade funcional de um grupo de idosos centenários. *Revista Kairós Gerontologia* [Internet]. 2013 [cited 2020 fev 15]; 16(3):213-226. Available from: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/18545/13732>



27. Biolchi CS, Portella MR, Vargas AC, Silveira MM, Colussi EL. A capacidade funcional de um grupo de idosos centenários. *Revista Kairós Gerontologia* [Internet]. 2013 [cited 2020 fev 15];16(3):213-226. Available from: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/18545/13732>

28. Chayamiti EM, Caliri MH. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2020 fev 10];23(1):29-34. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000100005&script=sci_arttext

29. Reis LA, Reis LA, Torres GV. Impacto das variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional de idosos de baixa renda. *CiencCuidSaude* [Internet]. 2015 [cited 2020 fev 12];14(1):847-54. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19585>

30. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2020 fev 12];19(5).

31. Santos Júnior EB. Avaliação da capacidade funcional de idosos no contexto da estratégia saúde da família na zona urbana do município de Mossoró/RN. Mossoró/RN. Dissertação [Mestrado em saúde e sociedade]- Universidade do Estado do Rio Grande do Norte; 2014.

32. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2020 fev 21];17(1):123-33. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100015&script=sci_arttext

33. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Bassi RM, NasriF ,Nacif SAP. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* [Internet]. 2011 [cited 2020 fev 20]; 14(1):159-167. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000100016&script=sci_arttext&lng=pt

34. Jones F. Ageing in the Caribbean and the human rights of older persons. *Twinimperatives for action*. Santiago de Chile: Cepal. 2016.

35. Lima-Costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2020 fev 10];46(11):100-7. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2012.v46suppl1/100-107/>

36. Assumpção CO, Souza TMF, Urtado CB, Prestes J. Treinamento resistido frente ao envelhecimento: uma alternativa viável e eficaz. *Anuário da Produção Acadêmica Docente* [Internet]. 2008 [cited 2020 fev 08] ;2(3):451-76. Available from: <http://repositorio.pgskroton.com.br/bitstream/123456789/1579/1/v.2,%20n.3,%202008-451-476.pdf>

37. Benedetti T, Gonçalves L, Mota J. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2007 [cited 2020 fev 03];16(3):387-98. DOI: 10.1590/S0104-07072007000300003

28. Chayamiti EM, Caliri MH. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2020 fev 10];23(1):29-34. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000100005&script=sci_arttext

29. Reis LA, Reis LA, Torres GV. Impacto das variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional de idosos de baixa renda. *CiencCuidSaude* [Internet]. 2015 [cited 2020 fev 12];14(1):847-54. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19585>

30. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2020 fev 12];19(5).

31. Santos Júnior EB. Avaliação da capacidade funcional de idosos no contexto da estratégia saúde da família na zona urbana do município de Mossoró/RN. Mossoró/RN. Dissertação [Mestrado em saúde e sociedade]- Universidade do Estado do Rio Grande do Norte; 2014.

32. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2020 fev 21];17(1):123-33. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100015&script=sci_arttext

33. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Bassi RM, NasriF ,Nacif SAP. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* [Internet]. 2011 [cited 2020 fev 20]; 14(1):159-167. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000100016&script=sci_arttext&lng=pt

34. Jones F. Ageing in the Caribbean and the human rights of older persons. *Twinimperatives for action*. Santiago de Chile: Cepal. 2016.

35. Lima-Costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2020 fev 10];46(11):100-7. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2012.v46suppl1/100-107/>

36. Assumpção CO, Souza TMF, Urtado CB, Prestes J. Treinamento resistido frente ao envelhecimento: uma alternativa viável e eficaz. *Anuário da Produção Acadêmica Docente* [Internet]. 2008 [cited 2020 fev 08] ;2(3):451-76. Available from: <http://repositorio.pgskroton.com.br/bitstream/123456789/1579/1/v.2,%20n.3,%202008-451-476.pdf>

37. Benedetti T, Gonçalves L, Mota J. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2007 [cited 2020 fev 03];16(3):387-98. DOI: 10.1590/S0104-07072007000300003

38. Welmer A, Angleman S, Rydwick E, Fratiglioni L, Qiu C. Association of cardiovascular burden with mobility limitation among elderly people: a population-based study. *Ploson* [Internet]. 2013 [cited 2020 fev 02]; 39: 8-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3669202/>



38. Welmer A, Angleman S, Rydwick E, Fratiglioni L, Qiu C. Association of cardiovascular burden with mobility limitation among elderly people: a population-based study. *Plosone* [Internet]. 2013 [cited 2020 fev 02];

39. 8-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3669202/>

40. Closs VE, Ziegelmann PK, Gomes I, Schwanke CHA. Frailty and geriatric syndromes in elderly assisted in primary health care. *Acta Scientiarum. Health Sciences* [Internet]. 2016 [cited 2020 fev 12]; 38(1), 9-18. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3072/307245984002.pdf>

41. Heck P, Araújo CCR, Pazin J, Seemann T, Oliveira PAM, Machado Z, Guimarães ACA. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2020 fev 03]; 21(2):190-197.

42. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2020 fev 21]; 33 (4): 302-10. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n4/302-310/pt>

43. Marra TA et al. Autopercepção de saúde e perfil de idosos de grupos de convivência da regional norte BH/ MG. *Rev. bras. geriatr. Gerontol*, 2017.

44. Santos Junior AGD, Pedro JDO, Oliveira MCD, Furlan MCR, Nascimento FG, Bassler TC, Barcelos LDS. Caracterização sociodemográfica e a autopercepção das condições de saúde de idosos. *Rev. enferm. UFPE on line* [Internet]. 2018 [cited 2020 fev 02]; 692-700. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/230161/28026>

40. Closs VE, Ziegelmann PK, Gomes I, Schwanke CHA. Frailty and geriatric syndromes in elderly assisted in primary health care. *Acta Scientiarum. Health Sciences* [Internet]. 2016 [cited 2020 fev 12]; 38(1), 9-18. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3072/307245984002.pdf>

41. Heck P, Araújo CCR, Pazin J, Seemann T, Oliveira PAM, Machado Z, Guimarães ACA. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2020 fev 03]; 21(2):190-197.

42. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2020 fev 21]; 33 (4): 302-10. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n4/302-310/pt>

43. Marra TA et al. Autopercepção de saúde e perfil de idosos de grupos de convivência da regional norte BH/ MG. *Rev. bras. geriatr. Gerontol*, 2017.

44. Santos Junior AGD, Pedro JDO, Oliveira MCD, Furlan MCR, Nascimento FG, Bassler TC, Barcelos LDS. Caracterização sociodemográfica e a autopercepção das condições de saúde de idosos. *Rev. enferm. UFPE on line* [Internet]. 2018 [cited 2020 fev 02]; 692-700.



CAPÍTULO 4

FEMINIZAÇÃO DA VELHICE: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

Andreia Karla de Carvalho Barbosa Cavalcante¹
Ana Paula Cardoso Costa²
Roslanny Kelly Cipriano de Oliveira²
Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo²
Sônia Maria de Araújo Campelo¹
Luis Fernando Penagos Cubillos²

Considerações iniciais

A população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, redundando em um total de 30,2 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios⁽¹⁾. Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. O incremento de 4,8 milhões de novos idosos, entre os anos de 2012 e 2017, correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo)⁽²⁾. Neste sentido, as mulheres idosas são maioria e vem crescendo substancialmente. Esse fenômeno é conhecido como feminização da velhice.

Apesar de existirem políticas e estatutos voltados para a pessoa idosa, se faz necessária uma maior visão gerontogeriátrica nas bases da formação multiprofissional, para que se possa oferecer uma promoção da saúde do idoso com maior segurança, eficiência e eficácia. A literatura demonstra que o desenvolvimento de estudos no campo da gerontologia pela enfermagem se faz de extrema relevância⁽³⁾.

Frente ao cenário do envelhecimento, a enfermagem gerontológica deve buscar caminhos para um cuidado mais centrado nas especificidades do processo de envelhecimento e atuação interprofissional com a sua equipe, vislumbrando um cuidado holístico e imersivo na família. Esta estratégia

¹ Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.
² Mestrando(a) em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

CHAPTER 4

FEMINIZATION OF OLD AGE: NURSING CONTRIBUTIONS

Andreia Karla de Carvalho Barbosa Cavalcante¹
Ana Paula Cardoso Costa²
Roslanny Kelly Cipriano de Oliveira²
Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo²
Sônia Maria de Araújo Campelo¹
Luis Fernando Penagos Cubillos²

Initial considerations

The Brazilian population has maintained the aging trend over the past few years and has added 4.8 million elderly people since 2012, resulting in a total of 30.2 million in 2017, according to the Continuous National Household Sample Survey – Characteristics of Residents and Households⁽¹⁾. In 2012, the population aged 60 or more was 25.4 million. The increase of 4.8 million of elderly people, between the years 2012 and 2017, corresponds to an 18% growth in this age group, which has become increasingly representative in Brazil. Women are a significant majority in this group, with 16.9 million (56% of the elderly population), while elderly men are 13.3 million (44% of the group)⁽²⁾. Accordingly, elderly women are the majority and have been increasing substantially. This phenomenon is known as the feminization of old age.

Despite the existence of policies and statutes focused on the elderly person, there is a need for a greater geronto-geriatric view on the basis of multiprofessional training, so that the health promotion of the elderly can be offered with greater safety, efficiency and effectiveness. The pertinent literature shows that the development of studies in the field of gerontology by nursing is extremely relevant⁽³⁾.

Given this aging scenario, the gerontological nursing should seek ways to achieve a care model more focused on the specificities of the aging process and on the interprofessional performance with its team, envisioning a holistic and immersive care in the family context. This multidisciplinary strategy with family integration provides nurses with care decisions with safety and quality when caring for the elderly person.

¹ Doctoral Student in Nursing from the Graduate Program in Nursing at the Federal University of Piauí.
² Master Student in Nursing from the Graduate Program in Nursing at the Federal University of Piauí.



multidisciplinar com integração familiar proporciona aos enfermeiros decisões de um cuidado com segurança e qualidade na assistência à pessoa idosa.

Objetivo

Este capítulo tem como objetivo refletir sobre a contribuição da enfermagem na feminização da velhice.

Envelhecimento Sociodemográfico e Epidemiológico

O processo de envelhecimento ao longo dos anos vem enfrentando transformações no âmbito demográfico, social e epidemiológico, o que se notava antigamente era a existência de uma estrutura familiar majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e um risco eminente de mortalidade infantil, este cenário passa a ser substituído por uma sociedade urbana e pela preferência de poucos filhos⁽⁴⁾. Aliado a isso, uma sociedade que outrora era predominantemente jovem, nos dias atuais nota-se uma elevação considerável da expectativa de vida e consequentemente da população idosa⁽⁵⁾.

Segundo Azevedo et al.⁽⁶⁾, o envelhecimento consiste em um processo complexo, dinâmico com implicações tanto para a pessoa que vivencia como para a sociedade que o assiste. Ocorre de forma silenciosa, dificilmente perceptível na sua plenitude e, na maior parte das vezes é identificado apenas quando as pessoas têm comprometimento da sua capacidade laboral, funcional e social, tornando-se menos ativos.

Estudos apontam que entre 2004 a 2014, o percentual de idosos no Brasil passou de 9,7% para 13,7%, representando o grupo populacional que mais cresceu no país. Em 2030, provavelmente será de 18,6% e, em 2060, 33,7%, o que identifica a transição demográfica⁽⁷⁾.

Entende-se por transição demográfica as mudanças que iniciam com a diminuição das taxas de mortalidade e, por conseguinte com a queda das taxas de natalidade, ocasionando modificações significativas na estrutura etária da população⁽⁴⁾. Enquanto que a transição epidemiológica refere-se às modificações, em longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas⁽⁸⁾.

Este processo engloba três mudanças básicas, a saber: substituição entre as primeiras causas de morte das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante.

Objective

This chapter has the objective of reflecting on the contribution of nursing to the feminization of old age.

Topics to be discussed about the theme

Sociodemographic and Epidemiological Aging

The aging process over the years has been facing transformations in the demographic, social and epidemiological scope, where, anciently, we could note the existence of a mostly rural and traditional family structure, with great families and a prominent risk of infant mortality, but this scenario is being replaced by an urban society and by the preference for a small number children⁽⁴⁾. Moreover, we can note a society that was once predominantly young, but, nowadays, there is a considerable increase in life expectancy and, consequently, in the elderly population⁽⁵⁾.

According to Azevedo et al.⁽⁶⁾, aging is a complex and dynamic process with implications both for the person who experiences it and for the society that observes it. Aging takes place quietly and is hardly noticeable in its wholeness; and, in most cases, it is identified only when people have impairments in their work, functional and social capacities, becoming less active.

Studies highlight that between 2004 and 2014, the percentage of elderly people in Brazil went from 9.7% to 13.7%, representing the population group that grew the most in the country. In 2030, it will probably be 18.6% and, in 2060, 33.7%, which identifies the demographic transition⁽⁷⁾.

Demographic transition is understood as the changes that initiate with the decrease in mortality rates and, therefore, with the fall in birth rates, entailing significant changes in the age structure of the population⁽⁴⁾. While the epidemiological transition refers to long-term changes in the patterns of morbidity, disability and death that characterize a specific population and that, in general, take place in conjunction with other demographic, social and economic transformations⁽⁸⁾.

This process encompasses three basic changes, namely: replacement between the first causes of death from communicable diseases by non-communicable diseases and external causes; displacement of the highest burden of morbimortality from younger groups to older groups and transformation from a situation in which mortality predominates to another in which morbidity is dominant.

In Brazil, this transition has been remarkable over the years, where the proportion of deaths from infectious diseases has decreased, while chronic non-communicable diseases were responsible for a large part of mortality in the elderly population, which highlights diseases of the circulatory system in the incidence scale, followed by neoplasms and external causes⁽⁹⁾.



No Brasil, essa transição foi notável no decorrer dos anos, a proporção de óbitos por doenças infecciosas caiu, enquanto que as doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por grande parte da mortalidade em idosos, o que em escala de incidência se destaca as doenças do aparelho circulatório, seguido das neoplasias e causas externas⁽⁹⁾.

Contudo, diante das mudanças neste cenário no tocante ao envelhecimento, surge a necessidade de um olhar mais atento por parte das autoridades de saúde, no sentido de preparar os profissionais para atender o idoso de forma resolutiva, propiciando um envelhecer com qualidade.

Aspectos socioeconômicos da mulher idosa

O aumento da expectativa de vida e a redução da fecundidade das mulheres brasileiras, aliados aos avanços tecnológicos, pontua um problema de saúde pública de ordem universal, no sentido de como lidar com esta população⁽¹⁰⁾.

Segundo Azevedo et al⁽⁶⁾, o envelhecimento consiste em um processo complexo, dinâmico com implicações tanto para a pessoa que vivencia como para a sociedade que o assiste. Ocorre de forma silenciosa, dificilmente perceptível na sua plenitude e, na maior parte das vezes é identificado apenas quando a pessoa tem comprometimento da sua capacidade laboral, funcional e social, tornando-se menos ativos.

As mulheres idosas são o segmento mais representativo e com expansão crescente e acelerada em relação aos homens, que apresentam uma expectativa de vida de 76,8 anos e 69,3 anos, respectivamente; portanto vivendo, em média, mais de sete anos que os homens⁽¹¹⁾.

Quanto ao aspecto de escolaridade, estudo realizado no município de Viçosa, Minas Gerais, mostrou que o nível de escolaridade das idosas era baixo, todas declararam saber ler e escrever e ter frequentado a escola, porém a maioria concluiu somente o 1º ciclo do Ensino Fundamental (1ª a 4ª série), características que podem estar associadas a cuidar da casa muito cedo, responsabilidades impostas pelos pais e escassez do acesso à educação. Outro aspecto relevante é a prevalência de idosas octogenárias⁽¹²⁾.

Quanto à principal fonte de renda das idosas, têm-se a aposentadoria como a principal, seguida de pensão, o que é notável como principal fonte de sobrevivência desse público. No tocante à situação conjugal, boa parte das idosas são viúvas, observando-se que as mulheres, quando ficam viúvas ou separadas, se adaptam a esse novo ciclo, tornando-se independentes, e tal fato as leva, portanto, a assumir as responsabilidades financeiras decorrentes da vida sem cônjuge⁽¹²⁾.

Estudos apontam que a grande maioria das idosas apresenta, no que tange à situação de saúde, alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, seguidas de problemas na coluna, o que corrobora com dados do Ministério da Saúde, que afirma que a proporção de óbitos por doenças infecciosas caiu, enquanto que as doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por grande parte

Nevertheless, faced with the changes in this scenario with regard to aging, we should raise the need for a closer look on the part of the health authorities, in order to prepare professionals to care for the elderly person in a resolute way, thereby providing a quality aging.

Socioeconomic aspects of elderly women

The increase in life expectancy and the reduction in fertility of Brazilian women, combined with technological advances, emphasize a universal public health problem in terms of how to deal with this population⁽¹⁰⁾.

According to Azevedo et al.⁽⁶⁾, aging is a complex and dynamic process with implications both for the person who experiences it and for the society that observes it. Aging takes place quietly and is hardly noticeable in its wholeness; and, in most cases, it is identified only when people have impairments in their work, functional and social capacities, becoming less active.

Elderly women are the most representative segment, with an increasing and accelerated expansion in comparison to men, who have a life expectancy of 76.8 years and 69.3 years, respectively; therefore, living, on average, more than seven years than men⁽¹¹⁾.

Regarding the issue of education, a study performed in the municipality of Viçosa, Minas Gerais, showed that the level of education of the elderly citizens was low, where all declared to know how to read and write and have attended school, but most completed only the 1st cycle of Elementary School (1st to 4th grade), whose characteristics may be associated with taking care of the household from very early ages, responsibilities imposed by parents and scarcity of access to education. Another relevant aspect is the prevalence of elderly octogenarian women⁽¹²⁾.

As for the main source of income for the elderly citizens, retirement was identified as the main source, followed by pensions, which is notable as the main source of survival of this public. Regarding the marital situation, most elderly women are widows, observing that women, when they become widowed or separated, adapt to this new cycle, becoming independent, and this fact, therefore, leads them to assume the financial responsibilities resulting from the life without spouse⁽¹²⁾.

Studies signalize that the vast majority of elderly women reveal, with regard to their health situation, a high prevalence of chronic non-communicable diseases, followed by spine problems, which corroborates with data from the Brazilian Ministry of Health, which states that the proportion of deaths by infectious diseases decreased, while chronic non-communicable diseases were responsible for a large part of mortality in the elderly population. On an incidence scale, the circulatory system diseases stand out, followed by neoplasms and external causes⁽⁹⁾.

Therefore, faced with the feminization process of old age and its socioeconomic aspects, there is a need for a closer look on the part of health authorities, in order to prepare professionals to care



da mortalidade em idosos. Em uma escala de incidência, se destacam as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias e causas externas⁽⁹⁾.

Portanto, diante do processo de feminização da velhice e seus aspectos socioeconômicos surge a necessidade de um olhar mais atento por parte das autoridades de saúde, no sentido de preparar os profissionais para atender a idosa de forma resolutiva, propiciando um envelhecer com qualidade. Políticas públicas devem ser formuladas e implementadas direcionadas ao público das pessoas idosas, especialmente ao gênero feminino.

Nuances da feminização da velhice: desmistificando o gênero

O envelhecimento populacional está relacionado à mudança na estrutura etária da população e, para além das questões sociodemográficas e epidemiológicas já mencionadas e que têm implicações relevantes no processo de envelhecimento humano, outros fatores igualmente importantes tem chamado a atenção de estudiosos da área nos últimos tempos: a saúde de homem e a feminização do envelhecimento, abordados na sequência.

Assim, retomando a ênfases das temáticas tomando por base o seguinte recorte, extraído da cartilha “Vivendo com Saúde. Todo homem precisa ter essa consciência”, no qual encontramos: “As mulheres aprendem que é importante se cuidar desde muito cedo, que precisam ir ao médico sempre, fazer o acompanhamento ginecológico e prevenir e cuidar das doenças. Por outro lado, os homens são ensinados que homem não chora, não tem fraquezas e não ficam doentes”⁽¹³⁾.

Para Couto⁽¹⁴⁾, a formação da masculinidade foi conduzida por um processo histórico por meio da cultura patriarcal desde os inícios da humanidade, em que se estabelecia uma hierarquia entre homens e mulheres. É visto que o homem, desde os primórdios, apresentava uma supremacia, percebendo-se como ser invulnerável, o qual foi ensinado a não chorar e a reprimir suas emoções, colocando a masculinidade como sinônimo de virilidade.

Essa cultura, em pleno século XXI, parece ainda muito presente no ambiente brasileiro, o que tangencia sustentabilidade, por exemplo, às apresentações estatísticas de que os homens vivem em média sete anos a menos do que as mulheres. Estudos revelam que de um modo geral, os homens não cuidam da própria saúde e, como consequência, sofrem com males que poderiam ser evitados com atitudes preventivas.

Nesse sentido, corrobora-se com Cavalcante et al.⁽¹⁵⁾, ao inferirem que as manifestações culturais masculinas se tornam um obstáculo a ser vencido para que a saúde possa, de fato, se fazer prioritária à realidade das pessoas desse gênero.

É nesse contexto de resistências e descuido com a saúde, por parte da população masculina, que o governo brasileiro estabeleceu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com o objetivo principal de promover ações que contribuam significativamente para a com-

for the elderly person in a resolute way, thereby providing a quality aging. Public policies should be formulated and implemented with a focus on the public of the elderly citizens, especially women.

Details of the feminization of old age: demystifying gender issues

Population aging is related to the change in the age structure of the population and, in addition to the sociodemographic and epidemiological issues already mentioned and that have relevant implications for the human aging process, other equally important factors have drawn the attention of scholars in the area in recent times: men’s health and feminization of aging, addressed hereafter.

Therefore, resuming the emphasis of the themes based on the following excerpt, extracted from the booklet “Living with Health. Every man needs to have this awareness”, where we can find: “Women learn that it is important to take care from an early age, that they need to go to the doctor always, undertake gynecological follow-up and prevent and take care of diseases. Conversely, men are taught that males do not cry, do not have weaknesses and do not even contract diseases”⁽¹³⁾.

For Couto⁽¹⁴⁾, the formation of masculinity was guided by a historical process through the patriarchal culture since the beginning of mankind, when a hierarchy between men and women was established. It is seen that the man, since the early days, had a supremacy, perceiving himself as being invulnerable, who was taught not to cry and to repress his emotions, thereby putting masculinity as a synonym of virility.

In the XXI century, this culture still seems very present in the Brazilian environment, which requires sustainability, for example, from the statistical revelations that men live, on average, seven years less than women. Studies show that, in general, men do not take care of their own health and, as a consequence, suffer from ailments that could be avoided with preventive attitudes.

Accordingly, we can corroborate this statement with Cavalcante et al.⁽¹⁵⁾, by inferring that male cultural manifestations become an obstacle to be overcome so that health can, in fact, become a priority to the reality of the people of this gender.

Within this context of resistance and neglect of the health issues, on the part of the male population, the Brazilian government established the National Policy for Integral Attention of Men’s Health (PNAISH), with the overall objective of promoting actions that significantly contribute to the understanding of the singular male reality in its diverse socio-cultural and political-economic contexts, thereby sensitizing men to take better care of themselves. However, during the development of this policy, there was no broad discussion in society, which may have influenced its difficult implementation^(16, 17).

We should highlight that there is a sort of recognition on the part of this policy that adult men are more vulnerable to illness and death than other population groups, since the male resistance to the search for primary health care services exacerbates their morbidity, delays the service and increases costs for society as a whole⁽¹⁸⁾.



preensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, sensibilizando os homens a se cuidarem mais e melhor. Entretanto, não houve durante a criação desta política uma ampla discussão na sociedade, o que pode ter influenciado na sua difícil implementação^(16, 17).

Pontua-se que há o reconhecimento por parte da política de que os homens adultos são mais vulneráveis às doenças e à morte que outros grupos populacionais, já que a resistência masculina à busca aos serviços de atenção primária à saúde agrava a sua morbidade, retarda o seu atendimento e aumenta os custos para a sociedade⁽¹⁸⁾.

A incorporação da expressão “homem não chora, não tem fraquezas e não ficam doentes” poderá trazer sérias implicações sobre o comportamento e a saúde daqueles que a materializam, levando-os, inclusive, ao esquecimento de que podem ser portadores de condições especiais de saúde e, portanto, merecedores de intervenções específicas. Acredita-se que a adoção de comportamento dessa natureza possa, em tese, justificar as estatísticas atuais em relação à mortalidade masculina e a predominância de mulheres, fenômeno que se convencionou chamar de “feminização da velhice” apontados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁽⁷⁾.

“As mulheres aprendem que é importante se cuidar desde muito cedo, que precisam ir ao médico sempre, fazer o acompanhamento ginecológico e prevenir e cuidar das doenças”, nesse pensar corrobora-se com Neri⁽¹³⁾, ao inferir que a feminização da velhice coincide com mudanças nas normas etárias e de gênero que regulam os comportamentos e as expectativas de comportamento das mulheres idosas, as relações intergeracionais e os intercâmbios de apoio material, instrumental e afetivo entre gerações.

Ademais, a experiência do envelhecimento, segundo Mungioli, Dantas e Mauro⁽¹⁹⁾, é marcada concomitante e organicamente pela heterogeneidade de cada trajetória de vida e pelos contextos econômico, social e familiar onde ocorre, uma vez que tratar da velhice é buscar acessos privilegiados para dar conta de mudanças culturais nas formas de pensar e de gerir a experiência cotidiana, o tempo e o espaço, as idades e os gêneros, o trabalho e o lazer, analisando, de uma óptica específica, como uma sociedade projeta sua própria reprodução⁽²⁰⁾.

A feminização do idoso sob a ótica do cuidado em saúde e da Enfermagem

As alterações na estrutura e organização da sociedade, bastante mencionadas neste capítulo, tem repercussão em diversos segmentos, mas, especialmente, nos serviços de assistência à saúde. O processo de envelhecimento engloba uma série de alterações orgânicas e funcionais que têm resultados diretamente no modo como a Rede de Atenção à Saúde deve estar estruturada. Desperta atenção, também, o perfil do público idoso e as demandas relacionadas a ele⁽²¹⁾.

The incorporation of the expression “man does not cry, does not have weaknesses and does not get sick” may entail serious implications for the behavior and the health of those who materialize it, even leading the males to forget that they may have special health conditions and, therefore, deserving of specific interventions. It is believed that the adoption of behaviors of this nature could, in theory, justify the current statistics in relation to the male mortality and the predominance of women in old age, which is a phenomenon that is conventionally called the “feminization of old age”, pointed out by the Brazilian Institute of Geography and Statistics⁽⁷⁾.

“Women learn that it is important to take care from a very early age, that they need to go to the doctor always, undertake gynecological follow-up and prevent and take care of diseases”, which is way of thinking that corroborates with Neri⁽¹³⁾, by inferring that the feminization of old age coincides with changes in the age and gender standards that regulate the behaviors and behavioral expectations of older women, the intergenerational relationships and the exchanges of material, instrumental and affective support among generations.

In addition, the experience of aging, according to Mungioli, Dantas and Mauro⁽¹⁹⁾, is marked concomitantly and organically by the heterogeneity of each life trajectory and by the economic, social and family contexts where it takes place, because the fact of dealing with old age is looking for privileged access to face cultural changes in ways of thinking and managing everyday experiences, time and space, ages and genders, work and leisure, thereby analyzing, from a specific perspective, how a society foresees its own reproduction⁽²⁰⁾.

The feminization of the elderly person from the perspective of health care and Nursing

Changes in the structure and organization of society, widely mentioned in this chapter, have repercussions for several segments, but especially for health care services. The aging process encompasses a series of organic and functional changes that produce results directly in the way in which the Health Care Network should be structured. Moreover, we draw attention to the profile of the elderly public and the demands related to this clientele⁽²¹⁾.

According to Nicodemo and Godoi⁽²²⁾, the female gender comprises the majority of the elderly population in all regions of the world. In addition, statistics indicate that women live, on average, five to seven years longer than men. When considering these aspects, we raise the need to organize health care in such a way that it becomes capable of meeting the main needs and weaknesses of this public, given the predominance and peculiarities concerning the elderly woman.

Based on the accelerated aging process of the Brazilian population, policies, laws, ordinances and programs were organized, aiming to meet the demands of this phenomenon, where the main ones are:



De acordo com Nicodemo e Godoi⁽²²⁾, o gênero feminino constitui maioria da população idosa em todas as regiões do mundo. Além disso, estatística aponta que as mulheres vivem, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens. Ao considerar esses aspectos, surge a necessidade de organizar o cuidado em saúde de modo que atenda às principais necessidades e fragilidades desse público, visto a predominância e as peculiaridades envoltas à mulher idosa.

Tendo como base o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira, políticas, leis, portarias e programas foram organizados, visando atender às demandas desse fenômeno, sendo os principais:

- Política Nacional do Idoso (Lei 8842, de 4 de janeiro de 1994);
- Estatuto do Idoso (aprovado em 1 de outubro de 2003 com a lei nº 10741 e publicado em 2004);
- Pacto pela Saúde e Consolidação do SUS (Portaria nº 399, publicada em fevereiro de 2006);
- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM nº 2528, 19 de outubro de 2006).

Mesmo com todas as políticas públicas já existentes, destinadas à mulher em seu ciclo de vida, ainda pode-se observar que os serviços de assistência à saúde e os profissionais de saúde tendem a priorizar uma maior quantidade de ações que direcionadas à mulher no período reprodutivo⁽²³⁾.

Para os profissionais de enfermagem, a presença crescente de pessoas idosas na sociedade com maior proporção de mulheres, desafia sua participação na formulação e implementação de políticas públicas com ações de prevenção e cuidado, visando suas necessidades. Estende-se, também, à capacidade de organizar uma rede de saúde que ofereça serviços para esse grupo populacional em qualquer situação de presença ou ausência de dependência⁽⁴⁾, e que permitam que as pessoas continuem a trabalhar de acordo com suas capacidades e preferências, ao tempo em que envelhecem. Isso poderá prevenir ou controlar incapacidades e doenças crônicas que aumentam o custo de vida, tanto no indivíduo e na família como nos sistemas de saúde⁽²⁴⁾.

Contudo, as políticas atuais que abordam a atenção primária à saúde, com enfoque na Estratégia Saúde da Família, indicam a inespecificidade na atenção ao idoso, que impactam em seu bem-estar, visto que o olhar dessa modalidade de cuidado, mesmo sob a tentativa de oferecer cuidado multidimensional, ainda assim está mais focado na doença que na funcionalidade. São necessárias propostas que não sejam restritas apenas ao controle e prevenção das DCNT, mas que envolvam a relação entre saúde física e mental, independência financeira, capacidade funcional e suporte social⁽²⁵⁾.

Ainda que existam pressões sociais como a urbanização e o envelhecimento acelerado, é importante destacar que a situação de saúde e qualidade de vida da população idosa não só depende dos recursos destinados para o setor de saúde, mas também para os mais diversos setores, como educação, alimentação, infraestrutura sanitária, habitação, meio ambiente, setor laboral e estilos de vida saudável na área de esporte, cultura, lazer e justiça. Esses eixos, quando bem desenvolvidos, realçam o papel do idoso no mercado de trabalho, na feminização da velhice, e devem contar com solidariedade social e

- National Policy for the Elderly (Law nº 8842, enacted on January 4th, 1994);
- Elderly Statute (approved on October 1st, 2003 with Law nº 10741 and published in 2004);
- ... Pact for Health and SUS Consolidation (Ordinance nº 399, published during the month of February 2006);
- National Health Policy for the Elderly Person (Ordinance MO [Minister's Office] nº 2528, published in October 19th, 2006).

Even with all the public policies already in force, focused on women in their life cycle, we can still note that health care services and health professionals tend to prioritize a greater number of actions oriented towards women in the reproductive period⁽²³⁾.

For nursing professionals, the growing presence of elderly people in society, with a higher proportion of women, urges them to take part in the formulation and implementation of public policies with prevention and care-related actions, focusing on the needs of this clientele. It also covers the ability to organize a health network capable of offering services to this population group in any situation of presence or absence of dependence⁽⁴⁾, besides enabling people to continue to work according to their capacities and preferences, over time they grow old. This can prevent or control disabilities and chronic diseases that increase the cost of living, both in the individual and in the family context and in the health systems⁽²⁴⁾.

Nevertheless, the current policies that address primary health care, focusing on the Family Health Strategy, signalize the non-specificity of elderly care, which affect their welfare, since the approach of this type of care, even based on the attempt to offer multidimensional assistance, is still more focused on the illness than on the functionality. There is a need for proposals that are not restricted only to the control and prevention of NCDs, but for those that involve the relationship among physical and mental health, financial independence, functional capacity and social support⁽²⁵⁾.

Although there are social pressures such as urbanization and accelerated aging, it is important to emphasize that the health and quality of life of the elderly population depends not only on the resources allocated to the health sector, but also on the most diverse sectors, such as, for example, education, food, sanitary infrastructure, housing, environment, labor sector and healthy lifestyles in the areas of sport, culture, leisure and justice. These axes, when well developed, highlight the role of the elderly in the job market as well as in the feminization of old age, which should be underpinned by social solidarity and participation on the part of state entities, sub-national entities, society, health professionals, families and even the elderly citizens^(25,26).



participação dos entes estaduais, entes subnacionais, a sociedade, os profissionais da saúde, as famílias e a própria pessoa idosa^(25, 26).

Considerações Finais

Ao refletir sobre a feminização da velhice, percebe-se que é uma temática importante, pois com o aumento da expectativa de vida e a redução da fecundidade aliado aos avanços tecnológicos, o envelhecimento vem sofrendo transformações em âmbito demográfico, social e epidemiológico. As mulheres idosas vêm superando o número de homens, já que a expectativa de vida das mulheres tende a ser maior que a dos homens, exatamente devido o modo de viver das mulheres que contribuem para uma maior longevidade.

A enfermagem vem participando ativamente das políticas públicas de promoção e prevenção do cuidado ao idoso, para atender as necessidades relacionadas às mudanças na estrutura etária da população. Ao tempo que o processo de envelhecimento apresenta várias alterações orgânicas e funcionais que repercutem na Rede de Atenção à Saúde, em especial à mulher idosa.

Recalcando que para fazer frente ao processo de feminização da velhice, é sugestivo uma melhoria não só do setor saúde, mas de todos os setores nos quais que repercutem direta ou indiretamente na qualidade de vida desse grupo populacional.

Esse estudo teve como limitações, a não realização de uma revisão integrativa, utilizando-se somente da literatura que apresentava um panorama geral sobre a temática de interesse. Entretanto, acredita-se que as reflexões ora realizadas possam contribuir para as práticas em enfermagem, decorrentes da contextualização da realidade brasileira e das possibilidades de atuação do enfermeiro a gestão do cuidado aos idosos.

Dessa forma, esse estudo oferecerá subsídios para novas reflexões que possa favorecer a relação entre a enfermagem e os idosos qualificando o cuidado fundamentado em bases científicas, cabendo ao enfermeiro sistematizar a atenção integral ao processo do envelhecimento. Além disso, as reflexões apresentadas irão contribuir para nortear ações para uma melhor assistência a feminização da velhice a partir da assistência de enfermagem.

Questões para reflexão

1. Que aspectos podem estar interligados à feminização da velhice?
2. Como a enfermagem pode atuar frente à saúde do idoso e feminização da velhice?

Final considerations

When reflecting on the feminization of old age, we can note that it is an important theme, because with the increase in life expectancy and the reduction of fertility combined with technological advances, aging has undergone transformations in demographic, social and epidemiological scope. The number of older women has been exceeding the number of older men, since the life expectancy of women tends to be higher than that of men, exactly due to the way of life of women, which contributes to a longer longevity.

Nursing has been actively taking part in public policies for the promotion and prevention of care for the elderly people, with a view to meeting the needs related to changes in the age structure of the population. At the same time that the aging process introduces several organic and functional changes that have an impact on the Health Care Network, especially for the elderly woman.

Emphasizing that, in order to deal with the feminization process of old age, we suggest some improvements not only in the health sector, but in all sectors that directly or indirectly affect the quality of life of this population group.

As for the limitations of this study, we should highlight the non-accomplishment of an integrative review, using only the literature that showed a general overview of the topic of interest. However, we believe that the reflections now carried out may contribute to nursing practices, derived from the contextualization of the Brazilian reality and the possibilities of the nurse's performance in the management of elderly care.

Accordingly, this study will offer subsidies for new reflections capable of fostering the relationship between the nursing field and the elderly population, thereby enhancing health care based on scientific evidence, where nurses should be responsible for systematizing the comprehensive care of the aging process. In addition, the reflections raised here will contribute to the guidance of actions to better assist the feminization of old age through nursing care.

Questions for reflection

1. What aspects can be interconnected to the feminization of old age?
2. How can nursing act towards the health of the elderly person and the feminization of old age?



Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de indicadores, 2013. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoe-rendimento/pnad2013/sintese_defau.shtm. Acesso em: 19 nov. 2019.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. PNAD Contínua. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/.pdf>. Acesso em: 02 Dez. 2019.
3. Coimbra VSA, Silva RMCRA, Joaquim FL, Pereira ER. Contribuições gerontológicas para assistência de idosos em instituição de longa permanência. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [citado 2019 Dez 02]; 71(Suppl 2): 912-919. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800912&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0357>.
4. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2016; 19 (3): 507-519. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en.
5. Araújo EC, Martins KP, Lima RJ, Costa KNFM. Concern with falls in elderly people attended in Integral Attention Center. Rev. Eletr Enf. 2016; 18:e1186.
6. Azevedo, L.M et al. Perfil sociodemográfico e condições de saúde de idosos institucionalizados Rev. Bras. Pesq. Saúde. 2016; 19(3): 16-23.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: 21 Set 2019.
8. Buffon D, Sgnaolin V, Engroff V, Viegas K, Carli GA. Prevalência e caracterização da anemia em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2015; 18(2):373-384.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral. 2014. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z?view=default>. Acesso em: 20 de outubro de 2019.
10. Nascimento MR. Feminização do envelhecimento populacional. Expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar. 2015 Faculdade de Ciências Econômicas- UFMG.
11. Ribeiro, et al. Aspectos sociodemográfico e clínico da mulher idosa com câncer de colo do útero. R Epidemiol Control Infec, Santa Cruz do Sul, 6(2):63-67, 2016.

References

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de indicadores, 2013. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoe-rendimento/pnad2013/sintese_defau.shtm. Acesso em: 19 nov. 2019.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. PNAD Contínua. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/.pdf>. Acesso em: 02 Dez. 2019.
3. Coimbra VSA, Silva RMCRA, Joaquim FL, Pereira ER. Contribuições gerontológicas para assistência de idosos em instituição de longa permanência. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [citado 2019 Dez 02]; 71(Suppl 2): 912-919. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800912&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0357>.
4. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2016; 19 (3): 507-519. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en.
5. Araújo EC, Martins KP, Lima RJ, Costa KNFM. Concern with falls in elderly people attended in Integral Attention Center. Rev. Eletr Enf. 2016; 18:e1186.
6. Azevedo, L.M et al. Perfil sociodemográfico e condições de saúde de idosos institucionalizados Rev. Bras. Pesq. Saúde. 2016; 19(3): 16-23.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: 21 Set 2019.
8. Buffon D, Sgnaolin V, Engroff V, Viegas K, Carli GA. Prevalência e caracterização da anemia em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2015; 18(2):373-384.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral. 2014. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z?view=default>. Acesso em: 20 de outubro de 2019.
10. Nascimento MR. Feminização do envelhecimento populacional. Expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar. 2015 Faculdade de Ciências Econômicas- UFMG.
11. Ribeiro, et al. Aspectos sociodemográfico e clínico da mulher idosa com câncer de colo do útero. R Epidemiol Control Infec, Santa Cruz do Sul, 6(2):63-67, 2016.



12.Almeida, et al. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. Dissertação (Mestrado em economia doméstica) – Universidade Federal de Minas Gerais. 2015.

13.Anita NL. Feminização da velhice. In: NERI, Anita Liberalesso (org.). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007, p. 47-64.

14.Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface: Comunicação, Saude, Educação [Online]. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0628.pdf>. Acesso em 19 Set 2019.

15.Cavalcanti JRD, Ferreira JA, Henriques AHB, Moraes GSN, Trigueiro JVS, Torquato IMB. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(4) Out-Dez 2014.

16.MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em 20 set 2019

17.Teixeira DBS, Cruz SPL. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. Rev Cubana de Enfermería. Vol 32, Número 4. Universidade do Estado da Bahia. Guanambi, Brasil, 2016. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-031920160004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 20 Set 2019.

18.Leone JE, Rovito MJ, Mullin EM, Mohammed SD, Lee CS. Development and testing of a conceptual model regarding men's access to health care. Am J Mens Health. 2017 Oct;11(2):262–74. Doi: <https://doi.org/10.1177/1557988316671637> Acesso em 20 Set 2019.

19.Mungioli MCP, Dantas S, Mauro R. Imagens de gênero e envelhecimento feminino na série televisiva brasileira Os Experientes. Revista Famecos, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 1-15, setembro, outubro, novembro e dezembro de 2018: ID29029. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-3729.2018.3.29029>

20.Debert GG. A reinvenção da velhice. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2012. In Mungioli MCP, Dantas S, Mauro R. Imagens de gênero e envelhecimento feminino na série televisiva brasileira Os Experientes. Revista Famecos, 2018.

21.Duarte YAO, Berzins MAVS, Giacomini KC. Política Nacional do Idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores. In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC (Org). Políticas Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016, p. 457-478. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos_capitulo19.pdf>.

12.Almeida, et al. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. Dissertação (Mestrado em economia doméstica) – Universidade Federal de Minas Gerais. 2015.

13.Anita NL. Feminização da velhice. In: NERI, Anita Liberalesso (org.). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007, p. 47-64.

14.Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface: Comunicação, Saude, Educação [Online]. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0628.pdf>. Acesso em 19 Set 2019.

15.Cavalcanti JRD, Ferreira JA, Henriques AHB, Moraes GSN, Trigueiro JVS, Torquato IMB. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(4) Out-Dez 2014.

16.MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em 20 set 2019

17.Teixeira DBS, Cruz SPL. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. Rev Cubana de Enfermería. Vol 32, Número 4. Universidade do Estado da Bahia. Guanambi, Brasil, 2016. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-031920160004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 20 Set 2019.

18.Leone JE, Rovito MJ, Mullin EM, Mohammed SD, Lee CS. Development and testing of a conceptual model regarding men's access to health care. Am J Mens Health. 2017 Oct;11(2):262–74. Doi: <https://doi.org/10.1177/1557988316671637> Acesso em 20 Set 2019.

19.Mungioli MCP, Dantas S, Mauro R. Imagens de gênero e envelhecimento feminino na série televisiva brasileira Os Experientes. Revista Famecos, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 1-15, setembro, outubro, novembro e dezembro de 2018: ID29029. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-3729.2018.3.29029>

20.Debert GG. A reinvenção da velhice. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2012. In Mungioli MCP, Dantas S, Mauro R. Imagens de gênero e envelhecimento feminino na série televisiva brasileira Os Experientes. Revista Famecos, 2018.

21.Duarte YAO, Berzins MAVS, Giacomini KC. Política Nacional do Idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores. In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC (Org). Políticas Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016, p. 457-478. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos_capitulo19.pdf>.



22.Nicodemo D, Godoi MP. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. Revista Ciência em Extensão. 2010; 6 (1): 40-53. Disponível em: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341.

23.Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

24.Organização Mundial Da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

25.Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Rev. esc. enferm. USP. 2012; 46 (6): 1494-1502. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600029&lng=en&nrm=iso.

26.Minayo MCS. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. Ciênc. saúde coletiva. 2019; 24 (1): 247-252. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232019000100247&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

22.Nicodemo D, Godoi MP. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. Revista Ciência em Extensão. 2010; 6 (1): 40-53. Disponível em: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341.

23.Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

24.Organização Mundial Da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

25.Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Rev. esc. enferm. USP. 2012; 46 (6): 1494-1502. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600029&lng=en&nrm=iso.

26.Minayo MCS. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. Ciênc. saúde coletiva. 2019; 24 (1): 247-252. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232019000100247&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.



CAPÍTULO 5

QUEDAS E INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE IDOSOS

Guilherme Guarino de Moura Sá¹
Ana Maria Ribeiro dos Santos²
Julyanne dos Santos Nolêto³

Considerações Iniciais

O processo de envelhecimento, associado às mudanças demográficas e epidemiológicas que acontece em todo o mundo, tem sido acompanhado por diversos problemas de saúde, como doenças crônicas e causas externas, com destaque para as quedas e atropelamentos. Na maioria das vezes estas causas alteram a independência funcional e comumente estão associadas ao aumento da mortalidade, da hospitalização, da institucionalização e maior consumo de serviços sociais e de saúde. No entanto, a queda é o acidente mais frequente e a principal causa de morte acidental na população com idade superior a 60 anos.

No mundo, as estimativas apontaram que, em 2012, 424.000 pessoas morreram em decorrência de quedas, e dessas, 80% ocorreram em países em desenvolvimento. Por ano, 37,3 milhões de quedas em idosos provocam consequências graves, e estas demandam assistência do serviço de saúde⁽¹⁾. Por essa razão, as quedas têm sido associadas à elevação das taxas de internação hospitalar de idosos.

Estudo que descreveu a evolução das hospitalizações por causas externas no Brasil, no período de 2002 a 2011, evidenciou a magnitude das internações por causas externas no sistema público de saúde, com expressivo aumento das hospitalizações por quedas e acidentes de transporte terrestre. Das 6.515.009 internações por causas externas em hospitais públicos do Brasil, 41% foram devidas às quedas, e destas o coeficiente de internação revelou que a maior parte das vítimas era de pessoas acima de 60 anos⁽²⁾.

Dentre as graves consequências provocadas pelo acidente por queda, o comprometimento da independência funcional perpassa as diversas dimensões da pessoa idosa, tais como a dimensão

1 Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – PPGENF/UFPI.

2 Enfermeira, Doutora em Ciência, docente do PPGENF/UFPI.

3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Universidade Federal do Piauí – UFPI.

CHAPTER 5

FALLS AND FUNCTIONAL INDEPENDENCE OF THE ELDERLY

Guilherme Guarino de Moura Sá¹
Ana Maria Ribeiro dos Santos²
Julyanne dos Santos Noleto³

Initial considerations

The aging process, coupled with the demographic and epidemiological changes taking place around the world, walks hand in hand with several health problems such as chronic diseases and external causes, especially falls and hit-and-run accidents. Most often these causes change the victim's functional independence and are commonly associated with increased mortality, hospitalization, institutionalization and increased consumption of social and health services. However, falls are the most frequent accidents and the main cause of accidental death in the population over 60 years old.

In the world, it is estimated that, in 2012, 424,000 people died as a result of falls, and of these, 80% cases occurred in developing countries. Per year, 37.3 million falls in the elderly have serious consequences and require assistance from health services⁽¹⁾. For this reason, falls have been associated with higher rates of hospital admissions of elderly people.

A study that described the evolution of hospitalizations due to external causes in Brazil from 2002 to 2011 evidenced the magnitude of hospitalizations due to external causes in the public health system, with a significant increase in hospitalizations due to falls and land transportation accidents. Of 6,515,009 hospitalizations due to external causes in public hospitals in Brazil, 41% were due to falls, and of these, the hospitalization rate revealed that most of the victims were people over 60 years of age⁽²⁾.

Among the serious consequences of falls, the impairment of functional independence permeates the various dimensions of the life of elderly people, such as the biological, functional, psychological and social dimensions. Functional independence becomes the result and the determinant factor of the health conditions of the elderly. It is thus imperative that incapacities be identified early by health professionals so as to prevent their more serious consequences.

1 Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – PPGENF/UFPI.

2 Enfermeira, Doutora em Ciência, docente do PPGENF/UFPI.

3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Membro do Grupo de Estudos em Envelhecimento e Causas Externas de Morbimortalidade- GEECEM/ UFPI. Universidade Federal do Piauí - UFPI. E-mail: julyanne.noleto@gamil.com



biológica, funcional, psicológica e social. Ademais, a independência funcional, torna-se resultante e determinante das condições de saúde do idoso. Desta forma, é imprescindível que as incapacidades sejam identificadas precocemente pelos profissionais da saúde, e desse modo, prevenidas as graves consequências produzidas por elas.

A própria senescência causa declínio da independência funcional e traz importantes limitações ao idoso, porém um evento como a queda, que pode ter como consequência a fratura, pode trazer implicações catastróficas como o fim temporário ou mesmo permanentes de uma vida autônoma e independente.

Objetivos

Compreender aspectos epidemiológicos e funcionais dos acidentes por quedas em idosos.

Conhecer instrumentos de avaliação da independência funcional de idosos preconizados pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Quedas em idosos: um problema de saúde pública

Entre as causas externas que afetam os idosos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta a queda como um grave problema de saúde pública em todo o mundo e a define como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade⁽³⁾.

No mundo, aproximadamente 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem quedas a cada ano, e esta prevalência aumenta com a idade, a fragilidade e a institucionalização do idoso (WHO, 2012)⁽¹⁾. No Brasil, um estudo que analisou a tendência da morbimortalidade por quedas em idosos, registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, no período de 1996 a 2012, identificou que, as taxas de internação aumentaram e variaram de 2,58 a 41,37 internações por 10.000 idosos, respectivamente. Em relação às taxas de mortalidade, estas aumentaram de 1,25, para 3,75, no período estudado, respectivamente, e aumentaram em todas as regiões do país e nas capitais dos estados⁽⁴⁾.

Outro estudo realizado no Brasil indicou que, no ano de 2013, as causas externas foram a terceira causa de óbito na população geral (151.683 óbitos) e a sétima causa de morte entre as pessoas com idade acima de 60 anos (26.933 óbitos), sendo a queda a principal causa dos óbitos nesta faixa etária (8.775)⁽⁵⁾.

Senescence itself causes a decline in functional independence and brings important limitations to the elderly, but events such as falls that can result in fractures may have catastrophic implications such as temporary or even permanent end of an autonomous, independent life.

Objectives

Understand epidemiological and functional aspects of accidents involving falls in the elderly.

Know instruments for assessing the functional independence of the elderly advocated by the National Health Policy for the Elderly.

Falls in the elderly: a public health problem

Among the external causes that affect the elderly, the World Health Organization (WHO) points to falls as a serious public health problem worldwide and defines it as an event which results in a person coming to rest inadvertently on the ground or floor or other lower level associated with inability to correct it in a timely manner, determined by multifactorial conditions that compromise the stability⁽³⁾.

In the world, approximately 28% to 35% of people over 65 years of age suffer falls each year, and this prevalence increases with age, fragility and institutionalization of the elderly (WHO, 2012)⁽¹⁾. In Brazil, a study that analyzed morbidity and mortality trends from falls in the elderly from 1996 to 2012 recorded in the Mortality Information System (MIS) of the Ministry of Health identified that hospitalization rates increased and ranged from 2.58 to 41.37 admissions per 10,000 elderly, respectively. Mortality rates increased from 1.25 to 3.75 in the study period, respectively; this increase happened in all regions of the country and state capitals⁽⁴⁾.

Another study carried out in Brazil indicated that external causes were the third cause of death in the general population (151,683 deaths) and the seventh cause of death among people aged over 60 (26,933 deaths) in 2013; falls are the main cause of death in this age group (8,775)⁽⁵⁾.

Regarding the demographic profile of elderly people who suffered accidents due to falls, international and national studies indicate that women and older elderly are the main victims of falls, and these occur mainly in the domestic environment⁽⁶⁻⁸⁾.

The main explanations for this situation are linked to the physical-functional decline, motor impairment, fragility and consequences of chronic diseases, which are aggravated over the years, cause a differentiated performance between men and women, and contribute to the increased risk of falls in women compared to men⁽⁹⁾. On the other hand, as culturally determined, men develop activities that require greater corporal and physiological effort throughout life. This is an aspect that contributes to the maintenance of the muscular mass and it seems to be one of the factors of protection against falls.



Em relação ao perfil demográfico dos idosos que sofreram acidentes por quedas, estudos internacionais e nacionais apontam que as mulheres e os idosos mais velhos são as principais vítimas de queda e estas acontecem, sobretudo, no ambiente doméstico⁽⁶⁻⁸⁾.

As principais explicações para isto estão ligadas ao declínio físico-funcional, o distúrbio motor, a fragilidade e as consequências das doenças crônicas, que são agravados com o passar dos anos e diferenciam entre homens e mulheres e contribui para o aumento do risco de quedas em mulheres, comparadas aos homens⁹. Por outro lado, culturalmente, ao longo da vida os homens desenvolvem atividades que exigem maior esforço corporal, e fisiologicamente, este é um aspecto que contribui para a manutenção da massa muscular, que parece ser um dos fatores de proteção contra queda.

O processo de senescência causa, entre outras alterações importantes, enrijecimento dos tendões, que comprometem a força muscular dos idosos e desenvolve a sarcopenia. Nas mulheres, a perda de sais minerais é maior que nos homens e os níveis de estrogênio diminuem. Estas condições favorecem o aparecimento da osteoporose, que aumenta a vulnerabilidade para fraturas nessa população⁽¹⁰⁾.

O ambiente doméstico desorganizado e desestruturado configura-se como potencial risco de queda para idosos. Com o passar dos anos, as condições estruturais da moradia não acompanham, naturalmente, as necessidades físicas e funcionais do envelhecimento, que demandam reorganização desse ambiente. Desta forma, sendo o domicílio o local em que o idoso passa a maior parte do seu tempo, torna-se necessário o investimento dos profissionais em intervenções de educação em saúde, para conscientizar o idoso e seus familiares, das imprescindíveis alterações no ambiente doméstico com vistas a reduzir os riscos de queda.

As causas para ocorrência desses acidentes nas pessoas idosas permeiam, principalmente, as mudanças biológicas associadas à idade mencionadas anteriormente e ocorrem como resultado de uma complexa interação de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos.

Os fatores intrínsecos para quedas em idosos estão relacionados com as alterações fisiológicas do envelhecimento, tais como: idade, sexo feminino, escolaridade, renda, problemas de saúde, alteração da marcha e do equilíbrio, déficit cognitivo, alterações da visão, alterações ortopédicas, estado psicológico, polifarmácia (uso de quatro ou mais fármacos em uso simultâneo), sedentarismo, percepção de saúde e limitações funcionais⁽¹¹⁻¹³⁾.

Para redução desses fatores, é imperativo o autocuidado e cuidado interdisciplinar, uma vez que, possíveis fatores comportamentais, como o sedentarismo, podem ser diminuídos com condutas individuais orientadas.

Os fatores extrínsecos relacionam-se às circunstâncias do ambiente público e doméstico e circunstâncias sociais que oferecem risco ao idoso, tais como: calçadas inapropriadas, buracos, presença de escadas sem corrimão e com degraus altos e/ou estreitos, tapetes soltos, iluminação insuficiente, piso irregular e/ou escorregadio, roupas e calçados inadequados⁽¹¹⁻¹³⁾.

Para atenuar estes fatores de risco são necessários esforços pessoais e familiares, sociais e políticos, uma vez que, muitas vezes, não basta o interesse próprio, mas investimentos financeiros

The senescence process causes, among other important alterations, the stiffening of tendons with negative effects and compromising the muscular strength of the elderly, who develop sarcopenia. In women, the loss of mineral salts is greater than in men, and estrogen levels decrease. These conditions favor the appearance of osteoporosis, a disease that increases the vulnerability to fractures in this population⁽¹⁰⁾.

Disorganized and unstructured domestic environments represent a potential risk for falls in the elderly. The structural housing conditions do not naturally accompany the physical and functional needs imposed by aging, imposing the need to reorganize this environment. As the home is the place where the elderly spend most of their time, professionals must invest in health education interventions to make the elderly and their families aware of the essential changes in the domestic environment to reduce the risk of falls.

The causes these accidents in elderly people mainly permeate the age-related biological changes above mentioned and occur as a result of a complex interaction of intrinsic and extrinsic risk factors.

Intrinsic factors for falls in the elderly are related to the physiological alterations of aging, such as: age, female sex, schooling, income, health problems, gait and balance alteration, cognitive deficit, vision alterations, orthopedic alterations, psychological, poly-pharmacy (simultaneous use of four or more drugs), sedentarism, health perception and functional limitations⁽¹¹⁻¹³⁾.

Self-care and interdisciplinary care are imperative to reduce these factors, because possible behavioral factors such as sedentary lifestyle can be reduced by guiding individuals on their behaviors.

Extrinsic factors relate to the circumstances of public and domestic environments and social circumstances that pose risks to the elderly such as inappropriate sidewalks, holes, and the presence of ladders without handrails and with high and/or narrow steps, loose rugs, insufficient lighting, uneven and/or slippery flooring, inadequate clothing and footwear⁽¹¹⁻¹³⁾.

To mitigate these risk factors, personal and family, social and political efforts are necessary. Interest is often not enough; it is necessary public or private financial investments to encourage changes. The health sector should, through professionals, diagnose the environmental risks to fall that can be in public or home environment. The health sector must also program efficient interventions with a view to reducing accidents that cause injuries and risk of death.

Also, the greater vulnerability of elderly people to falls comes from the high prevalence of comorbidities in this population. Their reaction time is longer, and the effectiveness of motor strategies of body balance is low, factors that may transform a slight fall into a potentially dangerous event⁽¹⁴⁾.

Falls can be classified as⁽¹⁵⁾:

- Accidental falls: when it is caused by a potentially dangerous environment, such as architectural barriers and stumbling objects.
- Unexplained recurrent falls: when there is evidence of predisposing intrinsic factors, such as multiple diseases and poly-pharmacy.



públicos ou privados para incentivo às mudanças. O setor saúde deve, por meio dos profissionais, diagnosticar os riscos ambientais para queda, sejam eles em ambiente público ou domiciliar, e programar intervenções eficientes, com vistas a reduzir os acidentes que causam lesões e risco de morte.

Outrossim, a maior vulnerabilidade dos idosos para a queda deve-se à alta prevalência de comorbidades presentes nesta população. O aumento do tempo de reação e diminuição da eficácia das estratégias motoras do equilíbrio corporal pode transformar uma queda leve num evento potencialmente perigoso⁽¹⁴⁾.

A queda pode ser classificada em⁽¹⁵⁾:

- Queda acidental: quando é causada por um ambiente potencialmente perigoso, tais como barreiras arquitetônicas e tropeços em objetos;
- Queda de repetição não justificada: quando ocorre a evidência de fatores intrínsecos predisponentes, tais como múltiplas doenças e polifarmácia;
- Queda prolongada: acontece quando o idoso permanece no chão por mais de 15 a 20 minutos com dificuldade de levantar-se sem ajuda. Indica um mal prognóstico para a vida e funcionalidade do idoso.

Entre as complicações decorrentes de quedas, destacam-se o medo de cair novamente, dificuldade para levantar-se sem auxílio, comprometimento da independência, lesões e morte do idoso. Além disso, estudos têm mostrado a influência das quedas na qualidade de vida de idosos⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

As lesões são as principais consequências da queda na pessoa idosa, e entre essas destaca-se a fratura de fêmur. Esta é uma importante causa de internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e ocorre em aproximadamente um quarto das fraturas pós-quedas, o que aumenta os custos sociais e econômicos. Além dessa consequência direta, o acidente por queda pode levar ainda a restrição de atividades devido a dores, incapacidades, atitudes protetoras de familiares e cuidadores ou mesmo por aconselhamento de profissionais de saúde⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Mesmo que não haja lesão física, as vítimas de queda podem temer em repetir o acidente (síndrome pós-queda) e, por isso, reduzem suas atividades. Esse comportamento pode causar dependência desnecessária, perda de função, menor socialização e qualidade de vida insatisfatória²². Ao considerar que o processo de envelhecimento acarreta declínios ao equilíbrio corporal, em que se estima que a prevalência de queixas de déficit de equilíbrio na população acima de 65 anos chegue a 85%, deve-se considerar a queda como potencial influenciador de distúrbios do equilíbrio corporal⁽²³⁾.

Destarte, ao considerar que as quedas são graves acidentes, de alta incidência na população acima de 60 anos, e que, neste cenário, a manutenção da autonomia e independência da pessoa idosa é afetada, são necessários investimentos científicos e técnicos para reduzir, prevenir tais acidentes e preservar a independência funcional.

- Prolonged fall: it occurs when the elderly person remains on the ground for more than 15 to 20 minutes with difficulty getting up without help. It indicates a poor prognosis for the life and function of the elderly.

Among the complications of falls are: fear of falling again, difficulty getting up without help, impaired independence, injuries and death of the elderly. Studies have demonstrated the influence of falls on the quality of life of the elderly⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Lesions are the main consequences of falls in elderly people, and among these femur fractures stand out. Femur fractures are an important cause of hospitalization in the Unified Health System (SUS) and occur in approximately one quarter of post-fall fractures, increasing social and economic costs. In addition to this direct consequence, falls are accidents that may also lead to the restriction of activities due to pain, disability, protective attitudes of family members and caregivers or even by the advice of health professionals⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Even when there is no physical injury, victims of falls may be afraid of experiencing the accident once again (post-fall syndrome) and, therefore, reduce their activities. This behavior can cause unnecessary dependence, functional losses, less socialization and poor quality of life (ELIOPOULOS, 2011)⁽²²⁾. When considering that the aging process leads to declines in body balance, where it is estimated that the prevalence of complaints of balance deficit in the population over 65 years old reaches 85%, falls should be considered a potential influencer of body balance disorders⁽²³⁾.

Therefore, considering that falls are serious accidents, with a high incidence in the population aged above 60 years, and that in this scenario the maintenance of autonomy and independence of the elderly is affected, scientific and technical investments are necessary to reduce and prevent such accidents and preserve functional independence.

Functional Independence of the Elderly

To promote the experience of the aging process with full physical and psychological well-being, health professionals, especially nurses, must consider strategies to preserve the elderly's autonomy and independence. Autonomy is defined by WHO as the "ability of individuals to control, handle and make personal decisions about how to live daily, according to their own rules and preferences" (WHO, 2005, p.14). Functional independence of the elderly involves the execution of daily activities and is directly related to self-care, caring for their environment and social participation⁽²⁵⁾.

In elderly people who are affected by geriatric syndromes such as falls with catastrophic implications such as injuries and the temporary or even permanent end of an autonomous and independent life, it is important that functional independence be evaluated by health professionals, to monitor the losses and the rehabilitation of the elderly.



Independência Funcional de Idosos

Para que o envelhecimento seja vivido com pleno bem-estar físico e psíquico, a atuação do profissional de saúde, sobretudo o enfermeiro, deve considerar estratégias para preservação da autonomia e independência. A autonomia é assim definida pela OMS como a “habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências”⁽²⁴⁾. A independência funcional envolve a execução das atividades desenvolvidas diariamente e estão diretamente relacionadas ao autocuidado, ao cuidado de seu entorno e à participação social⁽²⁵⁾.

Em idosos que são acometidos por síndromes geriátricas, como os acidentes por queda, que podem predispor implicações catastróficas, tais como lesões e o fim temporário ou mesmo permanentes de uma vida autônoma e independente, é importante que a independência funcional seja avaliada por profissionais de saúde, para acompanhamento das perdas e avaliação da reabilitação dos idosos, principalmente daqueles que sofrem esses acidentes.

Comprometimentos na independência de idosos podem desempenhar papel importante na interação multicausal de quedas, e podem representar fator de risco independente para mortalidade. Por essa razão, estudiosos na área da gerontologia buscam, com as novas tecnologias e pesquisas, não só prolongar os anos de vida, mas também prolongar, ao máximo, o surgimento de incapacidades e dependências, para cada vez mais próximo ao limite biológico. Nesse contexto, a manutenção da independência funcional da população idosa é uma importante ferramenta para o envelhecimento ativo^(12,26-27).

Partindo de bases teóricas, Katz propôs um modelo que denominou de Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs), que são atividades relacionadas ao autocuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las, a saber: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro, controlar suas necessidades fisiológicas⁽²⁸⁾.

Para cada atividade o idoso é classificado como dependente (0 pontos) ou independente (1 ponto). Se o idoso recusa, ou não está habituado a fazer determinada atividade, classifica-se como dependente nessa atividade. A pontuação final resulta da soma da pontuação das 6 atividades e varia entre 0 (dependente) a 6 pontos (independente), correspondendo a pontuação ao número de AVDs em que o idoso é independente. Durante a aplicação da escala, a informação pode ser obtida por meio da observação direta ao idoso e/ou respostas de familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde⁽²⁸⁾.

Ademais Lawton e Brody conceberam outro conjunto de atividades, que denominaram Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). Estas relacionam a participação do idoso em seu entorno social e indicam a sua capacidade de levar uma vida independente dentro da comunidade, a saber: utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições, cuidar das próprias finanças⁽²⁹⁾.

Cada atividade tem vários níveis de dependência (3 a 5). Para cada atividade o idoso é classificado como dependente (0 pontos) ou independente (1 ponto). A pontuação final resulta da soma

Compromised independence of the elderly may play an important role in the multi-etiological interaction of falls and may represent an independent risk factor for mortality. For this reason, gerontology researchers seek, with new technologies and research, not only to prolong the years of life, but also to delay, as far as possible, the appearance of disabilities and dependencies, gradually closer to the biological limit. In this context, maintaining the functional independence of the elderly population is an important tool for active aging^(12,26-27).

With theoretical bases as starting point, Katz proposed a model that he called Basic Activities of Daily Living (BADLs) which are activities related to self-care and, in the case of limited performance, they usually require the presence of a caregiver to assist the elderly person in tasks such as feeding, bathing, dressing, moving around, walking, going to the bathroom, and controlling physiological needs⁽²⁸⁾.

For each activity, the elderly is classified as dependent (0 points) or independent (1 point). If the elderly person refuses, or is not accustomed to do a certain activity, the person is classified as dependent on this activity. The final score results from the sum of the scores of the 6 activities and ranges from 0 (dependent) to 6 points (independent), corresponding to the number of BADLs in which the elderly are independent. During the application of the scale, information can be obtained through direct observation of the elderly and/or responses of family members or caregivers. It can be applied by physicians, nurses or other health professionals⁽²⁸⁾.

Lawton and Brody also devised another set of activities that they denominated Instrumental Activities of Daily Life (IADLs). These relate to the participation of the elderly in their social environment and indicate their ability to lead an independent life within the community, using transportation, handling medicines, shopping, making light and heavy housework, using the telephone, preparing meals, and taking care of their own finances⁽²⁹⁾.

Each activity has several levels of dependence (3 to 5). For each activity the elderly is classified as dependent (0 points) or independent (1 point). The final score results from the sum of the score of the 8 IADLs and ranges from 0 to 8 points, corresponding to the number of IADLs in which the elderly is independent. Information can be obtained through the application of a direct questionnaire to the elderly, relatives or caregivers. It can be applied by physicians, nurses or other health professionals⁽²⁹⁾.

Social interaction activities such as religious, leisure and political involvement are considered as Advanced Activities of Daily Living (AADLs) because they require more than physical and cognitive capacity and need interest in social engagement, besides initiative⁽³⁰⁻³¹⁾.

The use of the three functional levels of activity was proposed by Reuben and Solomon: basic (ADLs), instrumental (IADLs) and advanced (AADLs) activities. However, in clinical practice, the evaluation of advanced activities of daily living is not performed in a systematic way and has not yet been incorporated into gerontological evaluations^(30,32).

Functional limitations related to the accomplishment of activities of daily living and instrumental activities of daily living have been associated with the occurrence of falls in the community. In this



da pontuação das 8 AIVDs e varia entre 0 a 8 pontos, correspondendo ao número de AIVD em que o idoso é independente. A informação pode ser obtida por meio da aplicação de um questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde⁽²⁹⁾.

As atividades de interação social, como as religiosas, de lazer e envolvimento político, por envolver mais que a capacidade física e cognitiva, são consideradas como Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD), já que necessitam, além de iniciativa, do interesse no engajamento social⁽³⁰⁻³¹⁾.

O uso dos três níveis funcionais de atividade foi proposto por Reuben e Solomon: básicas (AVDs), instrumentais (AIVDs) e avançadas (AAVDs). No entanto, na prática clínica, a avaliação das atividades avançadas de vida diária não é realizada de forma sistemática e ainda não foi incorporada à avaliação gerontológica^(30,32).

Limitações funcionais relacionadas com a realização de atividades de vida diária e de atividades instrumentais de vida diária têm sido associadas com a ocorrência de quedas na comunidade. Nesse sentido, estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que os idosos que apresentaram pelo menos uma limitação nas AVD foram os mais propensos a sofrerem quedas na comunidade. E, idosos com baixa autoconfiança em realizar atividades cotidianas tendem a ter diminuição progressiva da independência funcional ao longo do tempo, e esse medo está também associado ao risco de quedas no futuro⁽³³⁾.

Manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para a população e governantes. Com isso, a investigação da independência funcional é um dos importantes marcadores da saúde do idoso, e emerge como componente-chave para a avaliação da saúde dessa população, sobretudo no acompanhamento de idosos vítimas de acidentes que levam à limitação funcional^(24,34).

Ademais a avaliação funcional é preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), e pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva os níveis no qual uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas, utilizando diferentes habilidades. Representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades de autocuidado⁽³⁵⁾.

Existem diversos instrumentos, cada um com suas peculiaridades e direcionados a uma população específica, no entanto todos com o objetivo de mensurar a independência funcional do idoso avaliado. Esses instrumentos podem ser aplicados por meio de autorrelato, quando preenchido pela própria pessoa avaliada. Porém, podem sofrer influências do estado cognitivo e emocional do participante, uma vez que alterações cognitivas podem indicar desempenhos falsos e superestimar incapacidades⁽³⁶⁻³⁹⁾.

Além do Índice de Katz e a Escala de Lawton e Brody, estão também entre os principais métodos internacionais para a avaliação do estado funcional de idosos a Medida de Independência Funcional (MIF) e o Índice de Barthel.

A MIF, diferentemente das outras escalas de avaliação funcional, consegue quantificar de forma objetiva a necessidade de ajuda ou a dependência parcial; aspecto que favorece a elaboração de projeto terapêutico e permite a distinção das dificuldades e as incapacidades reais do paciente⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

sense, a study conducted in the United States showed that elderly people who presented at least one limitation in ADLs were the most likely to suffer falls in the community. Moreover, elderly people with low self-confidence in daily activities tend to have a progressive decrease in functional independence over time and this fear is also associated with the risk of falls in the future⁽³³⁾.

Maintaining autonomy and independence during the aging process is a key goal for the population and government. Thus, the investigation of functional independence is one of the important health indicators among the elderly and emerges as a key component in the health evaluation of this population, especially in the follow-up of elderly victims of accidents that lead to functional limitation^(24,34).

Functional assessment is also advocated by the National Policy for the Health of Elderly People (NPHEP) and can be understood as a systematic attempt to objectively assess the levels at which a person is functioning in a variety of areas, using different skills. It represents a way of measuring whether or not a person is capable of performing self-care activities⁽³⁵⁾.

There are several instruments, each one with its peculiarities and directed to a specific population, but all with the objective of measuring the functional independence of the evaluated elderly. These instruments can be self-applied, when completed by the person evaluated. However, they may be influenced by the participant's cognitive and emotional state, since cognitive alterations may indicate false performances and overestimate disabilities⁽³⁶⁻³⁹⁾.

In addition to the Katz Index and the Lawton and Brody Scale, the Functional Independence Measure (FIM) and the Barthel Index are also among the major international methods for evaluating the functional status of the elderly.

Unlike the other functional evaluation scales, the FIM can objectively quantify the need for help or partial dependence. This aspect favors the elaboration of a therapeutic project and allows the distinction of the patient's real difficulties and incapacities⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

The FIM is divided into: motor and cognitive-social domains. The motor items are subdivided into dimensions of self-care, sphincter control, transfers and locomotion. Cognitive items are subdivided in communication and social cognition dimensions. It consists of 18 items that check the following tasks: feeding, morning hygiene, bathing, dressing up and below the waist, use of the toilet, urine and stool sphincter control, bed transfer to the chair or chair wheels, transfer to the toilet, transfer to the shower, locomotion, use of stairs, understanding, expression, social interaction, problem solving and memory⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

Each item can receive a score from 1 to 7, corresponding to: total dependency (1), maximum dependency (2), moderate dependency (3), minimum dependency (4), supervision (5), modified independence (6) and total independence (7). The final score ranges from 18 to 126 points. The score obtained in each area is summed up to two subtotals, referring respectively to motor and cognitive functions. The final score is obtained through the sum of the two, whose minimum is 18 points, a level



A MIF é dividida em domínios: o motor e o cognitivo-social. Os itens motores estão subdivididos em dimensões de autocuidado, controle de esfíncteres, transferências e locomoção. Os cognitivos, em dimensões de comunicação e cognição social. Consiste de 18 itens, que verificam as seguintes tarefas: alimentação, higiene matinal, banho, vestir-se acima e abaixo da cintura, uso do vaso sanitário, controle de esfíncter da urina e das fezes, transferência do leito para a cadeira ou cadeira de rodas, transferência para o vaso sanitário, transferência para o chuveiro, locomoção, utilização de escadas, compreensão, expressão, interação social, resolução de problemas e memória⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

Cada item pode receber uma pontuação de 1 a 7, correspondendo a: dependência total (1), dependência máxima (2), dependência moderada (3), dependência mínima (4), supervisão (5), independência modificada (6) e independência total (7). A pontuação final varia de 18 a 126 pontos. A pontuação adquirida em cada área é somada obtendo dois subtotais, referentes respectivamente para as funções motora e cognitiva. A pontuação final é obtida com a soma dos dois, cujo mínimo são 18 pontos, o que caracteriza altíssimo nível de dependência, e cujo máximo, 126 pontos, revela independência completa⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

Para a utilização da MIF com fins de pesquisa ou acompanhamento clínico é exigido um treinamento formal, realizado por profissional capacitado para seu uso.

O Índice de Barthel avalia o nível de independência da pessoa idosa para a realização de dez AVD: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Tem o objetivo de avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente. Pode ser preenchido por observação direta ou por intermédio de registros clínicos⁽⁴³⁾.

Cada atividade apresenta entre 2 a 4 níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência. Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica dependência total; 21-60: dependência grave; 61-90: dependência moderada; 91-99: dependência muito leve e 100: independência⁽⁴³⁾.

A escolha do instrumento de avaliação funcional deve ser criteriosa, diante das várias opções propostas. O profissional deve observar os objetivos clínicos e terapêuticos pretendidos e a fundamentação científica e terapêutica para uso do instrumento. Desse modo, os enfermeiros devem apropriar-se do uso das escalas de avaliação geriátrica, de maneira que estas os auxiliem no diagnóstico situacional dos problemas geriátricos, como a dependência funcional e fatores de risco para quedas; e ainda, direcione as condutas preventivas durante a assistência de enfermagem.

Cabe, assim, às autoridades de saúde desenvolver ações intersetoriais para prevenção de incapacidades no idoso, fundamentadas nos determinantes para promoção de um envelhecimento ativo. O enfermeiro deve atuar neste cenário na condução de pesquisas voltadas à prevenção desse problema e reabilitação, com vistas à promoção de um envelhecimento saudável, em que a pessoa idosa viva com autonomia e independência.

that characterizes a very high dependence, and whose maximum is 126 points and indicates complete independence⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

Formal training by a qualified professional is required for the use of the FIM for research or clinical follow-up.

The Barthel Index assesses the level of independence of elderly people to perform ten ADLs: eating, personal hygiene, toilet use, bathing, dressing and undressing, sphincter control, walking, chair-to-bed transfer, moving up and down the stairs. It aims to assess whether the patients are able to perform certain tasks independently. It can be completed by direct observation or by means of clinical records⁽⁴³⁾.

Each activity has between 2 and 4 levels of dependence, where 0 corresponds to total dependency and 5, 10 or 15 corresponds to independence with different dependency levels. On a scale of 10 items, its total score can range from 0 to 100, with the total of 0-20 indicating total dependence; 21-60: severe dependence; 61-90: moderate dependence; 91-99: very light dependence and 100: independence⁽⁴³⁾.

The choice of the functional assessment instrument should be judicious in view of the various options proposed. Professionals must observe the intended clinical and therapeutic objectives and the scientific and therapeutic basis for using the instrument. Thus, nurses should use geriatric assessment scales to help them in the situational diagnosis of geriatric problems, such as functional dependence and risk factors for falls as well as guide on preventive behaviors during nursing care.

It is therefore incumbent upon the health authorities to develop intersectoral actions for the prevention of disabilities in elderly people based on the determinants for the promotion of active aging. Nurses must act in this scenario in conducting research aimed at preventing this problem and rehabilitation, with a view to promoting a healthy aging, where elderly people can live with autonomy.

Final considerations

The decline in functional independence is a serious consequence of falls since it may determine limits on the social participation of the elderly. Because it is a multifactorial event of high therapeutic complexity and difficult to prevent, falls requires a multidisciplinary approach. In addition, because they represent a global public health problem and compromise the functionality of the elderly people, it is evident the importance of restoring autonomy and independence after these events.

The phenomenon of human aging delineates a series of social, cultural and epidemiological implications. Elderly people have a higher prevalence of morbidities and disabilities. Therefore, it is even more important to reflect on the training of human resources and allocation of professionals, so that they may be able to recognize the incapacitating process and actively act using the tools made available through the Ministry of Health programs in the area where they act professionally.



Considerações Finais

O declínio da independência funcional é uma grave consequência dos acidentes por queda, uma vez que pode determinar limites na participação social do idoso. Por ser um evento de causa multifatorial, de alta complexidade terapêutica e de difícil prevenção, a queda exige, dessa forma, uma abordagem multidisciplinar. Ademais, por ser um problema de saúde pública mundial e que compromete a funcionalidade da pessoa idosa, evidencia-se a importância do restabelecimento da autonomia e independência após este evento.

O fenômeno do envelhecimento humano delinea uma série de implicações sociais, culturais e epidemiológicas, uma vez que, nos idosos, a prevalência de morbidades e incapacidades é maior. Torna-se, portanto, ainda mais importante a reflexão sobre a formação de recursos humanos e alocação de profissionais, de modo que sejam capazes de reconhecer o processo incapacitante e atuar ativamente, com uso das ferramentas disponíveis pelos programas do Ministério da Saúde na área em que atuam profissionalmente.

As mudanças ocorridas nos perfis demográfico e epidemiológico da população brasileira exigem adaptação e melhorias nos serviços de saúde. Destacam-se, portanto, como desafios relacionados à saúde decorrentes do envelhecimento da população a prevenção de doenças e fragilidades, a manutenção da saúde e preservação da independência e a autonomia.

É preciso investir na educação permanente dos profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, quanto ao conhecimento sobre os fatores de risco para quedas em idosos, intervenções para prevenção desses acidentes, prevenção de perdas funcionais e cuidados a idosos dependentes. Ademais, devem ser incluídos nas ações de educação em saúde dos enfermeiros atuantes na atenção básica, os cuidados que devem ser praticados por familiares, cuidadores e idosos para que novos acidentes não aconteçam.

Considera-se, assim, que os acidentes por quedas em idosos os leva ao comprometimento da independência funcional, que determina limitações para as atividades da vida diária, os quais exigem assistência de equipe qualificada, com conhecimento sobre a senescência, estratégias de prevenção contra quedas e para a manutenção e promoção da autonomia e independência entre idosos.

Questões para reflexão

1. Ao considerar os aspectos funcionais do envelhecimento, como o enfermeiro pode atuar na prevenção de perdas funcionais e na manutenção da independência de idosos vítimas de queda?
2. Quais estratégias podem ser adotadas pelos enfermeiros para a efetiva implementação do uso de instrumentos para avaliar a independência funcional da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde?

Demographic and epidemiological profile changes of the Brazilian population require adaptation and improvements in health services. Therefore, health-related challenges resulting from the aging of the population are highlighted as a tool for prevention of diseases and fragilities, maintenance of health, and preservation of independence and autonomy.

It is necessary to invest in the continuing education of health professionals, in particular nurses, in terms of knowledge about the risk factors for falls in the elderly, interventions to prevent such accidents, prevention of functional losses and care for dependent elderly. In addition, care should be included in the actions of health education of nurses working in the primary health care network, care that should be practiced by family members, caregivers and the elderly so as to avoid further accidents.

Therefore, we consider that accidents due to falls in elderly people lead to the impairment of functional independence, determining limitations for activities of daily living, so requiring the assistance of qualified teams with knowledge on senescence, fall prevention strategies and for the maintenance and promotion of autonomy and independence among the elderly.

Questions for reflection

1. When considering the functional aspects of aging, how can nurses act to prevent functional losses and maintain the independence of elderly victims of falls?
2. What strategies can be adopted by nurses to effectively implement the use of instruments to assess the functional independence of the elderly in Primary Health Care?

References

- 1 World Health Organization. Falls: fact sheet n° 344. Geneva: WHO; 2012.
- 2 Mascarenhas MDM, Barros MBA. Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde – Brasil, 2002 a 2011. *Epidemiol serv saúde* [Internet]. 2015 Mar [cited 2018 May 23];24(1):19-29. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00019.pdf>
- 3 World Health Organization. Injuries and violence: the facts [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2018 May 23]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44288/9789241599375_eng.pdf?sequence=12
- 4 Abreu DROM, Novaes ES, Oliveira RR, Mathias TAF, Marcon SS. Fall-related admission and mortality in older adults in Brazil: trend analysis. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018 Apr [cited 2018 May 23];23(4):1131-41. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n4/en_1413-8123-csc-23-04-1131.pdf



Referências

1 World Health Organization. Falls: fact sheet n° 344. Geneva: WHO; 2012.

2 Mascarenhas MDM, Barros MBA. Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde – Brasil, 2002 a 2011. *Epidemiol serv saúde* [Internet]. 2015 Mar [cited 2018 May 23];24(1):19-29. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00019.pdf>

3 World Health Organization. Injuries and violence: the facts [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2018 May 23]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44288/9789241599375_eng.pdf?sequence=12

4 Abreu DROM, Novaes ES, Oliveira RR, Mathias TAF, Marcon SS. Fall-related admission and mortality in older adults in Brazil: trend analysis. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018 Apr [cited 2018 May 23];23(4):1131-41. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n4/en_1413-8123-csc-23-04-1131.pdf

5 Ministério da Saúde (BR). Mortalidade – 1996 a 2013, pela CID 10 [Internet]. Brasília: DATASUS; 2013 [cited 2018 May 23]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10>

6 Rodríguez-Molinero A, Narvaiza L, Gálvez-Barrón C, Cruz JJ, JorgeRuíz, NataliaGonzalo, et al. Caídas en la población anciana española: incidência, consecuencias y factores de riesgo. *Rev esp geriatr gerontol* [Internet]. 2015 Dec [cited 2018 May 25];50(6):274-80. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X15000931?via%3Dihub>

7 Pin S, Spini D. Impact of falling on social participation and social support trajectories in a middle-aged and elderly European sample. *SSM Popul Health* [Internet]. 2016 Dec [cited 2018 May 23];2:382-9. Available from: https://ac.els-cdn.com/S2352827316300234/1-s2.0-S2352827316300234-main.pdf?_tid=b311d4a3-0fba-4564-8ac4-64c5b652af26&acdnat=1530030644_f634d2a919890817ec96af0f2f39e8c3

8 Santos AMR, Pereira DBD, Carvalho LCS, Madeira MZA, Andrade EMLR. Domestic accidents with elderly assisted in an urgency hospital. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2016 June [cited 2018 May 23];18:e1169. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/36569/21677>

9 Soares WJS, Moraes SA, Ferriolli E, Perracini MR. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2014 Mar [cited 2018 May 23];17(1):49-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00049.pdf>

10 Fachine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Rev Cient Int* [Internet]. 2012 [cited 2018 May 23];1(20):106-94. Available from: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>

11 Tinetti ME, Williams CS. The effect of falls and fall injuries on functioning in community-dwelling older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 1998 Mar [cited 2018 May 23];53(2):M112-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9520917>

5 Ministério da Saúde (BR). Mortalidade – 1996 a 2013, pela CID 10 [Internet]. Brasília: DATASUS; 2013 [cited 2018 May 23]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10>

6 Rodríguez-Molinero A, Narvaiza L, Gálvez-Barrón C, Cruz JJ, JorgeRuíz, NataliaGonzalo, et al. Caídas en la población anciana española: incidência, consecuencias y factores de riesgo. *Rev esp geriatr gerontol* [Internet]. 2015 Dec [cited 2018 May 25];50(6):274-80. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X15000931?via%3Dihub>

7 Pin S, Spini D. Impact of falling on social participation and social support trajectories in a middle-aged and elderly European sample. *SSM Popul Health* [Internet]. 2016 Dec [cited 2018 May 23];2:382-9. Available from: https://ac.els-cdn.com/S2352827316300234/1-s2.0-S2352827316300234-main.pdf?_tid=b311d4a3-0fba-4564-8ac4-64c5b652af26&acdnat=1530030644_f634d2a919890817ec96af0f2f39e8c3

8 Santos AMR, Pereira DBD, Carvalho LCS, Madeira MZA, Andrade EMLR. Domestic accidents with elderly assisted in an urgency hospital. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2016 June [cited 2018 May 23];18:e1169. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/36569/21677>

9 Soares WJS, Moraes SA, Ferriolli E, Perracini MR. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2014 Mar [cited 2018 May 23];17(1):49-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00049.pdf>

10 Fachine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Rev Cient Int* [Internet]. 2012 [cited 2018 May 23];1(20):106-94. Available from: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>

11 Tinetti ME, Williams CS. The effect of falls and fall injuries on functioning in community-dwelling older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 1998 Mar [cited 2018 May 23];53(2):M112-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9520917>

12 Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev saúde pública* [Internet]. 2002 Dec [cited 2018 May 23];36(6):709-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13525.pdf>

13 Siqueira FV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 Sept [cited 2018 May 23];27(9):1819-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/15.pdf>

14 Perracini MR. Prevenção e manejo de quedas. In: Ramos LR, Toniolo Neto J. *Geriatria e gerontologia. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar / Unifesp-Escola Paulista de Medicina*. São Paulo: Editora Manole; 2005. p.193-208.

15 Secretaria De Salud (MEX), Centro Nacional de Programas Preventivos y control de Enfermedades. *Guía de consulta para el médico de primer nivel de atención: prevención y atención de las caídas en la*



12 Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev saúde pública* [Internet]. 2002 Dec [cited 2018 May 23];36(6):709-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13525.pdf>

13 Siqueira FV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 Sept [cited 2018 May 23];27(9):1819-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/15.pdf>

14 Perracini MR. Prevenção e manejo de quedas. In: Ramos LR, Toniolo Neto J. *Geriatría e gerontologia. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar / Unifesp-Escola Paulista de Medicina*. São Paulo: Editora Manole; 2005. p.193-208.

15 Secretaria De Salud (MEX), Centro Nacional de Programas Preventivos y control de Enfermedades. *Guía de consulta para el médico de primer nivel de atención: prevención y atención de las caídas en la persona adulta mayor*. México: Secretaria de Salud; 2010.

16 Paixão Júnior CM, Heckman MF. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. *Tratado de geriatría e gerontologia*. 3rh ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 1499-514.

17 Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2008 Aug [cited 2018 May 23];13(4):1265-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/23.pdf>

18 Stival MM, Lima LR, Funghetto SS, Silva AO, Pinho DLM, Karnikowski MGO. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2014 [cited 2018 May 23];17(2):395-405. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n2/1809-9823-rbgg-17-02-00395.pdf>

19 Harmsen AMK, Reijnders UJL, Giannakopoulos GF. Death as a consequence of a hip fracture after a fall; to be further investigated? *Arch Trauma Res* [Internet]. 2016 Dec [cited 2018 May 23];5(4): e33705. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5240579/pdf/atr-05-04-33705.pdf>

20 Patel BD, Limbasiya R. Incidence and consequence of fall in indian older adults: a survey. *Int J Phys Educ Sports Manag Yogic Sci*. 2016;6(1):13-21.

21 Alves AHC, Patrício ACFA, Fernandes KA, Duarte MCS, Santos JS, Oliveira MS. Occurrence of falls among elderly institutionalized: prevalence, causes and consequences. *Rev pesqui cuid fundam* [Internet]. 2016 Apr [cited 2018 May 23];8(2):4376-86. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4438/pdf_1885

22 Eliopoulos C. *Enfermagem gerontológica*. 7th ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

23 Garcia PA, Dias JMD, Dias RC, Santos P, Zampa CC. A study on the relationship between muscle function, functional mobility and level of physical activity in community-dwelling elderly. *Rev bras fisioter* [Internet]. 2011 Feb [cited 2018 May 23];15(1):15-22. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n1/en_v15n1a05.pdf

persona adulta mayor. México: Secretaria de Salud; 2010.

16 Paixão Júnior CM, Heckman MF. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. *Tratado de geriatría e gerontologia*. 3rh ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 1499-514.

17 Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2008 Aug [cited 2018 May 23];13(4):1265-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/23.pdf>

18 Stival MM, Lima LR, Funghetto SS, Silva AO, Pinho DLM, Karnikowski MGO. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2014 [cited 2018 May 23];17(2):395-405. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n2/1809-9823-rbgg-17-02-00395.pdf>

19 Harmsen AMK, Reijnders UJL, Giannakopoulos GF. Death as a consequence of a hip fracture after a fall; to be further investigated? *Arch Trauma Res* [Internet]. 2016 Dec [cited 2018 May 23];5(4): e33705. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5240579/pdf/atr-05-04-33705.pdf>

20 Patel BD, Limbasiya R. Incidence and consequence of fall in indian older adults: a survey. *Int J Phys Educ Sports Manag Yogic Sci*. 2016;6(1):13-21.

21 Alves AHC, Patrício ACFA, Fernandes KA, Duarte MCS, Santos JS, Oliveira MS. Occurrence of falls among elderly institutionalized: prevalence, causes and consequences. *Rev pesqui cuid fundam* [Internet]. 2016 Apr [cited 2018 May 23];8(2):4376-86. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4438/pdf_1885

22 Eliopoulos C. *Enfermagem gerontológica*. 7th ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

23 Garcia PA, Dias JMD, Dias RC, Santos P, Zampa CC. A study on the relationship between muscle function, functional mobility and level of physical activity in community-dwelling elderly. *Rev bras fisioter* [Internet]. 2011 Feb [cited 2018 May 23];15(1):15-22. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n1/en_v15n1a05.pdf

24 World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005 [cited 2018 May 23]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

25 Monteiro CR, Faro ACM. Functional evaluation of aged with fractures at hospitalization and at home. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2018 May 23];44(3):719-24. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_24.pdf

26 Cordeiro J, Del Castillo BL, Freitas CS, Gonçalves MP. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2014 Sept [cited 2018 May 25];17(3):541-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00541.pdf>



24 World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005 [cited 2018 May 23]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

25 Monteiro CR, Faro ACM. Functional evaluation of aged with fractures at hospitalization and at home. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2018 May 23];44(3):719-24. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_24.pdf

26 Cordeiro J, Del Castillo BL, Freitas CS, Gonçalves MP. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2014 Sept [cited 2018 May 25];17(3):541-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00541.pdf>

27 Ben-Ezra M, Shmotkin D. Predictors of mortality in the old-old in Israel: the cross-sectional and longitudinal aging study. J am geriatr soc [Internet]. 2006 June [cited 2018 May 25];54(6):906-11. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1532-5415.2006.00741.x>

28 Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist. 1970;10(1):20-30.

29 Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people; self-maintaining and instrumental activities of daily-living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.

30 Dias EG, Duarte YAO, Almeida MHM, Lebrão ML. Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. Rev ter ocup [Internet]. 2011 Apr [cited 2018 May 25];22(1):45-51. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14119/15937>

31 Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S, Jette AM, Meenan RF, Nevins MA, et al. Health status assessment for elderly patients. J am geriatr soc [Internet]. 1989 June [cited 2018 May 23];37(6):562-9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1532-5415.1989.tb05690.x>

32 Reuben DB, Solomon DH. Assessment in geriatrics. Of caveats and names. J am geriatr soc [Internet]. 1989 June [cited 2018 May 21];37:570-2. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.1989.tb05691.x>

33 Yamashita T, Noe DA, Bailer AJ. Risk factors of falls in community-dwelling older adults: logistic regression tree analysis. Gerontologist [Internet]. 2012 [cited 2018 May 20];52(6):822-32. Available from: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/52/6/822/631968>

34 Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira ÉA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2010 Sept [cited 2018 May 23];15(6):2887-98. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a26v15n6.pdf>

35 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2018 May 25]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

27 Ben-Ezra M, Shmotkin D. Predictors of mortality in the old-old in Israel: the cross-sectional and longitudinal aging study. J am geriatr soc [Internet]. 2006 June [cited 2018 May 25];54(6):906-11. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1532-5415.2006.00741.x>

28 Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist. 1970;10(1):20-30.

29 Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people; self-maintaining and instrumental activities of daily-living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.

30 Dias EG, Duarte YAO, Almeida MHM, Lebrão ML. Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. Rev ter ocup [Internet]. 2011 Apr [cited 2018 May 25];22(1):45-51. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14119/15937>

31 Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S, Jette AM, Meenan RF, Nevins MA, et al. Health status assessment for elderly patients. J am geriatr soc [Internet]. 1989 June [cited 2018 May 23];37(6):562-9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1532-5415.1989.tb05690.x>

32 Reuben DB, Solomon DH. Assessment in geriatrics. Of caveats and names. J am geriatr soc [Internet]. 1989 June [cited 2018 May 21];37:570-2. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.1989.tb05691.x>

33 Yamashita T, Noe DA, Bailer AJ. Risk factors of falls in community-dwelling older adults: logistic regression tree analysis. Gerontologist [Internet]. 2012 [cited 2018 May 20];52(6):822-32. Available from: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/52/6/822/631968>

34 Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira ÉA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2010 Sept [cited 2018 May 23];15(6):2887-98. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a26v15n6.pdf>

35 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2018 May 25]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

36 Silva CAM, Orellana PAR, Nassr GNM. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. Fisioter Pesqui [Internet]. 2015 Mar [cited 2018 May 19];22(1):76-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v22n1/1809-2950-fp-22-01-00076.pdf>

37 Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Mejjide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia clin [Internet]. 2011 [cited 2018 May 18];72(1):11-6. Available from: <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>

38 Hyman B, Oden G, Wagner M. The aging process: physiological changes and implications for educators and practitioners. Act Adapt Aging [Internet]. 2010 Mar [cited 2018 May 21];34(2):148-53. Availa-



36 Silva CAM, Orellana PAR, Nassr GNM. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. *Fisioter Pesqui* [Internet]. 2015 Mar [cited 2018 May 19];22(1):76-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v22n1/1809-2950-fp-22-01-00076.pdf>

37 Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicía clin* [Internet]. 2011 [cited 2018 May 18];72(1):11-6. Available from: <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>

38 Hyman B, Oden G, Wagner M. The aging process: physiological changes and implications for educators and practitioners. *Act Adapt Aging* [Internet]. 2010 Mar [cited 2018 May 21];34(2):148-53. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01924781003773815>

39 Paolinelli C, González P, Doniez ME, Donoso T, Salinas V. Instrumento de evaluación funcional de la discapacidad en rehabilitación: Estudio de confiabilidad y experiencia clínica con el uso del Functional Independence Measure. *Rev méd Chile* [Internet]. 2001 Jan [cited 2018 May 21]; 129(1):23-31. Acceso em: 29 de jul. 2015. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000100004

40 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2018 May 18]. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>

41 Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta fisiátrica* [Internet]. 2001 [cited 2018 May 23];8(1):45-52. Available from: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102274/100652>

42 Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta fisiátrica* [Internet]. 2004 [cited 2018 May 28];11(2):72-6. Available from: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102481/100795>

43 Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the barthel index. *Md State Med J* [Internet]. 1965;14:61-5.

ble from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01924781003773815>

39 Paolinelli C, González P, Doniez ME, Donoso T, Salinas V. Instrumento de evaluación funcional de la discapacidad en rehabilitación: Estudio de confiabilidad y experiencia clínica con el uso del Functional Independence Measure. *Rev méd Chile* [Internet]. 2001 Jan [cited 2018 May 21]; 129(1):23-31. Acceso em: 29 de jul. 2015. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000100004

40 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2018 May 18]. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>



CAPÍTULO 6

FRAGILIDADE EM IDOSOS: ANÁLISE CONCEITUAL E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Cynthia Roberta Dias Torres Silva¹
Sarah Giulia Bandeira Felipe²
Camila Evangelista de Sousa Oliveira³
Isadora Vieira Barros de Araújo⁴
Fernando Lopes Silva Júnior⁵
Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁶

Considerações iniciais

Nos últimos anos, observa-se mundialmente, a edificação de um modelo demográfico caracterizado pelo aumento progressivo da proporção de idosos a redução relativa de jovens. O envelhecimento humano é considerado um evento natural e biológico, marcante dentro das sociedades contemporâneas, por seus inúmeros impactos nos sistemas de saúde, previdenciários e econômicos⁽¹⁾. Estima-se aumento do número de pessoas com idade superior a 60 anos de 605 milhões para 1,2 bilhões de pessoas em 2055⁽²⁾. De forma consonante, o Brasil ocupará o 6º lugar no mundo com maior proporção de idosos nesse período, superando o quantitativo de pessoas com idade inferior a 30 anos⁽³⁾.

O crescimento do número de idosos é resultante da diminuição da mortalidade, que está relacionada aos avanços da tecnologia e da saúde, somados à diminuição do número de filhos por família, resultando na atual transição demográfica. Em comparação com os países desenvolvidos, a transição demográfica no Brasil se deu de forma mais heterogênea, acelerada e polarizada, em decorrência principalmente das desigualdades socioeconômicas presentes no país⁽⁴⁻⁵⁾.

À medida que a população envelhece, impulsionam-se mudanças no perfil de morbimortalidade, acentuando-se a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e de incapacidades funcionais, como a incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa⁽⁶⁾.

1 Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Pernambuco. Teresina, Piauí, Brasil.

2 Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

3 Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

4 Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

5 Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Doutor em Educação Física. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

6 Docente do curso de Enfermagem. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

CHAPTER 6

FRAILITY IN THE ELDERLY: A CONCEPTUAL ANALYSIS AND ASSESSMENT INSTRUMENTS

Cynthia Roberta Dias Torres Silva¹
Sarah Giulia Bandeira Felipe²
Camila Evangelista de Sousa Oliveira³
Isadora Vieira Barros de Araújo⁴
Fernando Lopes Silva Júnior⁵
Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁶

Initial considerations

Human aging is considered a worldwide phenomenon, marked within contemporary societies for its numerous impacts on health, social security and economic systems⁽¹⁾. It is estimated that the number of people over the age of 60 will increase from 605 million to 1.2 billion in 2055⁽²⁾. Accordingly, Brazil will occupy the 6th place in the world with the highest proportion of elderly people in this period, surpassing the number of people under the age of 30 years⁽³⁾.

The growth in the number of elderly people is a result of the decrease in mortality related to advances in technology and health, added to the decrease in the number of children per family, resulting in the current demographic transition. In comparison with developed countries, the demographic transition in Brazil took place in a more heterogeneous, accelerated and polarized manner, mainly due to the socioeconomic inequalities present in the country⁽⁴⁻⁵⁾.

As the population ages, changes in the morbidity and mortality profile are brought about, where the prevalence of chronic non-communicable diseases and functional disabilities such as cognitive disability, postural instability, immobility and communicative disability grows⁽⁶⁾.

1 Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

2 Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

3 Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

4 Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

5 Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Doutor em Educação Física. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

6 Docente do curso de Enfermagem. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.



Dentre as condições de saúde que afetam a capacidade de autonomia e independência na realização de atividades de vida diária destaca-se a síndrome da fragilidade, definida como um estado de vulnerabilidade fisiológica relacionada à idade, produzida pela reserva homeostática diminuída e pela capacidade reduzida do organismo de enfrentar um número variado de desfechos negativos de saúde, como internações hospitalares, quedas e perda funcional, com aumento da probabilidade de morte⁽⁷⁾.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) define o idoso frágil ou em situação de fragilidade quando apresenta 75 anos ou mais, ou reside em Instituição de Longa Permanência, acamados, hospitalizados, ou que apresentam doenças crônicas incapacitantes, tais como, acidente vascular cerebral, síndromes demenciais, neoplasias e dentre outras^(8,9).

Estudos nacionais indicam prevalências que variam de 8,5⁽¹⁰⁾ a 43,4% da síndrome de fragilidade⁽¹¹⁾, o que maximiza o quantitativo de idosos com incapacidades funcionais, limitações, alterações no padrão psicológico e cognitivo, e consequente aumento na demanda de cuidadores familiares e atenção pelos profissionais da saúde^(12,13).

Ressalta-se ainda que as diferentes prevalências possam ser explicadas pelos diferentes modelos conceituais e métodos de avaliação, além das diferenças sociais e econômicas, captadas por disparidade no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das diferentes amostras, que interferem nas condições de saúde e envelhecimento⁽¹⁴⁾.

Apesar de a fragilidade ser apontada como síndrome evitável e reversível, a grande proporção de idosos em vulnerabilidade e em processo de fragilização (pré-fragéis) indica necessidade urgente de intervenções adequadas para identificação, monitoramento e reversão do quadro. Essa ideia pode ser corroborada por estudo longitudinal realizado na base de dados do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) realizado na cidade de São Paulo, em que se observou que 3,3% dos idosos não frágeis e 14,7% dos idosos pré-fragéis tornaram-se frágeis em 4 anos⁽¹⁰⁾.

Por configurar-se como condição multifatorial, inúmeros estudos têm sido realizados na tentativa de delimitar a fisiopatologia da fragilidade, levando em conta a complexidade de sistemas envolvidos e presença frequente de doenças agudas ou crônicas e incapacidades que dificultam a sua materialização⁽¹⁵⁾.

Na comunidade científica, a teoria mais aceita é a proposta por Fried e seus colaboradores (2001), em que a síndrome da fragilidade diminui a reserva e a resistência a estressores, resultando em desregulação e declínio cumulativo de múltiplos sistemas, tendo como consequências redução na atividade hormonal, imunossenescência, estado inflamatório crônico sistêmico (inflammaging) e estabelecimento da sarcopenia, o que somadas às modificações próprias do envelhecimento, efeitos dos medicamentos e doenças pré-existentes corroboram para que o idoso se torne frágil⁽¹⁶⁾.

Os principais componentes dessa síndrome são desnutrição crônica, declínio da massa e da força muscular e intolerância ao esforço físico e sarcopenia; além do declínio da atividade física e do

Among the health conditions that affect the capacity for autonomy and independence in carrying out activities of daily living, frailty syndrome stands out. This syndrome is defined as a state of physiological vulnerability related to age, produced by decreased homeostatic reserve, and reduced body capacity to face a varied number of negative health outcomes, such as hospital admissions, falls and functional loss, with an increased probability of death⁽⁷⁾.

In Brazil, the National Health Policy for Older People (NHPOP) defines frail older people or older people in situation of frailty when they are 75 years old or older, or who reside in Long Stay Institutions, who are bedridden, hospitalized, or who have disabling chronic diseases such as stroke, dementia, neoplasms and others^(8,9).

National studies indicate prevalences ranging from 8.5⁽¹⁰⁾ to 43.4%⁽¹¹⁾, which maximizes the number of elderly people with functional disabilities, limitations, and changes in their psychological and cognitive pattern, and a consequent increase in the demand for family caregivers and attention on the part of health professionals^(12,13). It is also noteworthy that the different prevalences can be explained by the different conceptual models and assessment methods employed and the social and economic differences captured by disparity in the Human Development Index (HDI) of the different samples, which interfere with health and aging conditions⁽¹⁴⁾.

Although frailty is identified as an avoidable and reversible syndrome, the large proportion of elderly people in situation of vulnerability and in process of fragilization (pre-frail elderly) indicates an urgent need to implement appropriate interventions to identify, monitor and reverse the condition. This idea was corroborated by a longitudinal study carried out in the database of the Health, Well-Being and Aging (SABE) study carried out in the city of São Paulo, in which it was observed that 3.3% of the non-frail and 14.7% of the pre-frail older people became fragile in 4 years⁽¹⁰⁾.

Because frailty represents a multifactorial condition, numerous studies have been conducted in an attempt to define its pathophysiology, taking into account the complexity of the systems involved and the frequent presence of acute or chronic diseases and disabilities that hinder its materialization⁽¹⁵⁾.

In the scientific community, the most accepted theory is the one proposed by Fried and collaborators (2001), in which the frailty syndrome decreases the reserve and resistance to stressors, resulting in deregulation and cumulative decline of multiple systems and a consequent reduction in hormonal activity, establishment of sarcopenia, and a chronic inflammatory state. These aspects allied to changes inherent to aging, effects of medications, and diseases contribute for the elderly to become frail⁽¹⁶⁾.

The main components of frailty syndrome are chronic malnutrition, sarcopenia, decline in muscle mass and strength and tolerance to exercise. There is also a decline in physical activity and total



gasto energético total, acarretando em incapacidade funcional e limitando o idoso em realizar suas atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AVDI)⁽¹⁷⁾. Na figura 1, pode ser observado a espiral negativa e ciclo decrescente de manifestações clínicas que levam a fragilidade.

energy expenditure, resulting in functional disability and limitations to carry out their activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL)⁽¹⁷⁾. Figure 1 shows the negative spiral and downward cycle of clinical manifestations that lead to frailty.

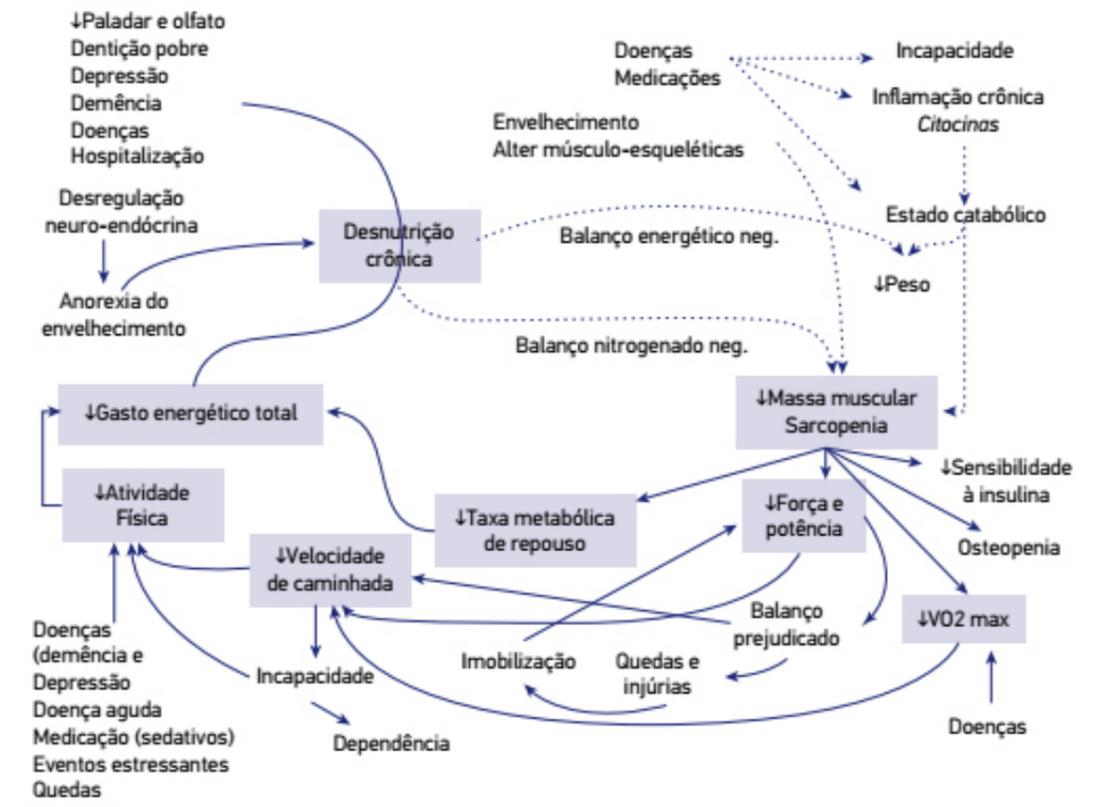
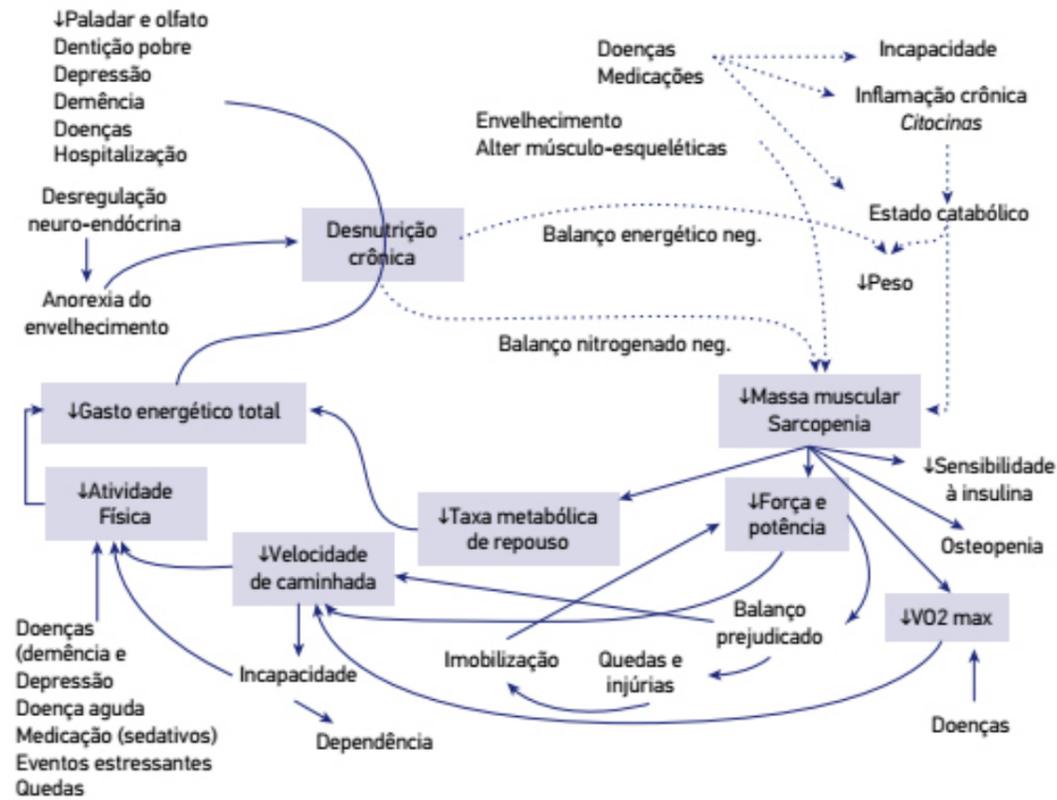


Figura 1. Ciclo decrescente de manifestações clínicas da fragilidade

Figure 1. Downward cycle of clinical manifestations of frailty

Objetivos

Neste capítulo, o leitor conhecerá a evolução conceitual da fragilidade, bem como os modelos teóricos e os instrumentos de avaliação mais adotados no cenário brasileiro.

Objectives

In this chapter, the reader will learn about the conceptual evolution of frailty, as well as the theoretical models and assessment instruments most adopted in the Brazilian scenario.



Análise conceitual e instrumento para avaliação da fragilidade em idosos

A expressão “idoso frágil” foi introduzida na literatura por Charles F. Fahey e membros do Federal Council on Aging (FCA) nos Estados Unidos da América (EUA) na década de 1970. Inicialmente, o termo “idoso frágil” era utilizado para representar idosos em condições socioeconômicas desfavoráveis e que apresentassem fraqueza física e déficit nas funções cognitivas, sendo posteriormente definidos dois critérios para identificação de idosos frágeis: idade igual ou superior a 75 anos e; 2) necessidade de assistência para realização das atividades cotidianas^(18,19).

A princípio o conceito de fragilidade possuía caráter intrinsecamente fisiológico e funcional, sendo utilizado para caracterizar idosos com dependência e comorbidades. Por volta de 2004, Bergammet al. (2004) sugerem a fragilidade como condição multifatorial, decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais vivenciados ao longo da vida, não se restringindo apenas ao aspecto físico. Dessa forma, defendem que a história individual, os recursos, déficits pessoais e o contexto particular influenciam na velhice, determinando a fragilidade ou não do idoso⁽¹⁹⁾.

Nas duas últimas décadas, a síndrome da fragilidade tem sido discutida em torno de dois amplos modelos conceituais: a fisiológica - associada ao envelhecimento e restrita ao declínio orgânico e a interação de fatores genéticos e ambientais⁽¹⁷⁾; e o de vulnerabilidade, que engloba as inúmeras dimensões dinâmicas de saúde (biológica, psicológica, cultural e social)⁽⁷⁾.

A fragilidade física delimitada pelo grupo de pesquisadores americanos liderados por Fried estabelece a fragilidade como vulnerabilidade fisiológica multisistêmica caracterizada pela desregulação neuroendócrina, disfunção imunológica e sarcopenia, podendo ser avaliada através dos seguintes componentes: perda de massa corporal não intencional (5kg no último ano); autorrelato de fadiga; diminuição da força de preensão palmar; diminuição da velocidade de marcha e atividade física reduzida, sendo considerado frágil o idoso que possuir três ou mais características⁽¹⁰⁾.

Dentre os instrumentos que adotam o modelo do fenótipo de Fried destacam-se: FRAIL scale (FS) e escala de fragilidade do Cardiovascular Health Study (EFCHS). Em consonância, aponta-se ainda instrumento autorreferido criado e validado para rastreamento de fragilidade fisiológica em atenção primária⁽²⁰⁾.

No Quadro 1 é apresentada a proposta do Cardiovascular Health Study, com as características objetivas do fenótipo de fragilidade (QUADRO 1).

Conceptual analysis and instruments for assessing frailty in the elderly

The term “frail elderly” was introduced in the literature by Charles F. Fahey and members of the Federal Council on Aging (FCA) in the United States of America (USA) in the 1970s. Initially, the term “frail elderly” was used to represent older people in unfavorable socioeconomic conditions and who presented physical weakness and deficit in cognitive functions, with two criteria later defined for the identification of frail elderly people: age equal to or over 75 years; 2) need for assistance to carry out daily activities^(18,19).

At first, the concept of frailty had an intrinsically physiological and functional character, being used to characterize elderly people with dependence and comorbidities. Around 2004, Bergammet al. (2004) suggested that frailty was a multifactorial condition resulting from the interaction of biological, psychological, cognitive and social factors experienced throughout life, not being restricted to the physical aspect alone. Thus, they argued that individual history, resources, personal deficits and the particular context influence old age, determining the existence of frailty or not in the elderly⁽¹⁹⁾.

In the last two decades, the frailty syndrome has been discussed around two broad conceptual models: the physiological model associated with aging and restricted to the organic decline and interaction between genetic and environmental factors, developed by Fried et al. (2001)⁽¹⁷⁾; and the vulnerability model, which encompasses the numerous dynamic dimensions of health (biological, psychological, cultural and social), proposed by Rockwood et al.⁽⁷⁾

The concept of physical frailty defined by the group of American researchers led by Fried establishes frailty as a multisystemic physiological vulnerability characterized by sarcopenia, neuroendocrine dysregulation and immune dysfunction, which can be assessed through the following components: unintentional weight loss (5 kg in the last year); self-reported fatigue; reduced grip strength; decreased walking speed; and reduced physical activity, where the elderly person who has three or more characteristics is considered frail⁽¹⁰⁾.

Among the instruments that adopt the Fried phenotype model, the following stand out: the FRAIL scale (FS) and the frailty scale of the Cardiovascular Health Study (FCHS). Accordingly, a self-referred instrument created and validated by Nunes et al. in 2015 for screening for physiological frailty in primary care must be also mentioned⁽²⁰⁾.

According to the proposal of the Cardiovascular Health Study, the objective characteristics of the frailty phenotype can be measured based on the following method: (BOX 1)



Quadro 1: Critérios e métodos de avaliação da fragilidade física, segundo proposta do Cardiovascular Health Study. (21)

CRITÉRIO	MÉTODO PARA MENSURAÇÃO
Perda de peso	Autorrelato de perda não intencional igual ou superior a 4,5kg ou 5% no ano anterior.
Força muscular	Teste de prensão palmar, realizado com dinamômetro Jamar®, sendo considerado positivo os valores inferiores a ponto de corte ajustado por sexo e Índice de Massa Corporal (IMC): para mulheres serão consideradas frágeis aquelas com força < 17 (IMC < 23), < 17.3 (IMC 23.1 – 26), < 18 (IMC 26.1 – 29) e < 21 (IMC >29); e para os homens, serão considerados frágeis aqueles com força < 29 (IMC < 24), < 30 (IMC 24.1 – 28) e < 32 (IMC > 28) ²
Sensação de exaustão	Questões 7 (“Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais?”) e 20 (“ Não consegui levar adiante minhas coisas?”) Da escala Center ofEpidemiologicalScale – Depression (CES-D) (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007). As alternativas de respostas variam entre: sempre, na maioria das vezes, poucas vezes, nunca ou raramente. As respostas “na maioria das vezes” e “sempre” para pelo menos uma das perguntas pontuarão como positivo para este critério.
Lentificação da marcha	Teste físico para avaliação do tempo, em segundos (s), gasto para percorrer 4,6 metros (m) em um total de 8,6m, descontando 2 m iniciais e finais de aceleração e desaceleração. Os valores positivos serão ajustados por sexo e altura. Para mulheres, serão consideradas frágeis aquelas que demorarem mais que 7 segundos (< 159cm) ou 6 segundos (>160cm) para homens.
Diminuição da atividade física	Gasto calórico fornecido pela aplicação do questionário Minnesota Leisure Time Activity(LUSTOSA et al., 2011), sendo positivo em casos de valores inferiores a pontos de corte ajustados por sexo; para mulheres, sendo consideradas frágeis com gasto < 270kcal por semana, e homens com gasto < 383kcal por semana.

Em contrapartida, integrantes do *Canadian Initiative on Frailty and Aging* (CIF-A), criado em 2002, proveniente do Canadá e com colaboração de países da Europa, Israel e Japão referem avaliação da síndrome da fragilidade sob uma perspectiva multidimensional e com ênfase na sua prevenção e tratamento. Os instrumentos que se baseiam nesse modelo conceitual propõem-se a identificar o idoso frágil ou vulnerável, entre esses se destacam as escalas de Edmonton, Tilburg, Kihon e o IVCF-20^(19,22).

A Edmonton FrailScale (EFS), um instrumento abrangente de detecção de fragilidade em idosos, de fácil manuseio e aplicação por não especialistas na área geriátrica e gerontológica^(19,22), tendo sido adaptado e validado em 2008 com 137 idosos residentes na área urbana do município de Ribeirão

BOX 1: Criteria and methods for assessing physical frailty as proposed by the Cardiovascular Health Study(21).

CRITERION	MEASUREMENT METHOD
Weight loss	Self-report of unintentional loss of weight equal to or greater than 4.5 kg or 5% in the previous year
Muscle strength	Hand grip test, performed with a Jamar® dynamometer, with values below the cutoff point adjusted according to sex and Body Mass Index (BMI), where frailty is indicated when: strength < 17 (BMI < 23), < 17.3 (BMI 23.1 - 26), < 18 (BMI 26.1 - 29), and < 21 (BMI > 29) in the case of women; and strength < 29 (BMI < 24), < 30 (BMI 24.1 - 28), and < 32 (BMI > 28) ² in the case of men
Feeling of exhaustion	Items 7 (“I felt I had to make an effort to do my usual tasks”?) and 20 (“I was not able to carry on with my activities”?) of the Center of Epidemiological Studies - Depression (CES-D) scale (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007). Response alternatives vary between: always, most of the times, few times, never or rarely. The responses “most of the times” and “always” for at least one of the questions score as positive for this criterion.
Gait slowing	Physical test to evaluate the time, in seconds (s) spent to cover 4.6 meters (m) in a total of 8.6 m, discounting the initial and final 2 m of acceleration and deceleration. Positive values are adjusted for sex and height. Frail women take more than 7 seconds (< 159 cm) and frail men more than 6 seconds (> 160 cm).
Decreased physical activity	Caloric expenditure provided by the application of the Minnesota Leisure Time Activity questionnaire (LUSTOSA et al., 2011), where values below the cutoff points adjusted for sex indicate a positive result; frail women have an expenditure < 270 kcal per week, and frail men < 383 kcal per week.

On the other hand, members of the Canadian Initiative on Frailty and Aging (CIF-A) created in 2002, from Canada and with collaboration of European countries, Israel and Japan defend the assessment of the frailty syndrome based on a multidimensional perspective and with emphasis on its prevention and treatment. Instruments based on this conceptual model aim to identify frail or vulnerable elderly people. Among them, the Edmonton Frailty Scale (EFS), the Tilburg Frailty Index (TFI), Kihon-Checklist (KCL), and the Clinical-Functional Vulnerability Index (CFVI-20) stand out^(19,22). The EFS is a comprehensive instrument for detecting frailty in the elderly, easy to administrate and apply by non-specialists in the the geriatric and gerontological field^(19,22). This scale was adapted and validated in 2008 with 137 elderly residents in the area city of Ribeirão Preto⁽²³⁾.



Preto(23). A EFS ou EFE avalia nove domínios, representados por 11 itens, tais como: cognição (teste do relógio), estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. A pontuação máxima é 17 pontos e representa o nível mais elevado de fragilidade⁽¹⁾.

A cognição avaliada por meio do TDR está diretamente associada aos níveis de escolaridade, de modo que idosos com menor tempo de estudo apresentam maior dificuldade para realização do teste, principalmente em relação à percepção viso-espacial, o que determina, portanto, um maior déficit cognitivo. Idosos pré-frágeis com déficit cognitivo transitam para um estado de fragilidade em um período curto de 12 meses, o que pode exacerbar a vulnerabilidade individual. Assim, reforça-se a importância do rastreio e avaliação da vulnerabilidade em idosos com déficit cognitivo⁽²⁴⁾.

Os escores para análise da fragilidade são: 0-4 não apresenta fragilidade; 5-6 apresenta vulnerabilidade; 7-8 fragilidade leve; 9-10 fragilidade moderada; 11 ou mais fragilidade severa. Essa estratificação permite classificar o idoso quanto ao grau de fragilidade e a realização de intervenções com base no status de comprometimento e risco^(22, 24).

É importante ainda destacar o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20), desenvolvido e validado no Brasil em 2016 por Moraes et al., baseado no VulnerableElders Survey-13 e de outros instrumentos de triagem rápida. Trata-se de instrumento simples e de fácil e rápida aplicação (5 a 10 minutos) e possui como vantagem o caráter multidimensional, pois avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/óbito: a idade, a auto percepção de saúde, as atividades de vida diária (três AVD instrumentais e uma AVD básica), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfinteriana), a comunicação (audição e visão) e a presença de comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente). Cada seção tem uma pontuação específica de acordo com o desempenho do idoso e que ao total perfaz um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso⁽²⁵⁾.

Cabe destacar que a pontuação no IVCF-20 delimita o risco e o encaminhamento a ser realizado em cada categoria. Pontuação final entre 0 a 6 pontos são considerados de baixo risco e podem ser acompanhados de forma rotineira na atenção básica; pontuações entre 7 e 14 pontos indicam idosos com moderado risco para vulnerabilidade clínico-funcional e devem ser submetidos à Avaliação Multidimensional do Idoso (AMI), que pode ser realizada por médicos e enfermeiros não especializados em Geriatria e Gerontologia. Já idosos com pontuação igual ou superior a 15 pontos apresentam alto risco e devem ser submetidos à AMI realizada por equipe geriátrico-gerontológica especializada⁽²⁵⁾.

Dentre as vantagens do IVCF-20, apresentam-se: identificação do idoso frágil (estratificação de risco); estruturação e direcionamento da consulta geriátrica, realizada pela avaliação multidimensional e plano de cuidados; planejamento de demanda programada no SUS e na saúde suplementar mediante

The EFS or EFE evaluates nine domains, represented by 11 items, such as cognition (clock test), general health status, functional independence, social support, medication use, nutrition, mood, continence and functional performance. The maximum score is 17 points and represents the highest level of frailty⁽¹⁾.

Cognition assessed through TDR is directly associated with schooling levels, so that elderly people with shorter study times have greater difficulty to do the test, especially in relation to the visual-spatial perception, which determines, therefore, a greater cognitive deficit. Pre-frail older people with cognitive impairment move to a state of frailty in a short period of 12 months, which can exacerbate individual vulnerability. Thus, the importance of screening and assessing vulnerability in elderly people with cognitive impairment is stressed⁽²⁴⁾.

The scores for the analysis of frailty are: 0 - 4: absence of frailty; 5 - 6: presence of vulnerability; 7 - 8: mild frailty; 9 - 10: moderate frailty; 11 or more severe frailty. This stratification allows the elderly to be classified according to the degree of frailty and to implement interventions based on the status of commitment and risk^(22,24).

It is also important to highlight the CFVI-20, developed and validated in Brazil in 2016 by Moraes et al., based on the Vulnerable Elders Survey-13 and other rapid screening instruments. It is a tool of simple, easy and quick application (5 to 10 minutes) and has the advantage of a presenting a multi-dimensional character, as it assesses eight dimensions that are considered predictors of functional decline and/death, namely: age, self-perceived health, activities of daily living (ADL) (three instrumental ADL and one basic ADL), cognition, mood/behavior, mobility (reach, grasping and pinching; aerobic/muscular capacity; gait; and sphincter continence), communication (hearing and vision), and presence of multiple comorbidities (polypathology, polypharmacy and/or recent hospitalization). Each section has a specific score according to the performance of the elderly and the total score reaches a maximum of 40 points. The higher the value obtained, the greater the risk of clinical-functional vulnerability of the elderly⁽²⁵⁾.

It is noteworthy that the score in the CFVI-20 delimits the risk and the referral to be made in each category. Final scores between 0 to 6 points are considered to indicate cases of low risk that can be monitored routinely in primary care; scores between 7 and 14 indicate older people at moderate risk for clinical-functional vulnerability and who must undergo the Multidimensional Assessment of Older People (MAOP), which can be done by physicians and nurses not specialized in Geriatrics and Gerontology; and scores equal to or greater than 15 points indicate cases of elderly people at high risk and who must undergo MAOP by a specialized geriatric-gerontological team⁽²⁵⁾.

The advantages of the CFVI-20 include: identification of frail elderly (risk stratification); structuring and direction of geriatric consultations performed through multidimensional assessment and the care plan; planning of programmed demand in SUS and in supplementary health through the definition of elderly people who need specialized care and indication of interdisciplinary interventions that aim to enhance the autonomy and independence of the elderly⁽²⁵⁾.



a definição de idosos que necessitam de atendimento especializado e indicação de intervenções interdisciplinares que visam potencializar a autonomia e independência do idoso⁽²⁵⁾.

É de suma importância ressaltar que a definição do modelo conceitual e do instrumento na avaliação da fragilidade permitirá não apenas o rastreamento do risco e da identificação da síndrome da fragilidade, mas também aperfeiçoará a identificação de medidas protetoras e tratamentos efetivos, podendo, inclusive, reduzir o número de incapacidades ocasionadas pela fragilidade avançada.

Embora não exista consenso acerca da avaliação da fragilidade, cabe ao pesquisador definir o método e a forma de avaliação de cada estudo conforme os objetivos, desfechos e contexto analisado⁽²⁶⁾.

Considerações finais

A fragilidade é uma síndrome multi-sistêmica, de instalação lenta e de alta vulnerabilidade para condições adversas de saúde e apesar de ser progressiva, apresenta condições para prevenção e tratamento, com enfoque na manutenção da autonomia e independência e preservação da capacidade funcional.

Desde a primeira referência do termo “idoso frágil” observou-se múltiplas vertentes e abordagens de estudo na gerontologia, ultrapassando conceitos ligados diretamente à funcionalidade, status e inserção social, dependência, dentre outros. Atualmente, duas correntes conceituais apresentam maior utilidade na prática clínica e científica, sendo a primeira centralizada na fragilidade física, proposto por Fried et al.; e a segunda sob o viés da vulnerabilidade e da multidimensionalidade dos fatores preditores de fragilidade, defendida por Rockwood et al.

Os principais instrumentos utilizados para avaliação da fragilidade de idosos no Brasil segundo o Consenso Brasileiro de Fragilidade em Idosos são: Fenótipo de fragilidade de Fried et al. (2001), Instrumento autorreferido para avaliação de fragilidade; Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE), Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20); Groningen Frailty Indicator (GFI); Tilburg Frailty Index (TFI) e Bateria de testes de avaliação do desempenho físico.

A utilização de instrumentos para rastreamento da fragilidade é de suma importância na prática clínica, pois além de possibilitar a mensuração da dimensão ocupada pela síndrome de fragilidade na população idosa e em diversos contextos, favorece a identificação precoce de idosos em risco de fragilidade e frágeis, a fim de minimizar os efeitos da fragilidade e seus desfechos negativos, além de permitirem a reorganização da atenção à população idosa.

It is of utmost importance to emphasize that the definition of the conceptual model and the instrument for assessment of frailty will not only allow the screening of the risk and the identification of the frailty syndrome, but also optimize the identification of protective measures and effective treatments, as well as offer the possibility of reducing the number of disabilities caused by advanced frailty.

And although there is no consensus on the assessment of frailty, it is up to the researcher to define the method and form of assessment for each study according to the objectives, outcomes and context analyzed⁽²⁶⁾.

Final considerations

Frailty is a multi-systemic syndrome, of slow installation and highly vulnerable to adverse health conditions. Despite being progressive, it presents conditions for prevention and treatment, with a focus on maintaining autonomy and independence and preserving functional capacity.

Since the first reference of the term “frail elderly”, multiple viewpoints and approaches of study in gerontology have been observed, overcoming concepts directly related to functionality, status and social insertion, dependence, among others. Currently, two conceptual currents are more useful in clinical and scientific practice, the first centered on physical frailty, proposed by Fried et al., and the second under the bias of vulnerability and multi-dimensionality of the predictors of frailty, defended by Rockwood et al..

The main instruments used to assess frailty in older people in Brazil according to the Brazilian Consensus on Frailty in Older People are: the Frailty phenotype by Fried et al. (2001); the self-reported instrument for assessing frailty; the Edmonton Frailty Scale (EFE), the Clinical-Functional Vulnerability Index (CFVI-20); the Groningen Frailty Indicator (GFI); the Tilburg Frailty Index (TFI); and the battery of physical performance tests.

The use of instruments for the screening of frailty is extremely important in clinical practice because, in addition to enabling the measurement of the dimension occupied by the frailty syndrome in the elderly population and in different contexts, it favors the early identification of frail elderly people, in order to minimize the effects of frailty and its negative outcomes, and allows the reorganization of care for the elderly population.

It is also necessary to point out that the assessment and identification of frailty requires prior knowledge about aging and related changes, based on scientific evidence and supported by the multi-dimensional assessment of the elderly people and their families.



Faz-se necessário ainda pontuar que a avaliação e identificação da fragilidade requerem o conhecimento prévio acerca do envelhecimento e de suas alterações, com base em evidências científicas e alicerçadas pela avaliação multidimensional do idoso e de sua família.

Questões para reflexão

1. De que modo a definição de modelos conceituais na prática clínica interfere na elaboração de intervenções em saúde?
2. Tendo em vista o exposto acima, reflita sobre os métodos utilizados para identificação de risco e fragilidade no seu contexto de atuação e a incorporação de instrumentos de avaliação validados na assistência em saúde.

Referências

1. Cruz DTD, Vieira MDT, Bastos RR, Leite ICG. Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade. *Revista de Saúde Pública*, 51 (106), 2017.
2. Mungueta AI, Garcia ZB. A tecnologia está presente na fragilidade? Tecnologia, uma ferramenta de backup para lidar com a fragilidade em idosos: uma revisão sistemática. *Rev. Aging and Disease*. Pequim, 8 (2): 176-195, abr., 2017.
3. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção de População do Brasil por sexo para o período 1980-2050. Revisão 2004*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 14 fev. 2020.
4. Melo LAD, Ferreira LMDBM, Santos MMD, Lima KCD. Fatores socioeconômicos, demográficos e regionais associados ao envelhecimento populacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4):493-501, 2017.
5. Moura MMD, Veras RP. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 (9): 19-39, 2017.
6. Moraes EN, Marino MC, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. *RevMed Minas Gerais*, 20(1): 54-6, 2010.
7. Lourenço RA, Moreira VG, Mello RGBD, Santos IDS, Lin SM, Pinto ALF, Mansur HN. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 12(2): 121-135, 2018.

Questions for reflection?

1. How does the definition of conceptual models in clinical practice interfere in the development of health interventions?
2. In view of the exposed above, reflect on the methods used to identify the risk and frailty in your context of work and on the incorporation of validated assessment instruments in health care.

References

1. Cruz DTD, Vieira MDT, Bastos RR, Leite ICG. Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade. *Revista de Saúde Pública*, 51 (106), 2017.
2. Mungueta AI, Garcia ZB. A tecnologia está presente na fragilidade? Tecnologia, uma ferramenta de backup para lidar com a fragilidade em idosos: uma revisão sistemática. *Rev. Aging and Disease*. Pequim, 8 (2): 176-195, abr., 2017.
3. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção de População do Brasil por sexo para o período 1980-2050. Revisão 2004*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 14 fev. 2020.
4. Melo LAD, Ferreira LMDBM, Santos MMD, Lima KCD. Fatores socioeconômicos, demográficos e regionais associados ao envelhecimento populacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4):493-501, 2017.
5. Moura MMD, Veras RP. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 (9): 19-39, 2017.
6. Moraes EN, Marino MC, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. *RevMed Minas Gerais*, 20(1): 54-6, 2010.
7. Lourenço RA, Moreira VG, Mello RGBD, Santos IDS, Lin SM, Pinto ALF, Mansur HN. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 12(2):121-135, 2018.
8. _____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528_pnspi.pdf. Acesso em: 09 de janeiro de 2019.
9. Dalla Lana L, Schneider RH. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3):673-680, 2014.



8. _____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006b. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528_pnspi.pdf. Acesso em: 09 de janeiro de 2019.

9. Dalla Lana L, Schneider RH. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3): 673-680, 2014.

10. Duarte, YADO, Nunes DP, Andrade FBD, Corona LP, Brito TRPD, Santos JLFD, Lebrão ML. Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21:e180021, 2019.

11. Llano PMPD, Lange C, Sequeira CAD, Jardim VM, Castro DSP, Santos F. Fatores associados à síndrome da fragilidade em idosos rurais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72:14-21, 2019.

12. Lenardt MH, Binotto MA, Carneiro NH, Cechinel C, Betiolli SE, Lourenço TM. Força de preensão manual e atividade física em idosos fragilizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(1):86-92, 2016.

13. Pegorari MS, Tavares, DMS. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. *Rev. Latino-Am. Enfermagem set.-out.*; 22(5): 874-82, 2014.

14. Minayo MCS, Hatz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 5(1):7-17, 2000.

15. Mata FAF, Pereira MG, Gomes MMF. Síndrome da fragilidade: aspectos conceituais, prevalência e análise de dados longitudinais. Programa de pós-graduação em ciências médicas. Universidade de Brasília. Faculdade DE Medicina. BRASÍLIA, DF 2017.

16. Clegg A, Young J. The frailty syndrome. *Clinical medicine*, 11(1), 72-75, 2011.

17. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, McBurnie M. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3):M146-M157, 2001.

18. Hogan DB, Macknight C, Bergman H. Models, definition, and criteria of Frailty. *Aging Clin. Exp. Res.*, 15(3):1-29, 2003.

19. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, Wolfson C. Frailty: an emerging research and clinical paradigm—issues and controversies. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 731-737, 2004.

20. Nunes DP, Duarte YADO, Santos JLF, Lebrão ML. Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. *Revista de Saúde Pública*, 49, 2, 2015.

21. Fried LP, Borhani NO, Enright P, Furberg CD, Gardin JM, Kronmal RA, O'Leary DH. The cardiovascular health study: design and rationale. *Annals of epidemiology*, 1(3): 263-276, 1991.

10. Duarte, YADO, Nunes DP, Andrade FBD, Corona LP, Brito TRPD, Santos JLFD, Lebrão ML. Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21:e180021, 2019.

11. Llano PMPD, Lange C, Sequeira CAD, Jardim VM, Castro DSP, Santos F. Fatores associados à síndrome da fragilidade em idosos rurais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72:14-21, 2019.

12. Lenardt MH, Binotto MA, Carneiro NH, Cechinel C, Betiolli SE, Lourenço TM. Força de preensão manual e atividade física em idosos fragilizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(1):86-92, 2016.

13. Pegorari MS, Tavares, DMS. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. *Rev. Latino-Am. Enfermagem set.-out.*; 22(5): 874-82, 2014.

14. Minayo MCS, Hatz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 5(1):7-17, 2000.

15. Mata FAF, Pereira MG, Gomes MMF. Síndrome da fragilidade: aspectos conceituais, prevalência e análise de dados longitudinais. Programa de pós-graduação em ciências médicas. Universidade de Brasília. Faculdade DE Medicina. BRASÍLIA, DF 2017.

16. Clegg A, Young J. The frailty syndrome. *Clinical medicine*, 11(1), 72-75, 2011.

17. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, McBurnie M. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3):M146-M157, 2001.

18. Hogan DB, Macknight C, Bergman H. Models, definition, and criteria of Frailty. *Aging Clin. Exp. Res.*, 15(3):1-29, 2003.

19. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, Wolfson C. Frailty: an emerging research and clinical paradigm—issues and controversies. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 731-737, 2004.

20. Nunes DP, Duarte YADO, Santos JLF, Lebrão ML. Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. *Revista de Saúde Pública*, 49, 2, 2015.

21. Fried LP, Borhani NO, Enright P, Furberg CD, Gardin JM, Kronmal RA, O'Leary DH. The cardiovascular health study: design and rationale. *Annals of epidemiology*, 1(3): 263-276, 1991.

22. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing* 2006 June; 35:526-9.

23. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale-EFS em uma amostra de idosos brasileiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 2009.



22. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing* 2006 June; 35:526-9.

23. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale-EFS em uma amostra de idosos brasileiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 2009.

24. Freitas FFQ, Soares SM. Índice de vulnerabilidade clínico-funcional e as dimensões da funcionalidade de idosos. *Rev Rene (Online)*, 20(1), e39746-e39746, 2019.

25. Moraes, E.N. Avaliação Multidimensional do Idoso. Belo Horizonte: Folium, 2016.

26. Bortz, WM. The physics of frailty. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(9): 1004-1008, 1993.

24. Freitas FFQ, Soares SM. Índice de vulnerabilidade clínico-funcional e as dimensões da funcionalidade de idosos. *Rev Rene (Online)*, 20(1), e39746-e39746, 2019.

25. Moraes, E.N. Avaliação Multidimensional do Idoso. Belo Horizonte: Folium, 2016.
Bortz, WM. The physics of frailty. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(9): 1004-1008, 1993.



CAPÍTULO 7

SARCOPENIA: RASTREIO, DIAGNÓSTICO E GESTÃO

Rutielle Ferreira Silva¹

Maria do Livramento Fortes Figueiredo²

Jullyanne dos Santos Nolêto³

Jefferson Abraão Caetano Lira⁴

Considerações Iniciais

A população mundial está envelhecendo. Segundo o relatório do World Population Ageing, o número de pessoas acima dos 60 anos deverá crescer 56%, passando de 901 milhões para 1,4 bilhões, entre os anos de 2015 e 2030⁽¹⁾.

Tal fenômeno tem induzido a uma reorganização do sistema de saúde, tendo em vista a rápida mudança no perfil epidemiológico da população idosa, caracterizada pelo aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e das incapacidades funcionais, trazendo consigo grandes demandas econômicas, sociais e de saúde⁽²⁾.

À medida que se envelhece, várias modificações na composição corporal podem ser observadas. Porém, a alteração que tem maior repercussão sobre a capacidade funcional do idoso é a perda progressiva da massa e da força muscular⁽²⁻⁴⁾. Dentre as doenças que se instalam em decorrência dessa perda, destaca-se a sarcopenia.

O termo sarcopenia foi descrita pela primeira vez em 1989, por Irwin Rosenberg, para descrever o declínio da massa muscular esquelética relacionada ao envelhecimento⁽⁵⁾. Desde então, diversas definições para o agravo têm surgido, entretanto ainda não se tem um consenso acerca do tema. E, dependendo da definição e do método diagnóstico utilizado, a prevalência da sarcopenia irá variar. Mundialmente, estima-se que a sarcopenia afetará mais de 200 milhões de idosos nos próximos 40 anos⁽²⁾.

Diante do novo cenário em que a sarcopenia encontra-se inserida, a definição mais aceita é a do European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP2), que a define como uma doença muscular enraizada em alterações musculares as quais se acumulam ao longo do envelhecimento e cuja característica chave é a baixa força muscular⁽⁶⁾.

1 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Associada do Curso de Graduação em Enfermagem e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí no Centro de Ciências da Saúde. Teresina, Piauí, Brasil.

3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

4 Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

CHAPTER 7

SARCOPENIA: SCREENING, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT

Rutielle Ferreira Silva¹

Maria do Livramento Fortes Figueiredo²

Jullyanne dos Santos Nolêto³

Jefferson Abraão Caetano Lira⁴

Initial Considerations

The world population is aging. According to World Population Ageing report, the number of individuals above 60 years old is expected to grow 56%, from 901 million to 1.4 billion, between the years of 2015 and 2030⁽¹⁾.

This phenomenon has led to a reorganization of health system, bearing in mind the rapid change in the epidemiological profile of aging population, marked by the increased prevalence of Chronic Non-Communicable Diseases and functional incapacities, resulting in great economic, social and health demands⁽²⁾.

As you get older several changes in body composition may be observed. However, the amendment which has the greatest impact on the functional capacity of the elderly is progressive loss of muscle mass and strength⁽²⁻⁴⁾. Among all diseases that arise as a result of this loss, sarcopenia stands out.

The term sarcopenia was first described by Irwin Rosenberg in 1989 to depict the aging-related decline in skeletal muscle mass⁽⁵⁾. Since then, several definitions for the condition have been raised. However, there is no consensus about the topic. Depending on the definition and the diagnostic method applied, the prevalence of sarcopenia will range. It is estimated that sarcopenia will affect over 200 million seniors in the next 40 years⁽²⁾.

In face of the new sarcopenia scenario, the European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP2) definition is the most accepted. It is defined as a muscular disease rooted in muscle changes acquired over time aging and whose key feature is low muscle force⁽⁶⁾.

Sarcopenia increases the likelihood of adverse results as an increased risk of falls and fractures in elderly and increase in hospital stay and the mortality rate⁽⁷⁻⁸⁾, which affects the growth of expenses

1 Nurse. Master in Nursing from the Postgraduate Program in Nursing at the Federal University of Piauí. Teresina, Piauí, Brazil.

2 Nurse. PhD in Nursing from the Federal University of Rio de Janeiro. Associate Professor of the Undergraduate Nursing Course and Postgraduate Nursing Course at the Federal University of Piauí at the Health Sciences Center (UFPI / CMPP). Teresina, Piauí, Brazil.

3 Nurse. Master in Nursing from the Postgraduate Program in Nursing at the Federal University of Piauí. Teresina, Piauí, Brazil.

4 Nurse. Master in Nursing from the Postgraduate Program in Nursing at the Federal University of Piauí. Teresina, Piauí, Brazil.



Sabe-se que a sarcopenia aumenta a probabilidade de resultados adversos, incluindo aumento do risco de quedas e de fraturas em idosos⁽⁷⁻⁸⁾, além de contribuir para a elevação do tempo de internação e do índice de mortalidade, o que repercute no crescimento de gastos nos serviços de saúde⁽⁹⁻¹⁰⁾. Pode-se, ainda, associá-la à redução da qualidade de vida dos idosos¹¹. Diante do impacto que a sarcopenia causa na vida do idoso, recentemente foi inserida na lista da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), mediante ao código M62.84⁽¹²⁾.

Objetivos

Neste capítulo, o leitor conhecerá as principais características da sarcopenia, bem como as formas de rastreio, diagnóstico e gestão da doença.

Definição operacional e identificação da sarcopenia

A definição operacional dada pela EWGSOP⁽⁹⁾ sofreu uma mudança importante, na qual a força muscular ganha destaque, tendo em vista que a força é melhor do que a massa muscular para prever resultados adversos na sarcopenia. Destaca-se que tanto a qualidade quanto a quantidade de massa muscular esquelética vão estar prejudicadas. Anteriormente, o desempenho físico era considerado parte da definição central da sarcopenia, no entanto, na atualidade, o mesmo será utilizado para categorizar a gravidade do distúrbio muscular esquelético⁽⁶⁾.

Recomenda-se que os parâmetros para a suspeita da sarcopenia sejam baseados na presença da baixa força muscular (Tabela 1). O diagnóstico será confirmado pela presença de baixa quantidade/qualidade muscular. Na presença de baixa força muscular, baixa quantidade/qualidade muscular e baixo desempenho físico, a sarcopenia será considerada grave⁽⁶⁾.

Tabela 1. Definição operacional da Sarcopenia, 2019.

A sarcopenia provável é identificada pelo Critério 1.
O diagnóstico é confirmado por documentação adicional do Critério 2.
Se os Critérios 1, 2 e 3 forem atendidos, a sarcopenia é considerada grave.
(1) Baixa força muscular
(2) Baixa quantidade ou qualidade muscular
(3) Baixo desempenho físico

Fonte: Cruz-Jentoft, Bahat, Bauer, Boirie, Bruyère, Cederholm, *et al.*, 2019.⁶

Fonte: Cruz-Jentoft, Bahat, Bauer, Boirie, Bruyère, Cederholm, *et al.*, 2019⁽⁶⁾

in health services⁽⁹⁻¹⁰⁾. It can also be associated with reducing the quality of life of the elderly⁽¹¹⁾. Facing the impact, it has on senior's life, sarcopenia was recently included in the list of International Disease Classification (ICD-10), under the code M62.84⁽¹²⁾.

Objectives

In this chapter, the reader will learn about the main characteristics of sarcopenia as well as ways of screening, diagnosing and managing the disease.

Operational definition and sarcopenia tagging

The operational definition given by EWGSOP⁽⁹⁾ has undergone an important change and muscle strength is highlighted, since strength is better than muscle mass to predict adverse outcomes in sarcopenia. Both the quality and quantity of skeletal muscle mass will be affected. Previously, physical performance was part of sarcopenia definition, however, nowadays, it will be used to categorize the severity of skeletal muscle disorder⁽⁶⁾.

It is recommended that the parameters to diagnose sarcopenia are based on low muscle strength (Table 1). The diagnosis will be confirmed by low muscle quantity and quality. Sarcopenia will be considered severe in case of low muscle strength, low physical performance and low muscle quantity and quality⁽⁶⁾.

Table 1. Sarcopenia Operational Definition, 2019.

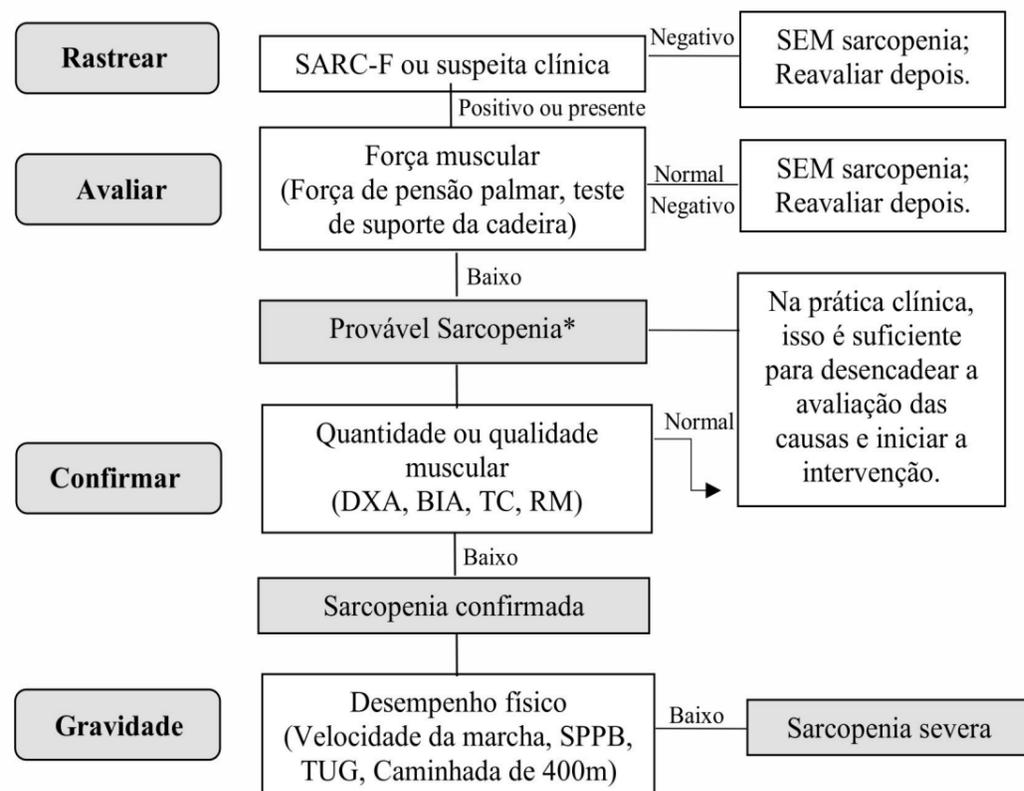
Probable sarcopenia is identified by Criterion 1.
Diagnosis is confirmed by additional documentation of Criterion 2.
If Criteria 1, 2 and 3 are all met, sarcopenia is considered severe.
(1) Low muscle strength
(2) Low muscle quantity or quality
(3) Low physical performance

Source: Cruz-Jentoft, Bahat, Bauer, Boirie, Bruyère, Cederholm, *et al.*, 2019⁶



Recomenda-se a utilização de um algoritmo para facilitar o rastreamento, o diagnóstico e a determinação da sarcopenia. O Algoritmo foi baseado na sequência mnemônica F-A-C-S (Find-Assess-Confirm-Severity) (Figura 1)⁽⁶⁾.

Figura 1. Algoritmo sugerido pelo EWGSOP2, 2019



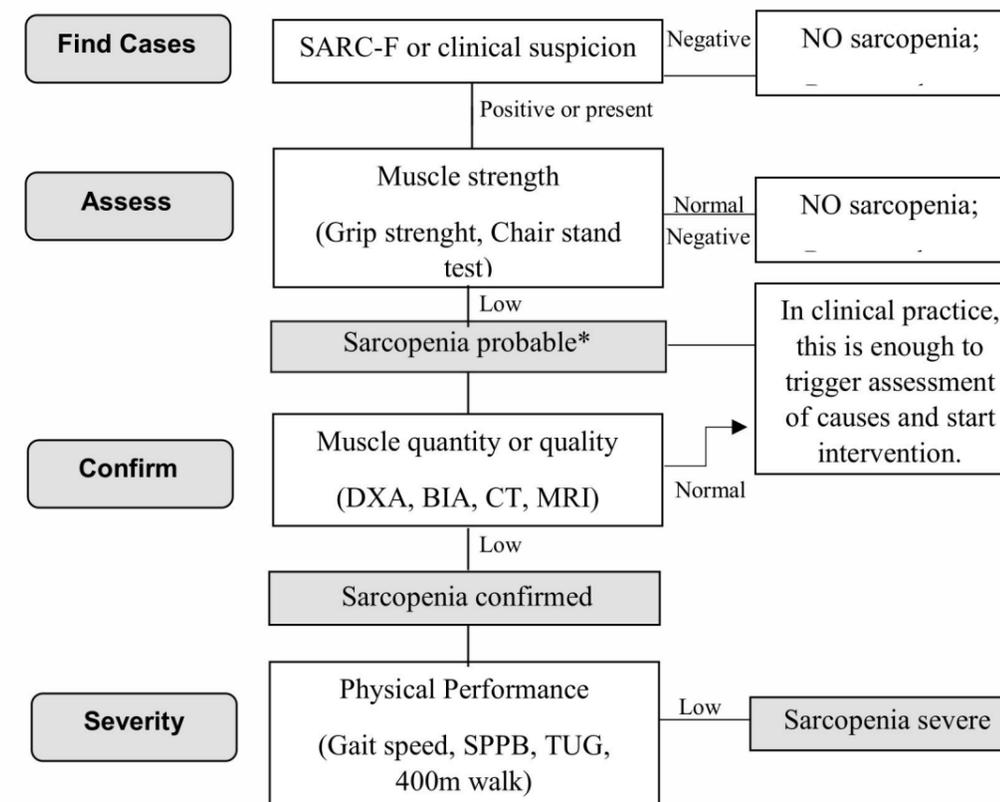
Fonte: Cruz-Jentoft, Bahat, Bauer, Boirie, Bruyère, Cederholm, et al., 2019⁽⁶⁾

Na prática clínica, a suspeita da presença da sarcopenia poderá começar, quando o idoso relatar sensação de fraqueza, velocidade da marcha lenta, dificuldade em levantar, perda de peso e/ou queda. Diante do caso, recomenda-se a utilização da ferramenta SARC-F⁽⁶⁾.

O SARC-F foi desenvolvido e validado por Malmstrom e Morley, em 2013⁽¹³⁾. O questionário permite que os profissionais de saúde, principalmente os que atuam na atenção primária, avaliem de forma rápida e fácil a sarcopenia, por meio da avaliação de cinco escores de sintomas, com base em perguntas de autorrelato de força, deambulação, levantar-se de uma cadeira, subir um lance de escadas e queda. Escores com valor superior ou igual a quatro são preditivos de sarcopenia e desfechos ruins, sendo um gatilho para avaliação mais detalhada da doença, além de ser sugestivo de intervenção precoce.

To ease tracking, diagnosis and determination of sarcopenia, the use of an algorithm is recommended. The mnemonic sequence F-A-C-S (Find-Assess-Confirm-Severity) based The Algorithm (Figure 1)⁽⁶⁾.

Figure 1. Algorithm suggested by EWGSOP2, 2019



Source: Cruz-Jentoft, Bahat, Bauer, Boirie, Bruyère, Cederholm, et al., 2019⁽⁶⁾

In clinical practice, the suspicion of sarcopenia may begin when the senior reports a feeling of weakness, slow gait speed, difficulty in getting up, weight loss or falling. In this case, the use of SARC-F tool is recommended⁽⁶⁾.

SARC-F was developed and validated by Malmstrom and Morley in 2013⁽¹³⁾. The questionnaire enables health professionals working in primary care to evaluate sarcopenia quickly and easily through five scores of symptoms, based on questions of self-reported strength, walking, raising up from a chair, climbing stairs and falling. Scores greater than or equal to four are indicate sarcopenia and poor outcomes and a trigger for a detailed analysis. It is also an evocative of early intervention.

Barbosa-Silva, Menezes, Biellmann, Malmstrom and Gonzalez⁽¹⁴⁾ incorporated the variable Calf Perimeter (CP) when adapting the instrument to Portuguese language, in order to assess muscle mass (Table 2). Since adding this variable, the questionnaire proved to be more effective in tracking sarcopenia.



Barbosa-Silva, Menezes, Biellmann, Malmstrom e Gonzalez⁽¹⁴⁾, ao adaptarem o instrumento para a língua portuguesa, incorporaram ao questionário a variável Circunferência da Panturrilha (CP), com intuito de avaliar a massa muscular (Tabela 2), uma vez que, ao adicionar essa variável, o questionário mostrou ser mais sensível no rastreamento da sarcopenia, evitando que pessoas saudáveis se submetam a testes diagnósticos. Destacaram, ainda, que por ser um método barato, de fácil e rápida aplicação, poderá ser possível sua incorporação na prática clínica.

Tabela 2. Versão em português do SARC-F + CP, 2016.

Componente	Pergunta	Pontuação
Força	O quanto de dificuldade você tem para levantar e carregar 5kg?	Nenhuma = 0 Alguma = 1 Muita, ou não consegue = 2
Ajuda para caminhar	O quanto de dificuldade você tem para atravessar um cômodo?	Nenhuma = 0 Alguma = 1 Muita, uso apoios, ou incapaz = 2
Levantar da cadeira	O quanto de dificuldade você tem para levantar de uma cama ou cadeira?	Nenhuma = 0 Alguma = 1 Muita, ou não consegue sem ajuda = 2
Subir escadas	O quanto de dificuldade você tem para subir um lance de escadas de 10 degraus?	Nenhuma = 0 Alguma = 1 Muita, ou não consegue = 2
Quedas	Quantas vezes você caiu no último ano?	Nenhuma = 0 1-3 quedas = 1 4 ou mais quedas = 2
Panturrilha	Meça a circunferência da panturrilha direita exposta do (a) paciente em pé, com as pernas relaxadas e com os pés afastados 20 cm um do outro.	Mulheres: >33 cm = 0 ≤33 cm = 10 Homens: >34 cm = 0 ≤34 cm = 10
Somatório (0-20 pontos)		
0-10: sem sinais sugestivos de sarcopenia no momento (cogitar reavaliação periódica)		
11-20: sugestivo de sarcopenia (prosseguir com investigação diagnóstica completa)		
Fonte: Barbosa-Silva, Menezes, Biellmann, Malmstrom, Gonzalez, 2016. ¹⁴		

Após ser rastreado como possível idoso sarcopênico, o próximo passo será a avaliação da força muscular. Para medir a variável em questão, a técnica mais amplamente utilizada é a força de preensão palmar, um método simples e barato. Os valores de referências, indicativos de fraqueza muscular são os inferiores a 16 kg para mulheres e 27 kg para homens⁽⁶⁾. A baixa preensão palmar tem se destacado como um poderoso preditor de resultados desfavoráveis ao idoso^(6,15).

O teste de suporte da cadeira também é recomendado para avaliar a força muscular. Esse teste mede a quantidade de tempo que o idoso necessita para levantar e sentar numa cadeira, em um intervalo de 30 segundos^(6,16).

Diversas técnicas podem ser utilizadas para avaliar a qualidade/quantidade de massa muscular. Métodos como a Ressonância Magnética e a Tomografia Computadorizada são os mais eficazes para

nia, preventing healthy people from undergoing diagnostic tests. It is a cheap method, easy and quick to apply and it can be incorporated into clinical practice.

Table 2. Portuguese version of SARC-F + CP, 2016¹⁴

Factor	Question	Score
Strength	How much difficulty do you have to lift and load 5kg?	None = 0 Some = 1 A lot or cannot do = 2
Walking	How much difficulty do you have to cross a room?	None = 0 Some = 1 A lot, use of supports or cannot do = 2
Raising up from a chair	How much difficulty do you have to raise up from a chair or a bed?	None = 0 Some = 1 A lot or cannot do = 2
Climbing stairs	How much difficulty do you have to climb ten steps of a stair?	None = 0 Some = 1 A lot or cannot do = 2
Falling	How many times have you fallen in the last year?	None = 0 1-3 quedas = 1 4 ou mais quedas = 2
Carf	Measure the circumference of the patient's right calf while standing with legs relaxed and feet 20 cm apart.	Females: >33 cm = 0 ≤33 cm = 10 Males: >34 cm = 0 ≤34 cm = 10
Sum (0-20 points)		
0-10: no signs of sarcopenia at the moment (consider periodic reevaluation)		
11-20: suggestive of sarcopenia (proceed full diagnostic investigation)		

Source: Barbosa-Silva, Menezes, Biellmann, Malmstrom, Gonzalez, 2016¹⁴.

After being screened as a possible sarcopenic elderly, the next step will be to assess muscle strength. To measure the variable in question, the most common technique is handgrip strength, a simple and inexpensive method⁽⁶⁾. The reference values to indicate muscle weakness are less than 16 kg for women and 27 kg for men. Low handgrip is a powerful predictor of unfavorable results for the elderly^(6,15). The chair support test is recommended to assess muscle strength. It measures how long the elderly person needs to raise up and sit in a chair in 30 seconds^(6,16).

Several techniques can be used to assess the quality and quantity of muscle mass. Methods such as magnetic resonance and computed tomography are the most effective for measuring the amount of muscle mass. However, they are little used in clinical practice due to their high cost, low availability and to expose the individual to radiation^(6,17).

Dual energy X-ray absorptiometry is an alternative technique for assessing body composition. Despite having a low cost, the instrument is not yet portable, which makes its use difficult, in addition to its results being influenced by the hydration status of the elderly⁽⁶⁾.



mensurar a quantidade de massa muscular. No entanto, por serem de custo elevado, baixa disponibilidade e por expor o indivíduo à radiação são pouco utilizados na prática clínica^(6,17).

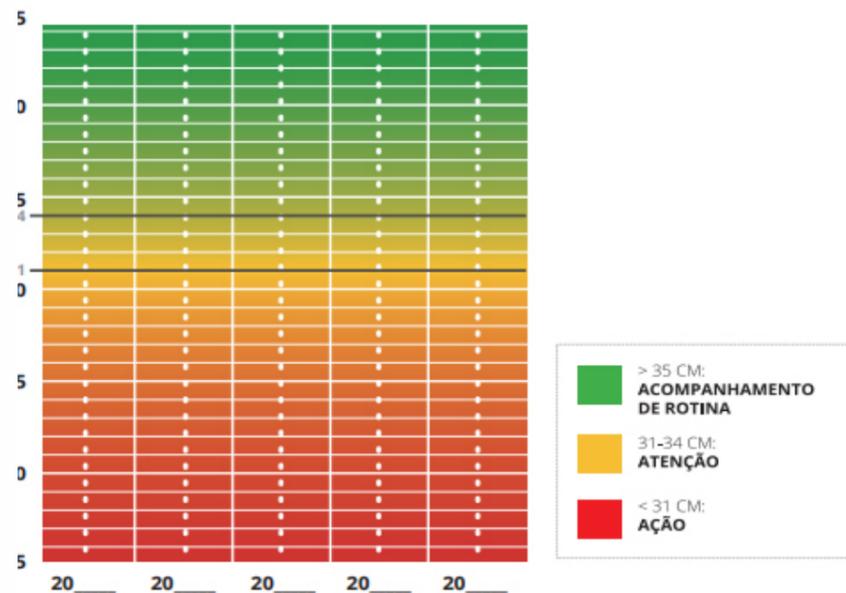
A absorptometria radiológica de dupla energia é uma técnica alternativa na avaliação da composição corporal. Apesar de ter um custo baixo, o instrumento ainda não é portátil, o que dificulta seu uso, além dos seus resultados sofrerem influência do estado de hidratação do idoso⁽⁶⁾.

Um método de baixo custo portátil e de fácil manuseio é a Impedância Bioelétrica (BIA). A BIA estima a massa muscular do indivíduo, a partir da condutividade elétrica de todo o corpo, sendo considerado por muitos estudos como um método alternativo aos métodos de imagem^(6,18). Como as estimativas de massa muscular diferem a depender da marca do equipamento utilizado e população de referência, sugere-se o uso, juntamente com a BIA, da equação de Sergi^(6,19).

Em locais onde os métodos relatados acima para avaliarem a massa muscular estejam indisponíveis, recomenda-se a utilização da medição da CP⁶. De fato, é o método mais utilizado, na atualidade, para avaliar a massa muscular⁽²⁰⁾. Cálculos baseados na CP têm sido utilizados para correlacionar com a massa muscular⁽²¹⁻²²⁾.

A caderneta de saúde da pessoa idosa traz um gráfico de monitoramento da CP (Figura 2), mostrando que parâmetros inferiores a 31 cm serão indicativos de redução da massa muscular, estando associado ao maior risco de desenvolver sarcopenia⁽²³⁾.

Figura 2. Perímetro da Panturrilha, 2017.



A medida do perímetro da panturrilha esquerda é um bom parâmetro de avaliação da massa muscular no idoso. Medidas menores que 31 cm são indicativas de redução da massa muscular (sarcopenia) e estão associadas a maior risco de quedas, diminuição da força muscular e dependência funcional.

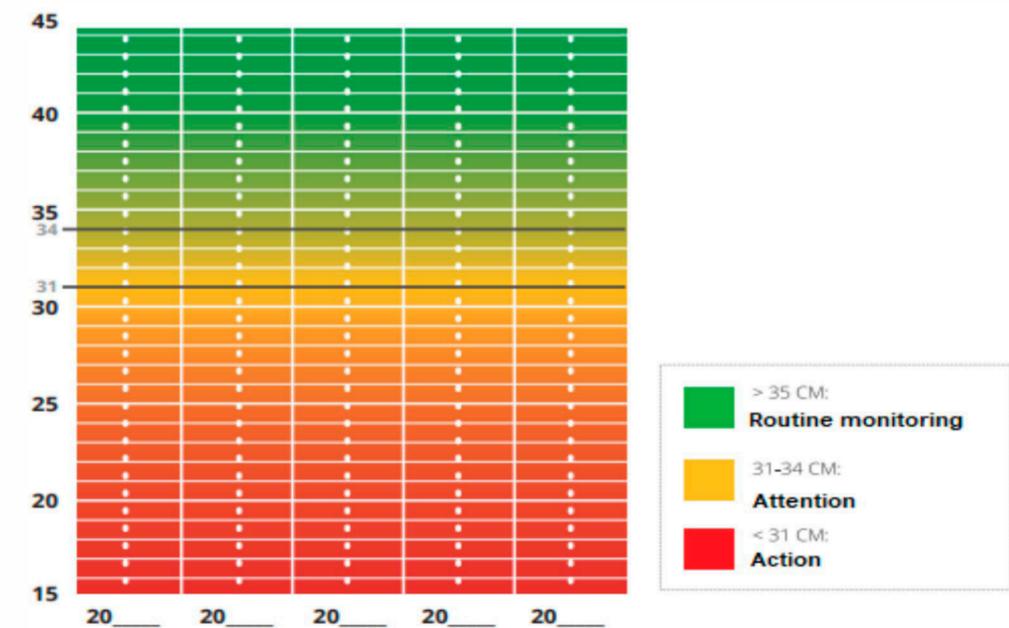
Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (2017, p.16)⁽²³⁾

Bioelectric Impedance (BIA) is a low-cost, portable and easy-to-handle method. BIA estimates the individual's muscle mass based on the electrical conductivity of entire body, being considered an alternative method to imaging ways^(6,18). As the estimates of muscle mass differ depending on the equipment brand used and the reference population, it is suggested to also use the Sergi equation^(6,19).

In places where the reported methods for assessing muscle mass are unavailable, the use of CP measurement is recommended⁽⁶⁾. It is currently the most widely used method to assess muscle mass⁽²⁰⁾. Calculations based on calf circumference have been used to correlate with muscle mass⁽²¹⁻²²⁾.

The Elderly Health Handbook shows a CP monitoring graph (Figure 2). It shows that guidelines smaller than 31 cm indicate reduced muscle mass and a greater risk of developing sarcopenia⁽²³⁾.

Figure 2. Calf Perimeter, 2017.



The measurement of the perimeter of the left calf is a good parameter for assessing muscle mass in the elderly. Measures smaller than 31 cm are indicative of reduced muscle mass (sarcopenia) and are associated with an increased risk of falls, decreased muscle strength and functional

Source: Elderly Health Handbook (2017, p.16)⁽²³⁾



Diversos testes podem ser utilizados para avaliar o desempenho físico. O método mais utilizado é o teste de velocidade da marcha de seis metros. Nele é medido o tempo, em segundos, que o indivíduo leva para percorrer uma distância de seis metros. O ponto de corte indicativo de desempenho ruim é uma velocidade inferior a 0,8m/s. O referido teste pode ser utilizado para prever ou refletir o estado ou funcionalidade do indivíduo⁽⁹⁾.

O Time Up and Go Test também poderá ser utilizado para avaliar o desempenho físico, por ser um teste de fácil aplicabilidade e de custo reduzido, avalia força e velocidade num único teste. Consiste no indivíduo sair da sua posição sentado numa cadeira, levantar-se, andar três metros e retornar à postura sentado na cadeira⁽⁹⁾.

O Short Physical Performance Battery é um instrumento que avalia o desempenho físico, por meio de uma combinação de testes de equilíbrio, velocidade da marcha, além da força e resistência dos membros inferiores. Um instrumento completo, o qual tem sido recomendado como padrão ouro para avaliação do desempenho físico⁽²⁾.

Desenvolvimento da sarcopenia

A massa e a força muscular variam ao longo da vida, geralmente aumentam na adolescência e na idade adulta, mantendo-se constante na meia idade e diminuindo na terceira idade⁽²⁴⁾. Em alguns indivíduos, a sarcopenia pode ser atribuída ao envelhecimento. Em outros casos, uma variedade de fatos pode ser evidenciada. Assim, definiu-se como sarcopenia primária aquela relacionada ao processo de envelhecimento, quando nenhuma outra causa é evidente. Já a secundária ocorre quando uma ou mais causas, além do envelhecimento, estão presentes (Figura 3)⁽⁶⁾.

Em adição, a sarcopenia pode ocorrer secundariamente a outras patologias, como doença cística, especialmente aquelas cuja característica principal seja o desenvolvimento de processos inflamatórios. A inatividade e a ingestão inadequada de nutrientes também contribuem para o desenvolvimento da sarcopenia (Figura 3)⁽⁶⁾.

A sarcopenia poderá ser categorizada como uma condição aguda ou crônica. Se a duração for menor que seis meses, é considerada aguda, enquanto a sarcopenia crônica possui duração igual ou superior a seis meses. Sabe-se que a sarcopenia aguda, geralmente, está relacionada a uma doença ou lesão aguda, e a sarcopenia crônica a uma condição crônica e progressiva, que aumenta o risco de morte⁽⁶⁾.

Several tests can be used to evaluate physical performance. The most used method is the six-meter gait speed test. It measures the time that the individual takes to cover a distance of six meters in seconds. The cut-off point indicative of poor performance is a speed below 0.8m/s. The test can also be used to predict or reflect the individual's state or functionality⁽⁹⁾.

The Time Up and Go Test can also be used to assess physical performance, because it is an easy applicability and low-cost test, which evaluates strength and speed in a single examination. The tests consist in the individual leaving his position sitting in a chair, getting up, walking three meters and returning to the posture sitting in the chair⁽⁹⁾.

The Short Physical Performance Battery is an instrument to assess physical performance through a combination of balance tests, walking speed, strength and lower limbs endurance. A complete instrument recommended as the gold standard for assessing physical performance⁽²⁾.

Sarcopenia development

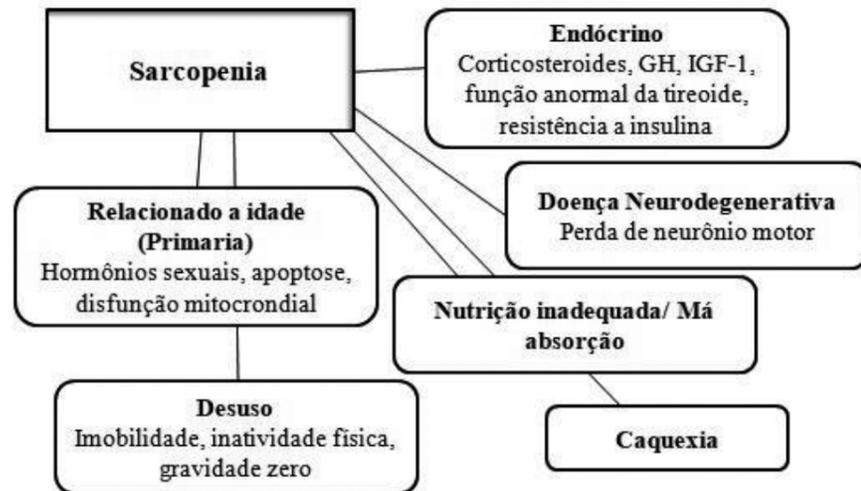
Muscle mass and strength vary throughout life. It generally increases in adolescence and adulthood, remaining constant in middle age and decreasing in the elderly. Sarcopenia can be attributed to aging in certain individuals. In other cases, multiple facts can be highlighted. Primary sarcopenia was related to the aging process when no other cause is evident. The secondary occurs when one or more causes, in addition to aging, are present (Figure 3)⁽⁶⁾.

Sarcopenia can occur secondarily to other pathologies, such as cystic condition, especially those whose principal characteristic are inflammatory processes. Inactivity and inadequate nutrient intake also contribute to sarcopenia development (Figure 3)⁽⁶⁾.

Sarcopenia can be categorized as an acute or chronic condition. If it lasts less than six months, the condition is considered acute. Chronic sarcopenia lasts for six months or more. Acute sarcopenia is generally related to an acute illness or injury and chronic sarcopenia to a chronic and progressive condition that increases the risk of death⁽⁶⁾.



Figura 3. Mecanismo de sarcopenia, 2010



Fonte: Cruz-Jentoft, Baeyens, Bauer, Boirie, Cederholm, Landi, et al., 2010⁽⁹⁾

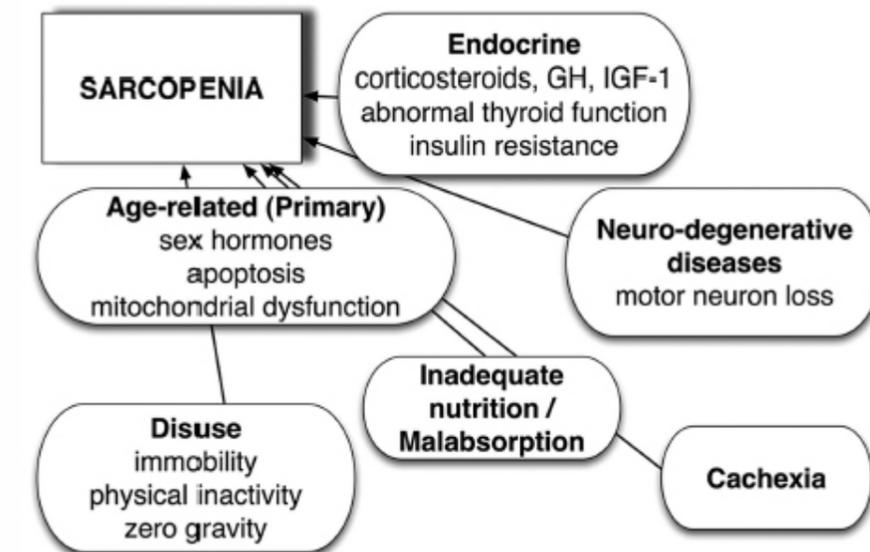
Intervenção terapêutica

A abordagem terapêutica atual baseia-se em intervenções não farmacológicas. As mais efetivas para a prevenção e tratamento da sarcopenia são baseadas na prática de atividade física e na ingestão nutricional adequada de macro e micronutrientes, influenciando diretamente sobre a massa, força muscular e desempenho físico^(2,18).

No entanto, até o momento é difícil fornecer uma prescrição de atividade física específica para o manejo da sarcopenia. Sabe-se, apenas, que algumas recomendações podem ser eficazes na prevenção e reversão da doença. Destaca-se que o treino de resistência tem se mostrado promissor na prevenção e reversão da sarcopenia, ao passo que irá atuar diretamente sobre os componentes que a determinam⁽²⁵⁾. Assim, a recomendação será a de incluir no programa de treinamento exercícios de equilíbrio, de resistência e de força, realizados em horários regulares, ao menos três vezes por semana, durante três meses^(9,18).

Embora a nutrição seja considerada um ponto importante para o manejo da sarcopenia, não há evidências robustas que tragam recomendações nutricionais. Todavia, diversos estudos sugerem que a manutenção da ingestão adequada de proteínas pode ajudar a preservar a massa e a força muscular em adultos e idosos⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Figure 3. Sarcopenia mechanism, 2010.



Source: Cruz-Jentoft, Baeyens, Bauer, Boirie, Cederholm, Landi, et al., 2010⁽⁹⁾

Therapeutic intervention

Non-pharmacological interventions are the foundation of current therapeutic approach. The practice of physical activity and the adequate nutritional intake of macro and micronutrients are the most effective therapies to sarcopenia prevention and treatment. It directly affects the mass, muscle strength and physical performance^(2,18).

However, until now to provide a prescription of specific physical activity for sarcopenia management is difficult. Some recommendations can be effective in preventing and reversing the disease. Resistance training has been very promising in preventing and reversing sarcopenia, while acting directly on components that determine it⁽²⁵⁾. Thus, the recommendation will be to include balance, resistance and strength exercises in the training program performed at regular times at least three times a week, for three months^(9,18).

Although nutrition has been considered important to sarcopenia management, there is no evidence to suggest dietary recommendations. However, various studies have suggested that maintaining adequate protein intake can help preserve muscle mass and strength⁽²⁷⁻²⁸⁾.



Até o presente momento não existe um medicamento destinado especificamente ao tratamento da sarcopenia. Intervenções farmacológicas estão sendo desenvolvidas, mas nenhum agente demonstrou ser clinicamente eficaz em manter ou aumentar a massa ou função muscular⁽¹⁶⁾.

Assim, devido ao alto impacto que a sarcopenia causa sobre a qualidade de vida da pessoa idosa, programas de sensibilização da ingestão adequada de nutrientes, combinada à prática de atividade física, mostram-se eficazes na prevenção e reversão da doença.

Avaliando a qualidade de vida em idosos com sarcopenia

Sabe-se que a sarcopenia está intimamente associada ao desenvolvimento de desfechos clínicos adversos na população idosa, principalmente alterações na Qualidade de Vida (QV)^(6,11).

O questionário SarQol[®] (Sarcopenia and Quality of Life) foi desenvolvido para avaliar a QV em indivíduos com sarcopenia; aumentar a precisão das avaliações clínicas sobre o bem-estar e os impactos físicos, psíquicos e sociais da doença; avaliar as mudanças na QV ao longo do tempo em idosos; além de avaliar a relevância das intervenções terapêuticas no campo da sarcopenia, medindo sua efetividade em termos de mudanças na QV⁽¹¹⁾.

O questionário é composto por 55 itens traduzidos em 22 questões. Os itens são organizados em sete domínios, os quais avaliam a saúde física e mental (8 itens), a locomoção (9 itens), a composição corporal (3 itens), a funcionalidade (14 itens), as atividades de vida diária (15 itens), as atividades de lazer (2 itens) e o medo (4 itens). O questionário é pontuado, por meio da Escala de Likert de quatro pontos. A pontuação total varia de 0 a 100 pontos, em que a maior pontuação refletirá maior QV⁽²⁹⁾.

A utilização de tal ferramenta poderia aumentar a precisão da avaliação do idoso com sarcopenia, tendo em vista que o questionário mostrou ser válido, consistente e confiável e, portanto, pode ser recomendado tanto na prática clínica quanto na pesquisa. Além de ser auto administrado, de fácil compreensão elevando um tempo aproximado de 10 a 15 minutos para ser administrado⁽²⁹⁻³⁰⁾. O SarQoL pode ser utilizado tanto por pacientes com sarcopenia quanto por qualquer população com função muscular prejudicada^(11,30).

O déficit na QV provocado pela sarcopenia tem repercussões importantes, tanto socialmente, quanto economicamente. Diante disso, melhorias na QV das pessoas com sarcopenia devem ser prioridade para futuras intervenções destinadas a prevenir e tratar a doença⁽¹¹⁾.

Considerações Finais

No contexto atual de envelhecimento da população, um grande desafio para a saúde pública é limitar o ônus da sarcopenia. As prevalências de incapacidades e de dependência funcional estão in-

To date, there is no drug specifically directed to treat sarcopenia. Pharmacological interventions are under development, but no agent has been shown to be clinically effective in maintaining or increasing muscle mass or function⁽¹⁶⁾.

Due to the high impact of sarcopenia on the elderly quality of life programs to show the adequate intake of nutrients, combined with the practice of physical activity are significantly effective in preventing and reversing the disease.

Assess quality of life of the elderly with sarcopenia

Sarcopenia is closely linked to the development of adverse clinical results in the elderly population, particularly changes in Quality of Life (QOL)^(6,11). The SarQol[®] questionnaire (Sarcopenia and Quality of Life) was developed to evaluate QOL in individuals with sarcopenia; to increase the accuracy of clinical assessments on well-being and physical, psychological and social impacts of the disease; assess changes in QOL over time in the elderly; to assess the relevance of therapeutic interventions in sarcopenia, measuring the effectiveness in terms of changes in QOL⁽¹¹⁾.

The questionnaire consists of 55 items translated into 22 questions. The items are organized into seven areas which evaluate physical and mental health (8 items), locomotion (9 items), body composition (3 items), functionality (14 items), daily life activities (15 items), leisure activities (2 items) and fear (4 items). The questionnaire is scored using the four-point Likert Scale. The total score ranges from 0 to 100 points and the highest score reflects the highest QOL⁽²⁹⁾.

The use of the questionnaire could improve the evaluation of the elderly with sarcopenia considering that this tool has proved to be valid, consistent and reliable. Therefore, it can be recommended both in clinical practice and in research. It is also self-administered and easy to understand, taking around 10 to 15 minutes to be administered⁽²⁹⁻³⁰⁾. SarQoL can be used both by patients with sarcopenia and by any population with impaired muscle function^(11,30).

The deficit in QOL caused by sarcopenia has important socially and economically repercussions. Improvements in QOL of people with sarcopenia should be a priority for future interventions intended to prevent and treat the disease⁽¹¹⁾.

Final Considerations

Considering the ageing population, a great public health challenge is to restrict the sarcopenia burden. Disabilities and functional dependence prevalence is closely connected to strength and skeletal



timamente associadas à redução da força e da massa muscular esquelética, que ocorre até mesmo em indivíduos saudáveis. Suas consequências afetam diretamente a funcionalidade e a qualidade de vida do idoso, com sérias repercussões sobre os aspectos sociais, econômicos e de saúde.

Ressalta-se a importância da realização de avaliações periódicas de indivíduos que estejam em risco de desenvolver a sarcopenia. Espera-se que tais observações facilitem a instituição de intervenções precoces, de maneira que possam ajudar a prevenir, retardar ou reverter a progressão da sarcopenia e seus resultados adversos.

Apesar das pesquisas científicas terem direcionado seus esforços para a compreensão desse agravo, seus métodos diagnósticos ainda são bastante divergentes, devido aos diferentes métodos para mensurar cada uma de suas variáveis, além dos diferentes pontos de corte utilizados.

É fundamental o desenvolvimento de estudos que direcionem seus esforços para melhor compreensão dos aspectos fisiopatológicos da sarcopenia, bem como a otimização de métodos, instrumentos utilizados no rastreamento e diagnóstico precoce e avaliação de medidas terapêuticas efetivas. Aprimorar os conhecimentos na área significa melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Questões para reflexão

1. O avanço da idade promove diversas alterações morfo-fisiológicas-funcionais que tornam a pessoa susceptível a perder sua autonomia funcional. Uma dessas principais características é a perda de massa muscular. Os efeitos da massa muscular e da manutenção dela na população idosa têm sido amplamente estudados, e é fundamental para o profissional que trabalha com idoso o conhecimento de tal característica. Dadas as alternativas, indique a correta.

A) A perda de massa muscular associada a perda de força muscular, em decorrência da idade, denominada de sarcopenia, tende a fazer com que os idosos se tornem menos capazes de realizar suas atividades do dia a dia, mas pode ser revertida e impedida pela prática de exercícios, especialmente os exercícios que têm por objetivo o aumento da força muscular, associado a uma alimentação saudável.

B) A perda de massa muscular em decorrência da idade, denominada de dinapenia, tende a fazer com que os idosos se tornem menos capazes de realizar as atividades físicas do dia a dia, mas pode ser revertida ou impedida pela prática de exercícios, especialmente os exercícios que têm por objetivo o aumento da força muscular.

C) A perda de massa muscular em decorrência da idade, denominada de dinapenia, tende a fazer com que os idosos se tornem menos capazes de realizar as atividades físicas do dia a dia, mas, embora não possa ser revertida ou impedida pela prática de exercícios físicos, os exercícios que usam a resistência externa tendem a retardar essas perdas.

D) Idosos, por perderem massa muscular (denominado por sarcopenia), têm os exercícios na água como os principais para melhora de sua funcionalidade, especialmente quando o objetivo for, além de aumentar a massa muscular, impedir o surgimento da osteoporose. Ao mesmo tempo, idosos não devem realizar exercícios que promovam impacto, por estes acelerarem o surgimento de enfraquecimento ósseo.

E) A perda de massa muscular em decorrência da idade, denominada de sarcopenia, tende a fazer com

muscle mass decrease and it occurs even in healthy individuals. The consequences affect the elderly functionality and quality of life which has serious repercussions on social, economic and health aspects.

Carrying out periodic evaluations of individuals who are at risk of developing sarcopenia is very important. It is expected that this observation could promote early interventions and help prevent, delay or reverse sarcopenia progression and its adverse outcomes.

Although scientific research has strongly focused its efforts to understand sarcopenia the diagnostic methods are still quite divergent because of the different methods used to measure each variable and the different cutoff points.

Developing studies to better understand sarcopenia pathophysiological aspects is essential as well as optimization of methods, screening instruments and early diagnosis and evaluation of therapeutic measures. Improving knowledge means improving the elderly quality of life.

Issues to consider

1. The advancing age promotes several morpho-physiological-functional changes that can affect functional autonomy. Loss of muscle mass is one of its key characteristics. The effects of muscle mass and its maintenance on the elderly population have been extensively investigated and the professional who works with seniors might to know this characteristics. Choose the correct answer.

A) The loss of muscle mass and strength due to age, called sarcopenia, makes the elderly less able to carry out daily physical activities but exercises that aim to increase muscle strength associated with healthy eating can reverse and prevent the disease.

B) The loss of muscle mass due to age, called dinapenia, makes the elderly less able to carry out daily physical activities, but exercises that aim to increase muscle strength can reverse and prevent the disease

C) The loss of muscle mass due to age, called dinapenia, makes the elderly less able to carry out daily physical activities, but exercises that use external resistance usually to delay these losses. Although it cannot be reversed or prevented by exercising.

D) Because of the loss of muscle (called sarcopenia), elderly people improve functionality with water, especially when the objective is increase muscle mass and prevent osteoporosis. At the same time the elderly should not perform impact exercises to delay bone weakness.

E) The loss of muscle mass due to age, called sarcopenia, makes the elderly less able to carry out daily physical activities, but exercises that use external resistance usually to delay these losses. Although it cannot be reversed or prevented by exercising.

2. Analyze the statements about Sarcopenia and choose from True (T) to False (F) marking the alternative with the correct sequence from top to bottom:

() Sarcopenia is a muscle syndrome characterized by low muscle strength, which is screened using the SARC-F instrument.

() Obesity is currently considered a protective factor for sarcopenia, since this syndrome is directly



que os idosos se tornem menos capazes de realizar as atividades físicas do dia a dia, mas, embora não possa ser revertida ou impedida pela prática de exercícios físicos, os exercícios que usam a resistência externa tendem a retardar essas perdas.

2. Analise as afirmativas abaixo sobre a Sarcopenia e dê valores Verdadeiro (V) ou falso (F) assinalando a alternativa que apresenta a sequência correta de cima para baixo:

() A sarcopenia é definida como uma síndrome muscular caracterizada por baixa força muscular, cujo rastreamento se dá por meio da utilização do instrumento SARC-F.

() A obesidade é considerada fator de proteção da sarcopenia, uma vez que essa síndrome está diretamente associada a situações de magreza ou desnutrição, e não ao excesso de peso.

() Após a sarcopenia instalada, o exercício físico é apenas paliativo no tratamento, não sendo possível reverter essa condição.

() A prática de exercício físico associado a uma nutrição adequada são as intervenções mais efetivas quando se fala em sarcopenia.

A sequência correta é:

- A. V-V-V-F
- B. V-V-F-F
- C. F-V-F-V
- D. F-F-V-V
- E. V-F-F-V

Referências

1. United Nations. World population aging 2017. New York: United Nations; 2017.
2. Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
3. Buffa R, Floris GU, Putzu PF, Marini E. Body composition variations in ageing. Coll Antropol. 2011;35(1):259-65.
4. Visser M, Harris TB. Body composition and aging. In: Newman AB, Cauley JA. The epidemiology of aging. Pittsburgh: Springer; 2012. p.275-92.
5. Rosenberg I. Summary comments: epidemiological and methodologica problems in determining nutritional status of folder persons. Am J Clin Nutr. 1989;50(5): 1231-3.
6. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age and Ageing. 2019;48(1):16-31.

associated with emaciation or malnutrition and not with excess weight.

() After the onset of sarcopenia, physical exercise is only a palliative care and it is not possible to reverse this condition.

() The practice of exercise in association with adequate nutrition are the most effective interventions in treatment and prevention of sarcopenia.

The correct sequence is:

- A. T-T-T-F
- B. T-T-F-F
- C. F-T-F-T
- D. F-F-T-T
- E. T-F-F-T

References

1. United Nations. World population aging 2017. New York: United Nations; 2017.
2. Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
3. Buffa R, Floris GU, Putzu PF, Marini E. Body composition variations in ageing. Coll Antropol. 2011;35(1):259-65.
4. Visser M, Harris TB. Body composition and aging. In: Newman AB, Cauley JA. The epidemiology of aging. Pittsburgh: Springer; 2012. p.275-92.
5. Rosenberg I. Summary comments: epidemiological and methodologica problems in determining nutritional status of folder persons. Am J Clin Nutr. 1989;50(5): 1231-3.
6. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age and Ageing. 2019;48(1):16-31.
7. Bischoff-Ferrari HA, Orav JE, Kanis JÁ, Orav JE, Kanis JÁ, Rizzoli R, Schlogl M, Staehelin HB, et al. Comparative performance of current definitions of sarcopenia against the prospective incidence of falls among community-dwelling seniors age 65 and older. Osteoporosis International. 2015; 26(12):2793-802.
8. Schaap LA, van Schoor NM, Lips P, Visser M. Associations of sarcopenia definitions, and their components, with the incidence of recurrent falling and fractures: the longitudinal aging study Amsterdam. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2018;73(9):1199–204.



7. Bischoff-Ferrari HA, Orav JE, Kanis JÁ, Orav JE, Kanis JÁ, Rizzoli R, Schlogl M, Staehelin HB, et al. Comparative performance of current definitions of sarcopenia against the prospective incidence of falls among community-dwelling seniors age 65 and older. *Osteoporosis International*. 2015; 26(12):2793-802.
8. Schaap LA, van Schoor NM, Lips P, Visser M. Associations of sarcopenia definitions, and their components, with the incidence of recurrent falling and fractures: the longitudinal aging study Amsterdam. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2018;73(9):1199–204.
9. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European Consensus on definition and diagnosis: reproof the European Working Group on Sarcopenia. *Age Ageing*. 2010; 39(4):412-23.
10. Masanes F, Culla A, Navarro-Gonzalez M, Navarro-Lopes M, Sacanella E, Torres B, et al. Prevalence of sarcopenia in healthy community-dwelling elderly in an urban area of Barcelona (Spain). *J Nutr Health Again*. 2012;16(2):184-7.
11. Beudart C, Reginster JY, Geerinck A, Locquet M, Bruyere O. Current review of the SarQoL®: a health-related quality of life questionnaire specific to sarcopenia. *Expert Review of Pharmacoeconomics & outcomes research*. 2017;17(4):335-41.
12. Vellas B, Fielding RA, Bens C, Bernabei R, Cawthon PM, Cederholm T, et al. Implications of ICD-10 for sarcopenia clinical practice and clinical trials: report by the International Conference on Frailty and Sarcopenia Research Task Force. *J Frailty Aging*. 2018;7(1):2-9.
13. Malmstrom TK, Morley JE. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(8):531-32.
14. Barbosa-Silva TG, Menezes AM, Biellmann RM, Malmstrom TK, Gonzalez MC. Enhancing Sarc-f: improving sarcopenia screening in the clinical practice. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(12):1136-41.
15. Ibrahim K, May C, Patel HP, Baxter M, Sayer AA, Roberts H. A feasibility study of implementing grip strength measurement into routine hospital practice (GRIMP): study protocol. *Pilot Feasibility Stud*. 2016;2(27):1-10.
16. Beudart C, McCloskey E, Bruyere O, Cesari M, Rolland Y, Rizzoli R, et al. Sarcopenia in daily practice: assessment and management. *BMC Geriatrics*. 2016;16(170):1-10.
17. Thomas DR. Sarcopenia. *Clin Geriatr Med*. 2010;26(2):331-46.
18. Landi F, Liperoti K, Fusco D, Mastropaolo S, Quattrocioni D, Proia A, et al. Prevalence and Risk Factors of Sarcopenia Among Nursing Home Older Residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2011;67(1):48-55.
19. Yu SCY, Powell A, Khow KSF, Visvanathan R. The performance of five bioelectrical impedance analysis prediction equations against dual X-ray absorptiometry in estimating appendicular skeletal muscle mass in an Adult Australian Population. *Nutrients*. 2016;8(189):1-8.

9. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European Consensus on definition and diagnosis: reproof the European Working Group on Sarcopenia. *Age Ageing*. 2010; 39(4):412-23.
10. Masanes F, Culla A, Navarro-Gonzalez M, Navarro-Lopes M, Sacanella E, Torres B, et al. Prevalence of sarcopenia in healthy community-dwelling elderly in an urban area of Barcelona (Spain). *J Nutr Health Again*. 2012;16(2):184-7.
11. Beudart C, Reginster JY, Geerinck A, Locquet M, Bruyere O. Current review of the SarQoL®: a health-related quality of life questionnaire specific to sarcopenia. *Expert Review of Pharmacoeconomics & outcomes research*. 2017;17(4):335-41.
12. Vellas B, Fielding RA, Bens C, Bernabei R, Cawthon PM, Cederholm T, et al. Implications of ICD-10 for sarcopenia clinical practice and clinical trials: report by the International Conference on Frailty and Sarcopenia Research Task Force. *J Frailty Aging*. 2018;7(1):2-9.
13. Malmstrom TK, Morley JE. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(8):531-32.
14. Barbosa-Silva TG, Menezes AM, Biellmann RM, Malmstrom TK, Gonzalez MC. Enhancing Sarc-f: improving sarcopenia screening in the clinical practice. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(12):1136-41.
15. Ibrahim K, May C, Patel HP, Baxter M, Sayer AA, Roberts H. A feasibility study of implementing grip strength measurement into routine hospital practice (GRIMP): study protocol. *Pilot Feasibility Stud*. 2016;2(27):1-10.
16. Beudart C, McCloskey E, Bruyere O, Cesari M, Rolland Y, Rizzoli R, et al. Sarcopenia in daily practice: assessment and management. *BMC Geriatrics*. 2016;16(170):1-10.
17. Thomas DR. Sarcopenia. *Clin Geriatr Med*. 2010;26(2):331-46.
18. Landi F, Liperoti K, Fusco D, Mastropaolo S, Quattrocioni D, Proia A, et al. Prevalence and Risk Factors of Sarcopenia Among Nursing Home Older Residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2011;67(1):48-55.
19. Yu SCY, Powell A, Khow KSF, Visvanathan R. The performance of five bioelectrical impedance analysis prediction equations against dual X-ray absorptiometry in estimating appendicular skeletal muscle mass in an Adult Australian Population. *Nutrients*. 2016;8(189):1-8.
20. Bruyère O, Beudart C, Reginster JY, Buckinx F, Schoene D, Hirani V, et al. Assessment of muscle mass, muscle strength and physical performance in clinical practice: An international survey. *Eur Geriatr Med*. 2016;7:243-6.



20. Bruyère O, Beaudart C, Reginster JY, Buckinx F, Schoene D, Hirani V, et al. Assessment of muscle mass, muscle strength and physical performance in clinical practice: An international survey. *Eur Geriatr Med.* 2016;7:243-6.

21. Landi F, Onder G, Russo A, Liperoti R, Tosato M, Martone AM, et al. Calf circumference, frailty and physical performance among older adults living in the community. *Clin Nutr.* 2014;33(3):539-44

22. Santos ACO, Machado MMO, Leite EM. Envelhecimento e alterações do estado nutricional. *Geriatrics & Gerontologia.* 2010;4(3):168-75.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Secretária de Atenção à Saúde. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 60p.

24. Dodds RM, Syddall HE, Cooper R, Benzeval M, Deary IJ, Dennison EM, et al. Grip strength across the life course: normative data from twelve British studies. *PLoS One.* 2014;9(12):e113637.

25. Kemmler W, Stengel SV, Engelke K, Haberle L, Wayhew JL, Kalender WA. Exercise, body composition, and functional ability. A randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* 2010;8(3):279-87.

26. Sahni S, Mangano KM, Hannan MT, Kiel DP, McLean RR. Higher Protein Intake Is Associated with Higher Lean Mass and Quadriceps Muscle Strength in Adult Men and Women. *J Nutr.* 2015;145(7):1569-75.

27. Genaro PS, Pinheiro MM, Szejnfeld VL, Martini LA. Dietary protein intake in elderly women: association with muscle and bone mass. *Nutr Clin Pract.* 2015;30(2):283-9.

28. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(8):542-59.

29. Beaudart C, Biver E, Reginster JY, Rizzoli R, Rolland Y, Bautmans I, et al. Development of a self-administrated quality of life questionnaire for sarcopenia in elderly subjects: the SarQoL. *Age and Ageing.* 2015;44(6):960-66.

30. Beaudart C, Biver E, Reginster JY, Rizzoli R, Rolland Y, Bautmans I, et al. Validation of the SarQoL, a specific health-related quality of life questionnaire for sarcopenia. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle.* 2016;8(2):238-44.

21. Landi F, Onder G, Russo A, Liperoti R, Tosato M, Martone AM, et al. Calf circumference, frailty and physical performance among older adults living in the community. *Clin Nutr.* 2014;33(3):539-44

22. Santos ACO, Machado MMO, Leite EM. Envelhecimento e alterações do estado nutricional. *Geriatrics & Gerontologia.* 2010;4(3):168-75.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Secretária de Atenção à Saúde. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 60p.

24. Dodds RM, Syddall HE, Cooper R, Benzeval M, Deary IJ, Dennison EM, et al. Grip strength across the life course: normative data from twelve British studies. *PLoS One.* 2014;9(12):e113637.

25. Kemmler W, Stengel SV, Engelke K, Haberle L, Wayhew JL, Kalender WA. Exercise, body composition, and functional ability. A randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* 2010;8(3):279-87.

26. Sahni S, Mangano KM, Hannan MT, Kiel DP, McLean RR. Higher Protein Intake Is Associated with Higher Lean Mass and Quadriceps Muscle Strength in Adult Men and Women. *J Nutr.* 2015;145(7):1569-75.

27. Genaro PS, Pinheiro MM, Szejnfeld VL, Martini LA. Dietary protein intake in elderly women: association with muscle and bone mass. *Nutr Clin Pract.* 2015;30(2):283-9.

28. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(8):542-59.

29. Beaudart C, Biver E, Reginster JY, Rizzoli R, Rolland Y, Bautmans I, et al. Development of a self-administrated quality of life questionnaire for sarcopenia in elderly subjects: the SarQoL. *Age and Ageing.* 2015;44(6):960-66.

30. Beaudart C, Biver E, Reginster JY, Rizzoli R, Rolland Y, Bautmans I, et al. Validation of the SarQoL, a specific health-related quality of life questionnaire for sarcopenia. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle.* 2016;8(2):238-44.



CAPÍTULO 8

TRANSTORNO DO SONO EM IDOSOS

Khelyane Mesquita de Carvalho¹

Cynthia Roberta Dias Torres Silva²

Polyana Norberta Mendes³

Ruth Suelle Barros Fonseca⁴

Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁵

Considerações Iniciais

Os transtornos do sono (TS) são condições comuns e tem impacto significativo no bem-estar físico e psicológico de idosos, contribuindo para importantes questões de saúde, como o risco de queda, comprometimento cognitivo e prejuízo da função respiratória e cardiovascular. No envelhecimento, as modificações na arquitetura do sono ocasionam diminuição do funcionamento físico, problemas de memória, aumento do risco de queda e de mortalidade precoce; o que pode ser corroborado pela associação significativa de distúrbios do sono à mortalidade e morbidade nessa faixa etária⁽¹⁵⁾.

No Brasil, estudo de coorte Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), realizado em São Paulo, Brasil, com 1.334 idosos com 60 anos ou mais revelou prevalência de 44,9% de distúrbios de sono entre os participantes, tendo como fatores preditores gênero, doenças articulares, noctúria e incontinência urinária, os quais não eram linearmente dependentes da idade (MORENO et al., 2019).

Na população idosa, a insônia é referida como a categoria de transtornos de sono mais frequente e diretamente associada a transtornos psiquiátricos. Destacam-se ainda os Transtornos do Sono (TS) relacionados com distúrbios respiratórios; Transtornos de hipersonolência; Transtornos do Ritmo circadiano de sono e vigília; Parassomias e TS relacionados com distúrbios do movimento e Insônia⁽¹⁾.

Diferentes fatores podem influenciar o padrão de sono no contexto do envelhecimento, como mudanças fisiológicas, estado psicológico, emocional, cognitivo e social, doenças crônicas e seus tratamentos, condições econômicas, deficiências físicas e mudanças no arranjo familiar. Dentre os fatores preditores de alterações na arquitetura do sono frequentemente apontados destacam-se: sexo femi-

1 Enfermeira, Doutora,, Professora na Universidade Federal do Piauí

2 Enfermeira, Doutoranda, Professora no Instituto Federal do Pernambuco

3 Enfermeira, Mestre, Professora do Centro Universitário Santo Agostinho

4 Enfermeira, Doutoranda, Técnico Administrativo na Universidade Federal do Piauí

5 Enfermeira, Doutora, Docente na Universidade Federal do Piauí

CHAPTER 8

SLEEP DISORDERS IN OLDER PEOPLE

Khelyane Mesquita de Carvalho¹

Cynthia Roberta Dias Torres Silva²

Polyana Norberta Mendes³

Ruth Suelle Barros Fonseca⁴

Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁵

Initial considerations

Sleep disorders (SD) are common conditions and have a significant impact on the physical and psychological well-being of older people, contributing to important health problems such as the risk of falls, cognitive impairment, and compromised respiratory and cardiovascular function. Changes in the sleep architecture during aging cause decreased physical functioning, memory problems, increased risk of falls, and early mortality. This can be corroborated by the significant association between SD and mortality and morbidity in this age group⁽¹⁵⁾.

Brazil, a cohort study on Health, Well-Being and Aging (SABE) carried out in São Paulo, Brazil, with 1,334 older people aged 60 or over revealed a 44.9% prevalence of SD among the participants. The predictive factors were gender, joint diseases, nocturia and urinary incontinence, which were not linearly dependent on age (MORENO et al., 2019).

In the elderly population, insomnia is referred to as the category of SD which is most frequent and directly associated with psychiatric disorders. Also noteworthy are SD related to respiratory disorders, hypersomnolence disorders, sleep-wake circadian rhythm disorders, parasomnia, movement disorders, and insomnia⁽¹⁾.

Different factors can influence the sleep pattern in the context of aging, including physiological changes; psychological, emotional, cognitive and social state; chronic diseases and their treatments; economic conditions; physical disabilities; and changes in the family arrangement. Among the predictive factors for changes in sleep architecture frequently pointed out, the following stand out: female

1 Nurse, PhD, Professor at the Federal University of Piauí

2 Nurse, PhD student of the Graduate Nursing Program at UFPI, Professora at the Federal Institute of Pernambuco

3 Nurse, Master of Nursing, Professor at the Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)

4 Nurse, PhD student of the Graduate Nursing Program at UFPI, Administrative Technician at the Federal University of Piauí

5 Nurse, PhD, Professor at the Federal University of Piauí



nino, comorbidades, trabalho por turnos, menor status socioeconômico, desemprego, menor status socioeconômico, menopausa e envelhecimento^(2,3,5).

Devido às modificações cerebrais próprias do envelhecimento e pela restrição natural de atividades físicas verificam-se comumente alterações no padrão de rotina que impactam diretamente no sono noturno, como tirar sonecas durante o dia, ingerir alimentos calóricos no jantar e a ausência ou diminuição de atividades diurnas tendem a interferir na qualidade do sono à noite. As alterações no sono também podem ser sintomas peculiares de doenças, como Mal de Parkinson, problemas respiratórios e sobrepeso.

A característica essencial da insônia na população idosa é o aumento da latência do sono, o que acarreta dificuldade para iniciar o sono e os numerosos despertares noturnos. Na prática clínica, queixas relativas ao sono leve, período de tempo inferior a oito horas diárias e ansiedade tendem a apresentar-se como impeditivos para manutenção de um sono tranquilo e reparador. No entanto, para serem considerados clinicamente significativos, esses sintomas devem ocorrer pelo menos três vezes por semana por um período mínimo de um mês e estarem associados com sofrimento importante e/ou com prejuízo no funcionamento social e ocupacional do indivíduo⁽¹⁾.

Diante do exposto, é notório que a alteração do padrão sono-vigília traz impactos negativos para o desenvolvimento das funções diárias dos idosos. Interferem negativamente diminuindo os níveis de vigilância e promove efeitos negativos sobre o desempenho em tarefas que requerem atenção e concentração e produzem efeitos psicológicos tais como irritabilidade, tensão, depressão, ansiedade, confusão, fadiga, sentimentos de ira e insatisfação com a vida⁽¹³⁾. As variáveis idade, morbidade, tabagismo e dor estão significativamente associadas aos problemas que interferem na satisfação da necessidade de dormir/repousar entre idosos⁽¹⁶⁾.

Objetivos

Neste capítulo você irá compreender os componentes do sono e as mudanças em sua arquitetura relacionadas ao envelhecimento; aprenderá sobre o manejo dos transtornos do sono em idosos e a importância do incentivo pela equipe multiprofissional do uso das técnicas não farmacológicas de tratamento, em detrimento do consumo abusivo de hipnóticos. Com a leitura, será possível sistematizar o conhecimento a respeito dos fatores que influenciam na qualidade e quantidade do sono e da importância do sono na saúde do idoso, com impacto significativo em sua qualidade de vida.

Arquitetura do sono

O sono é um estado transitório e reversível que se alterna com o estado de vigília. Nesse período ocorre redução da atividade motora, diminuição da interação e receptividade ao meio ambiente, o

sex, comorbidades, work in shifts, lower socioeconomic status, unemployment, lower socioeconomic status, menopause and aging^(2,3,5).

Brain changes inherent to aging and natural restriction of physical activities, changes in the routine pattern that directly impact on night sleep such as taking naps during the day, eating caloric foods at dinner and having few or no activities to carry out during daytime tend to interfere with sleep quality at night. Changes in sleep can also be peculiar symptoms of diseases such as Parkinson's disease, breathing problems and overweight.

The essential characteristic of insomnia in the elderly population is increased sleep latency, which causes difficulty in initiating sleep and frequent nocturnal awakenings. In clinical practice, complaints about light sleep, less than eight hours a day of sleep, and anxiety tend to represent impediments to maintaining a quiet and restful sleep. However, to be considered clinically significant, these symptoms must occur at least three times a week for a minimum period of one month and be associated with significant suffering and/or impairment of the individual's social and occupational functioning⁽¹⁾.

In view of the above considerations, it is clear that changes in the sleep-wake pattern have negative impacts on the development of daily functions of older people. They interfere negatively by reducing levels of vigilance and promoting negative effects on performance during tasks that require attention and concentration, producing psychological effects such as irritability, tension, depression, anxiety, confusion, fatigue, feelings of anger, and dissatisfaction with life⁽¹³⁾. The variables age, morbidity, smoking and pain are significantly associated with problems that interfere with the satisfaction of the need for sleep/rest among older people⁽¹⁶⁾.

Objectives

In this chapter you will understand the components of sleep and the changes in its architecture that are related to aging. You will learn about the management of SD in older people and the importance of encouraging the multidisciplinary team to use non-pharmacological treatment techniques to the detriment of the overuse of hypnotics. The reading will make it possible to systematize the knowledge about the factors that influence the quality and quantity of sleep and the importance of sleep for the health of older people, with a significant impact on their quality of life.

Sleep architecture

Sleep is a transient and reversible state that alternates with the waking state. During sleep, there is a reduction in motor activity, interaction and reception of stimuli from the environment, allowing the recovery of the energy spent during wakefulness, regulation of the cardiovascular and endocrine systems, and restoration of brain metabolism.

In a normal individual, the "sleep architecture" is structured in two phases called non-rapid eye movement (non-REM) sleep, which corresponds to slower brain activity, and rapid eye movement



que possibilita a recuperação do débito energético estabelecido durante a vigília, regulação do sistema cardiovascular e endócrino, além da restauração do metabolismo cerebral.

Em um indivíduo normal, a “arquitetura do sono” estrutura-se em duas fases chamadas sono não REM que corresponde ao mais lento e o sono REM com atividade cerebral mais rápida, ou (do inglês, movimentos rápidos dos olhos). Estas fases do sono se alternam ciclicamente ao longo da noite em um processo ativo envolvendo múltiplos e complexos mecanismos fisiológicos e comportamentais em várias regiões do sistema nervoso central(4).

Normalmente o sono não REM concentra-se na primeira parte da noite, e divide-se em três fases ou estágios, segundo a progressão da sua profundidade. Enquanto o sono REM predomina na segunda parte e caracteriza-se pela atividade cerebral de baixa amplitude e mais rápida, por episódios de movimentos oculares rápidos e de relaxamento muscular máximo. Além disso, este estágio também se caracteriza por ser a fase onde ocorrem os sonhos. Estas duas fases do sono repetem-se de 70 a 110 minutos, com 4 a 6 ciclos por noite(1).

O sono REM diz respeito ao movimento Rapid Eye Movimet (REM) caracterizado pelo estágio de sono dessincronizado, com movimentos oculares rápidos de baixa amplitude e com alta frequência, o que configura como baixa eficiência e qualidade no sono; costuma ser o predominante em idosos com grandes despertar noturno. Já o estágio Não REM do sono é classificado como sono sincronizado, pois os movimentos oculares são formados por ondas de baixa frequência e uma grande amplitude, neste caso a pessoa apresenta uma melhor eficiência e qualidade no sono(1). Assim, determinar as características do padrão de sono dos idosos é fundamental, atentando para a quantidade mínima necessária de seis horas diárias de sono não REM.

Manejo do transtorno do sono em idosos

No idoso, o sono pode ser tão reparador quanto o de uma criança ou um jovem adulto, mas depende de condições satisfatórias, como silêncio, baixa iluminação, cama confortável e a disciplina de somente deitar se estiver com sono. Dessa forma, algumas medidas simples podem ser adotadas no tratamento dos TS tais como o emprego de intervenções educacionais e comportamentais como forma de evitar os tratamentos medicamentosos como primeira escolha.

Em grande parte dos idosos, a eficiência do sono diminui o que favorece o aumento de despertares noturno e dificuldade para adormecer novamente. Os idosos tendem acordar mais cedo, necessitam de cochilos breves durante o dia o que caracteriza diminuição da amplitude da ritmicidade circadiana. Estes fatores favorecem o aumento do uso de medicações hipnóticas(6).

E embora exista a orientação de cautela no uso de medicamentos, o Brasil é o país que mais consome benzodiazepínico no mundo e isso acontece há mais de meio século, principalmente por apresentar resposta em curto espaço de tempo. Estudos registram que acima dos 65 anos, as taxas de consumo de medicamentos para esse transtorno variam entre 3% e 21% nos homens e 7% e 29% nas mulheres, comparando com 2% a 4% nas demais faixas etárias(6).

(REM) sleep with faster brain activity. These phases alternate cyclically throughout the night in an active process involving multiple and complex physiological and behavioral mechanisms in various regions of the central nervous system(4).

Normally non-REM sleep is concentrated in the first part of the night and is divided into three phases or stages according to the progression of sleep depth. In turn, REM sleep predominates in the second part of the night and is characterized by low-amplitude and faster brain activity, episodes of rapid eye movement and maximum muscle relaxation. This stage is also characterized by being the moment when dreams occur. These two phases of sleep are repeated from 70 to 110 minutes, with 4 to 6 cycles per night(1).

REM sleep is characterized by desynchronized sleep, with rapid eye movements of low amplitude and high frequency, which represents low efficiency and quality in sleep. This phase tends to be predominant in older people with greater frequency of nocturnal awakenings. The non-REM phase of sleep, on the other hand, is classified as synchronized sleep, when eye movements are formed by low-frequency and large-amplitude waves; in this case the person has better efficiency and quality in sleep(1). Thus, determining the characteristics of the sleep pattern of older people is essential, with emphasis on the minimum necessary amount of six hours of non-REM sleep per day.

Management of sleep disorders in older people

In older people, sleep can be as restful as that of a child or young adult, but it depends on satisfactory conditions such as silence, low lighting, comfortable bed and the adoption of discipline as to lying down only in case of being sleepy. Thus, some simple measures such as the use of educational and behavioral interventions can be adopted in the treatment of SD, as a way to avoid drug treatments as the first choice.

Most elderly people experience a decrease in sleep efficiency leading to more frequent nocturnal awakenings and difficulty falling asleep again. Older people tend to wake up earlier and need brief naps during the day, which characterizes a decrease in the amplitude of circadian rhythmicity. These factors favor the increased use of hypnotic medications(6).

Although caution in the use of medicines is advised, Brazil is the country that most consumes benzodiazepines in the world and this has been happening for more than half a century, mainly due to fast responses. Studies report that over 65 years of age, medicine consumption rates for this disorder vary between 3% and 21% in men and 7% and 29% in women, compared with 2% to 4% in other age groups(6).

The analysis of this context of medicalized practices shows that the undesirable effects of medicines increase the magnitude of the problem to an urgent level. Such effects include the risk of dependence and tolerance, especially in the case of chronic use, which allied to the multiple comorbidities and psychophysiological changes implied by the aging process turn older people more vulnerable to adverse and negative effects(7,8).



E ao desvelar esse contexto de práticas medicalizadas urge a magnitude do problema pelos efeitos indesejáveis da medicação, que inclui o risco de dependência e tolerância, especialmente em caso de uso crônico, o que somadas a múltiplas comorbidades e alterações psicofisiológicas do processo de envelhecimento tornam o idoso mais vulnerável a efeitos adversos e negativos^(7,8).

Nesse contexto, destacam-se as abordagens integrativas e terapias não farmacológicas como alternativas satisfatórias, seguras e sustentáveis na melhoria do padrão do sono de pessoas idosas. Além de favorecer a manutenção da saúde física e cognitiva, reduzem custos e o uso de recursos, além dos efeitos colaterais com estratégias comportamentais direcionadas para situações de hiperestimulação cognitiva ou fisiológica, hábitos de sono errôneos, a exemplo de excessivo tempo acordado na cama, ou a correção das atitudes e das crenças disfuncionais mal adaptadas acerca do sono.

Os tratamentos não farmacológicos apresentam a vantagem de possuírem efeitos mais sustentados ao longo do tempo e sem efeitos adversos significativos. Na literatura nacional e internacional, destacam-se cinco medidas não farmacológicas importantes, tais como: Terapia Cognitiva Comportamental, Higiene do sono, Terapia de resolução de problemas e Técnicas de relaxamento⁽⁶⁾. A Terapia Cognitiva Comportamental foi à intervenção mais utilizada em 63,63% dos estudos^(10,11,12,13).

Na prática clínica, as terapias não farmacológicas podem ser realizadas individualmente ou em grupo, sendo geralmente prescritas de acordo com os sintomas do paciente. Para que sejam consideradas efetivas, devem diminuir a latência do sono, aumentar o tempo total do sono e melhorar a funcionalidade diurna dos pacientes⁽¹⁴⁾. Ressalta-se ainda que a tendência atual é a utilização de uma abordagem multicomponente, que combina vários tratamentos bem estabelecidos para maximizar os resultados; no entanto tende a ser subutilizado devido a maior demanda de tempo de ação⁽⁹⁾.

Algumas características da avaliação subjetiva do padrão de sono (horário de deitar e acordar, tempo requerido para dormir, qualidade do sono, tempo total de sono, mudanças recentes no padrão de sono, grau de alerta diurno, padrão de cochilos e história de roncos) devem ser rigorosamente avaliadas bem como, excluir fatores externos potenciais (uso de medicamentos, álcool, dieta, níveis de atividades, presença de sintomas ou disfunções de outros órgãos ou sistemas, sono diurno) para que se tenha avaliação fidedigna para conduta adequada e consequentemente alcance dos objetivos.

Diante da magnitude dos problemas proporcionados por este agravo, chama-se atenção para busca imediata de um olhar diferenciado de equipe multiprofissional e interdisciplinar de saúde e a demanda urgente em promover hábitos saudáveis de vida para diminuição dos impactos futuros associados à má qualidade de sono.

Dessa forma, sendo os problemas relacionados ao sono uma importante prioridade, no que tange a qualidade de vida, é imprescindível o acompanhamento sistemático e contínuo de monitorização deste parâmetro que tanto impacta na saúde dos idosos.

Considerações finais

A má qualidade do sono pode proporcionar impactos negativos para o desenvolvimento das funções diárias da população idosa, com ênfase na capacidade funcional e cognitiva. Destaca-se que

In this context, integrative approaches and non-pharmacological therapies stand out as satisfactory, safe and sustainable alternatives to improve the sleep pattern of older people. In addition to promoting the maintenance of physical and cognitive health, they reduce costs, use of resources, and side effects through behavioral strategies aimed at situations of cognitive or physiological hyperstimulation, irregular sleeping habits such as excessive awake time in bed, or the correction of poorly adapted dysfunctional attitudes and beliefs about sleep.

Non-pharmacological treatments have the advantage of having more sustained effects over time and no significant adverse effects. In the national and international literature, five important non-pharmacological measures stand out, namely, Cognitive Behavioral Therapy, Sleep Hygiene, Problem-solving Therapy, and Relaxation Techniques⁽⁶⁾. Cognitive Behavioral Therapy was the most used intervention in 63.63% of the studies^(10,11,12,13).

In clinical practice, non-pharmacological therapies can be performed individually or in groups and are generally prescribed according to the patient's symptoms. To be considered effective, they must decrease sleep latency, increase total sleep time, and improve the patient's daytime functionality⁽¹⁴⁾. It is also noteworthy that there is a current trend in favor of the use of a multicomponent approach, which combines several well-established treatments to maximize results; however, this approach tends to be underutilized due to the greater demand for action time⁽⁹⁾.

Some characteristics of the subjective assessment of the sleep pattern (bedtime and waking time, time required to sleep, quality of sleep, total sleep time, recent changes in sleep pattern, degree of daytime alertness, napping pattern, and history of snoring) must be rigorously evaluated and potential external factors (use of drugs, alcohol, diet, activity levels, presence of symptoms or dysfunctions of other organs or systems, daytime sleep) must be excluded to make a reliable assessment to choose adequate measures and consequently achieve the objectives.

In view of the magnitude of the problems caused by this condition, attention is drawn to the immediate search for a different look from a multidisciplinary and interdisciplinary health team and to the urgent demand to promote healthy lifestyle habits to reduce future impacts associated with poor sleep quality.

Thus, as sleep-related problems represent a priority with regard to quality of life, it is essential to systematically and continuously monitor this parameter, which has such an important impact on the health of older people.

Final considerations

Poor sleep quality can have negative impacts on the development of daily functions of the elderly population, particularly on their functional and cognitive capacity. It is noteworthy that approximately 50% of people aged 60 or older have SD, an important number from an epidemiological point of view, which in turn characterizes a worrying public health problem.



aproximadamente 50% das pessoas com 60 anos ou mais apresentam distúrbios de sono, número expressivo do ponto de vista epidemiológico o que por sua vez caracteriza um preocupante problema de saúde pública.

Queixas de má qualidade no padrão de sono e repouso, expressadas por sentimentos de irritabilidade, tensão, depressão, ansiedade, confusão, fadiga, ira e percepção negativa com a vida acabam por ser negligenciados frente às alterações próprias do processo de envelhecer e a multiplicidade de fatores psicológicos, comportamentais e biológicos relacionados ao sono.

Diante de questões culturais da sociedade moderna, que exigem rápida resolução terapêutica, e das exigências laborais, sociais e familiares, o tratamento de escolha para os distúrbios do sono tende a centralizar-se na terapia medicamentosa com uso de hipnóticos.

Em contrapartida, evidencia-se a utilização de práticas integrativas e não farmacológicas para tratamento dos transtornos de sono em idosos, como alternativa segura e eficaz na melhoria da qualidade de vida da população que envelhece. Reforça-se a necessidade de priorização no uso dessas técnicas para a prestação da assistência integral e diferencial com mais poder de resolutividade, uma vez que a privação de sono afeta diversos domínios com riscos a autonomia e funcionalidade do idoso.

Frente ao exposto, ressalta-se ainda a influência do modelo assistencial a saúde no Brasil, caracterizado por práticas assistenciais baseadas no modelo biomédico hegemônico, apesar de existirem propostas e políticas estruturantes de um modelo de cuidado ampliado, integral e interdisciplinar; bem como da urgente necessidade de engajamento e operacionalização de práticas de educação em saúde, direcionadas especialmente para adoção de hábitos positivos e estilo de vida ativo e saudável.

Questões para Reflexão

1. Os transtornos do sono são comuns a todas as faixas etárias, no entanto, para grande parte dos idosos, a eficiência do sono diminui o que favorece o aumento de despertares noturno e a dificuldade para adormecer. Quais fatores estão relacionados aos transtornos do sono na população idosa?
2. Os tratamentos não farmacológicos para transtorno do sono em idosos trazem benefícios seguros para a melhoria da qualidade de vida da população que envelhece. Quais experiências exitosas com o uso destas tecnologias tem sido relatadas pelos profissionais da saúde?

Referências

1. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. Chicago: Darien, 3rd, 2014.
2. Bruyneel, M. Sleep disturbances in menopausal women: Aetiology and practical aspects. *Maturitas*. 2015; 81(3): 406-409.

Complaints of poor quality in the pattern of sleep and rest expressed by feelings of irritability, tension, depression, anxiety, confusion, fatigue, anger and negative perception of life end up being neglected in view of the changes inherent to the aging process and the multiplicity of psychological, behavioral and biological factors related to sleep.

In view of cultural aspects of modern society that require rapid therapeutic resolutions, and the labor, social and family demands, the treatment of choice for SD tends to focus on drug therapy with the use of hypnotics.

On the other hand, the use of integrative and non-pharmacological practices for the treatment of SD in older people is evidenced as a safe and effective alternative to improve the quality of life of the aging population. The need to prioritize the use of these techniques is reinforced in order to provide comprehensive and differential assistance, with greater resolving power, since sleep deprivation affects several domains with risks to the autonomy and functionality of older people.

Thus, the influence of the health care model in Brazil also deserves attention. This model is characterized by care practices based on the hegemonic biomedical discourse, despite the existence of structural proposals and policies for an expanded, comprehensive and interdisciplinary care model. It is important to highlight also the urgent need for engagement and operationalization of health education practices, especially directed towards the adoption of positive habits and an active and healthy lifestyle.

Questions for Reflection

1. Sleep disorders are common to all age groups; however, sleep efficiency decreases in the majority of older people, consequently favoring more frequent nocturnal awakenings and difficulty falling asleep. Which factors are related to SD in the elderly population?
2. Non-pharmacological treatments for SD in older people bring safe benefits for improving the quality of life of the aging population. What successful experiences with the use of these technologies have been reported by health professionals?

References

1. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. Chicago: Darien, 3rd, 2014.
2. Bruyneel, M. Sleep disturbances in menopausal women: Aetiology and practical aspects. *Maturitas*. 2015; 81(3): 406-409.
3. Gulyani S, Salas RE, Gamaldo CE. Sleep medicine pharmacotherapeutics overview: today, tomorrow, and the future (part 2: hypersomnia, parasomnia, and movement disorders). *Chest*. 2013; 143(1):242-51



3. Gulyani S, Salas RE, Gamaldo CE. Sleep medicine pharmacotherapeutics overview: today, tomorrow, and the future (part 2: hypersomnia, parasomnia, and movement disorders). *Chest*. 2013; 143(1):242-51

4. Souza FJFB, Lima GF, Tibola F, Lucca G, Madeira K. Avaliação do padrão de sono em insones usuários de benzodiazepínicos e análise da trazodona como medicação substitutiva. *J. bras. psiquiatr.* [Internet]. 2018 June [cited 2018 Oct 13]; 67(2): 80-86.

5. Madrid-Valero JJ, Martínez-Selva JM, Couto BR, Sánchez-Romera JF, Ordónana Ribeiro JR. Age and gender effects on the prevalence of poor Sleep quality in the adult population. *Gac Sanit*. 2017; 31(1):18–22.

6. Koffel EA, Koffel JB, Gehrman PR. A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Med Rev*. 2015;19:6-16.

7. Dominguez, MAV; Esquius, NP; Ribeiro, RMD; Perez, LMP; Olives, CP; Trejo, CM. An integral approach to insomnia in primary care: Non-pharmacological and phytotherapy measures compared to standard treatment. *Atencion Primaria*. 2015; 47(6):351-358.

8. Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Giacomini KC, Uchoa E, Firmo JOA. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de “jogar água no fogo”, não pensar e dormir. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2015; 18(2):249-258.

9. Sebastia, NM; Ruiz, CA; Fores, AM; Monserrate, AG; Ferreruela, IL. Insomnio: Abordaje terapéutico desde Atención Primaria. *RQR Enfermeria Comunitaria*. 2017;5(1): 27-37.

10. Sharma MP, Andrade C. Behavioral interventions for insomnia: Theory and practice. *Indian Journal of Psychiatry*. 2012; 54(4): 359–366

11. Pech M, O’Kearney R. A randomized controlled trial of problem-solving therapy compared to cognitive therapy for the treatment of insomnia in adults. *Sleep*. 2013;36(5):739-49.

12. Freeman D, Waite F, Startup H, Myers E, Lister R, McInerney J, et al. Efficacy of cognitive behavioural therapy for sleep improvement in patients with persistent delusions and hallucinations (BEST): a prospective, assessor-blind, randomised controlled pilot trial. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(11):975-83.

13. Bertisch SM, Wells RE, Smith MT, McCarthy EP. Use of relaxation techniques and complementary and alternative medicine by American adults with insomnia symptoms: results from a national survey. *J Clin Sleep Med*. 2012;8(6):681-91.

14. Ribeiro NF. Tratamento da Insônia em Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016 Jan-Dez; 11(38):1-14

15. Monteleone TV; Witter C. Prática Baseada em Evidências em Psicologia e Idosos: Conceitos, Estudos e Perspectivas. *Psicol. cienc. prof.*, 2017 Jan: 37(1):48-61.

16 - Alvarenga MRMartins, Oliveira MAC, Faccenda O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012 [citado 2018 Out 13]; 25(4): 497-503.

4. Souza FJFB, Lima GF, Tibola F, Lucca G, Madeira K. Avaliação do padrão de sono em insones usuários de benzodiazepínicos e análise da trazodona como medicação substitutiva. *J. bras. psiquiatr.* [Internet]. 2018 June [cited 2018 Oct 13]; 67(2): 80-86.

5. Madrid-Valero JJ, Martínez-Selva JM, Couto BR, Sánchez-Romera JF, Ordónana Ribeiro JR. Age and gender effects on the prevalence of poor Sleep quality in the adult population. *Gac Sanit*. 2017; 31(1):18–22.

6. Koffel EA, Koffel JB, Gehrman PR. A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Med Rev*. 2015;19:6-16.

7. Dominguez, MAV; Esquius, NP; Ribeiro, RMD; Perez, LMP; Olives, CP; Trejo, CM. An integral approach to insomnia in primary care: Non-pharmacological and phytotherapy measures compared to standard treatment. *Atencion Primaria*. 2015; 47(6):351-358.

8. Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Giacomini KC, Uchoa E, Firmo JOA. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de “jogar água no fogo”, não pensar e dormir. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2015; 18(2):249-258.

9. Sebastia, NM; Ruiz, CA; Fores, AM; Monserrate, AG; Ferreruela, IL. Insomnio: Abordaje terapéutico desde Atención Primaria. *RQR Enfermeria Comunitaria*. 2017;5(1): 27-37.

10. Sharma MP, Andrade C. Behavioral interventions for insomnia: Theory and practice. *Indian Journal of Psychiatry*. 2012; 54(4): 359–366

11. Pech M, O’Kearney R. A randomized controlled trial of problem-solving therapy compared to cognitive therapy for the treatment of insomnia in adults. *Sleep*. 2013;36(5):739-49.

12. Freeman D, Waite F, Startup H, Myers E, Lister R, McInerney J, et al. Efficacy of cognitive behavioural therapy for sleep improvement in patients with persistent delusions and hallucinations (BEST): a prospective, assessor-blind, randomised controlled pilot trial. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(11):975-83.

13. Bertisch SM, Wells RE, Smith MT, McCarthy EP. Use of relaxation techniques and complementary and alternative medicine by American adults with insomnia symptoms: results from a national survey. *J Clin Sleep Med*. 2012;8(6):681-91.

14. Ribeiro NF. Tratamento da Insônia em Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016 Jan-Dez; 11(38):1-14

15. Monteleone TV; Witter C. Prática Baseada em Evidências em Psicologia e Idosos: Conceitos, Estudos e Perspectivas. *Psicol. cienc. prof.*, 2017 Jan: 37(1):48-61.

16 - Alvarenga MRMartins, Oliveira MAC, Faccenda O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012 [citado 2018 Out 13]; 25(4): 497-503.



CAPÍTULO 9

SÍNDROME LOCOMOTORA EM IDOSOS: CONHECER PARA CUIDAR

Tereza Cristina Araújo da Silva¹
Ana Clara dos Santos e Silva Costa²
Eukália Pereira da Rocha³

Considerações Iniciais

O envelhecimento populacional tem representado um dos grandes desafios na atualidade em todos os países do mundo, trazendo consigo grandes demandas econômicas e sociais. Com a queda das taxas de fertilidade e a crescente longevidade, o que se observa é o aumento significativo do contingente de pessoas com 60 anos ou mais; sendo a faixa etária igual ou maior a 80 anos o segmento etário mais crescente atualmente^{1,2}.

Apesar de se tratar de um fenômeno universal, o envelhecimento populacional não tem ocorrido de forma singular a todos os países; tendo iniciado em épocas distintas e evoluído de forma diferenciada entre as nações. Países desenvolvidos, como França, Japão e Canadá, já vem experienciando esse processo de transição demográfica há um tempo e em um ritmo que lhes conferiu a possibilidade de se prepararem para esse novo contexto etário^{3,4}.

Em contrapartida, países em desenvolvimento, como o Brasil, começaram a vivenciar esse fenômeno mais recentemente, de forma mais intensa e acelerada. Enquanto países como a França, por exemplo, que tiveram quase que 150 anos para se adaptarem à um incremento populacional de 10% para 20% de pessoas com mais de 60 anos de idade; regiões como o Brasil, terão um pouco menos que um terço desse tempo para fazer a mesma adaptação⁴.

A informação anterior ao mesmo tempo que impacta, também preocupa. Contudo, partindo-se de uma perspectiva mais positivista, a situação descrita anteriormente pode ser encarada também como uma oportunidade de se “aprender o caminho das pedras”. As nações que hoje já se encontram, ou se aproximam do patamar de sociedade super-envelhecida, como o Japão por exemplo, que no ano de 2014 foi o país que apresentou o maior quantitativo de idosos do mundo⁵; apresentam um nível

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí (UFPI)

² Enfermeira, Universidade Federal do Piauí (UFPI)

³ Enfermeira, Universidade Federal do Piauí (UFPI)

CHAPTER 9

LOCOMOTIVE SYNDROME IN ELDERLY: KNOWING TO CARE

Tereza Cristina Araújo da Silva¹
Ana Clara dos Santos e Silva Costa²
Eukália Pereira da Rocha³

Initial considerations

Population aging has represented one of the greatest challenges today in all countries of the world, bringing with it great economic and social demands. With the fall in fertility rates and the increasing longevity, what is observed is a significant increase in the number of people aged 60 or over; the age group equal to or greater than 80 years of age is the fastest growing age group today^{1,2}.

Despite being a universal phenomenon, population aging has not occurred in a singular way for all countries; having started at different times and evolving differently between nations. Developed countries, such as France, Japan and Canada, have been experiencing this process of demographic transition for a while and at a pace that gave them the possibility to prepare for this new age context^{3,4}.

On the other hand, developing countries, such as Brazil, began to experience this phenomenon more recently, in a more intense and accelerated way. While countries like France, for example, which had almost 150 years to adapt to a population increase from 10% to 20% of people over 60 years of age; regions like Brazil, will have a little less than a third of that time to make the same adaptation⁴.

The previous information, while impacting, also worries. However, starting from a more positivist perspective, the situation described above can also be seen as an opportunity to “learn the path of stones”. The nations that are today, or are approaching the level of super-aged society, such as Japan for example, which in 2014 was the country that had the highest number of elderly people in the world⁵; have a significant level of experience and knowledge that should be used by the nations that started or are in the middle of this population aging process.

Thus, with this in mind, it becomes plausible to consider the discussion and investigation in the national context of the health problems of the elderly identified and in research “around the world” as

¹ Nurse, Master of Nursing from the Federal University of Piauí (UFPI)

² Nurse, Federal University of Piauí (UFPI)

³ Nurse, Federal University of Piauí (UFPI)



significativo de experiência e conhecimento que deve ser usado pelas nações que iniciaram ou que se encontram no meio do caminho desse processo de envelhecimento da sua população.

Dessa forma, tendo-se em mente isso, torna-se plausível se considerar válida a discussão e investigação em contexto nacional, dos agravos a saúde do idoso apontados e em pesquisa “mundo afora”. Principalmente aqueles que se mostram relacionados ao processo de envelhecer e, que, portanto, podem acometer qualquer pessoa idosa independente de sexo, raça/cor, religião ou nacionalidade.

Partindo-se disso, este capítulo traz a discussão sobre a síndrome locomotora (SLo); condição de saúde investigada e já em evidência há algum tempo em território japonês, e cujo o conhecimento e investigação a seu respeito iniciaram-se recentemente no Brasil a partir de um estudo de tradução, adaptação e validação de um instrumento para seu rastreamento em idosos brasileiros.

Objetivos

O presente capítulo busca promover uma elucidação sobre alguns aspectos inerentes à SLo em idosos; especificamente no que diz respeito a sua epidemiologia, diagnóstico, tratamento, repercussões sobre a saúde do idoso e, principalmente, sobre a prevenção dessa condição de saúde.

Síndrome locomotora: conceito e epidemiologia

No ano de 2007, a Associação Ortopédica Japonesa (JOA) propôs o conceito de Síndrome Locomotora (SLo) para se referir a uma condição em que as funções de mobilidade são afetadas devido ao comprometimento de órgãos locomotores; estando fortemente associada às doenças osteomusculares mais prevalentes entre os idosos, como artrite, osteoporose e espondiloartrose⁶.

Em virtude dessa característica, a SLo gera dificuldades na execução de atividades simples, como andar, ficar de pé e locomover-se de um ponto a outro, levando o indivíduo que a possui, necessitar, em última instância, de cuidados e recursos auxiliares à deambulação, como bengala, andador e cadeira de rodas; o que a configura como um agravo à saúde de grande relevância, em virtude do significativo comprometimento que tem sobre a capacidade funcional do idoso⁷.

No Japão, país pioneiro quanto à investigação acerca da temática, a SLo tem se mostrado expressivamente prevalente na população idosa; tendo sido diagnosticada em aproximadamente 6,5 milhões de pessoas entre 40 e 70 anos de idade. Contudo, a prevalência dessa condição de saúde aumenta com o envelhecimento, tendo alcançado entre idosos japoneses mais longevos, com 80 anos ou mais, a alarmante taxa de 50% para o sexo masculino e 70% para o sexo feminino^{8,9}.

valid. Mainly, those who are related to the aging process and, therefore, can affect any elderly person regardless of sex, race / color, religion or nationality.

Based on this, this chapter discusses the locomotive syndrome (SLo); health condition investigated and already in evidence for some time in Japanese territory, and whose knowledge and research about it began recently in Brazil from a study of translation, adaptation and validation of an instrument for its screening in elderly Brazilians.

Objectives

This chapter seeks to elucidate some aspects inherent to SLo in the elderly; specifically with regard to its epidemiology, diagnosis, treatment, repercussions on the health of the elderly and, mainly on the prevention of this health condition.

Locomotive syndrome: concept and epidemiology

In 2007, the Japanese Orthopedic Association (JOA) proposed the concept of Locomotive Syndrome (SLo) to refer to a condition in which mobility functions are affected due to the impairment of locomotive organs; being strongly associated with the most prevalent musculoskeletal diseases among the elderly, such as arthritis, osteoporosis and spondyloarthrosis⁶.

Due to this characteristic, SLo generates difficulties in the execution of simple activities, such as walking, standing and moving from one point to another, leading the individual who has it, ultimately needing care and auxiliary resources to walking, such as a cane, walker and wheelchair; which configures it as a health problem of great relevance, due to the significant commitment it has on the functional capacity of the elderly⁷.

In Japan, a pioneer country in terms of research on the subject, SLo has been shown to be significantly prevalent in the elderly population; having been diagnosed in approximately 6.5 million people between 40 and 70 years of age. However, the prevalence of this health condition increases with aging, having reached an alarming rate of 50% for males and 70% for females among older Japanese, aged 80 years and over^{8,9}.

In Brazil, the prevalence of the health condition in question is not yet known. However, it should be noted that based on evidence that the prevalence of chronic musculoskeletal diseases (MSD) in the country has been shown to be high, given that they are self-reported by one in five adults, assuming a growth trend with advancing age. , reaching 36% more frequent in the elderly; it is possible



No Brasil, a prevalência da condição de saúde em questão ainda não é conhecida. Contudo, cabe-se pontuar que com base em evidências de que a prevalência de doenças musculoesqueléticas (DME) crônicas no país tem se mostrado alta, haja visto que são auto referidas por um em cada cinco adultos, assumindo uma tendência de crescimento com o avançar da idade, chegando a ser 36% mais frequente em idosos; é possível inferir-se que um número expressivo de idosos brasileiros possam sim possuir ou vir a ter a SLo, que é secundária aos distúrbios osteomusculares¹⁰.

Quanto aos fatores que têm se mostrado associados ao desenvolvimento da SLo, além das DME, tem se destacado: a idade, o gênero, o etilismo, o tabagismo, a obesidade central e o sedentarismo. Aspectos que têm sido investigados amplamente por pesquisadores japoneses, a fim de cada vez mais se elucidar quanto as características desse agravo à saúde do idoso.

A idade é um importante fator de risco para essa condição de saúde; sendo que quanto maior a idade maior as chances de se desenvolver esse agravo. Essa relação tem sido atribuída ao fato de que as alterações no sistema locomotor advindas com o envelhecimento; quando associadas a outros aspectos inerentes ao indivíduo; predispõe as pessoas ao desenvolvimento de DME, que por sua vez estão fortemente relacionadas à ocorrência de SLo¹¹.

Tem se observado ainda uma maior ocorrência desse agravo no sexo feminino. Alguns estudiosos atribuem esse achado à questão do fenômeno de feminização do envelhecimento; outros às alterações em nível de densidade óssea, com eventual frequência de ocorrência da osteoporose, observadas nesse gênero no período pós-menopausa^{12,13,14}.

No que concerne ao tabagismo e etilismo, sua relação com a SLo é associada aos malefícios que geram no sistema musculoesquelético. O risco para o desenvolvimento de desordens crônicas a nível de sistema osteomuscular, como osteoartrite, artrite reumatoide, dor lombar e doença degenerativa discal, têm se mostrado significativamente relacionado ao ato de fumar; principalmente em homens idosos e mulheres na fase pós-menopausa, que apresentam redução da densidade óssea por influência do hábito em questão^{13,15,16}.

Além disso, estudos tem identificado uma ocorrência de dor musculoesquelética mais frequente, grave e persistente em fumantes do que em não-fumantes¹⁷. Já a ingestão do álcool, gera efeitos deletérios sobre a remodelação, qualidade e densidade mineral óssea; o que predispõe o idoso a ocorrência de fraturas e desenvolvimento de osteoporose, está última considerada uma causa potencial para a condição de saúde em discussão¹³.

Quanto à obesidade, sabe-se que o excesso de peso resulta em sobrecarga mecânica sobre as articulações e discos intervertebrais, que são estruturas móveis projetadas para absorção de impacto; além de degradação direta da articulação e processos inflamatórios relacionados à presença de citocinas no tecido adiposo. Repercussões essas, que predispõe a pessoa idosa ao desenvolvimento de osteoartrite, uma das principais DME envolvidas na etiologia da SLo^{5,18}.

to infer that a significant number of elderly Brazilians may or may not have SLo, which is secondary to musculoskeletal disorders¹⁰.

As for the factors that have been shown to be associated with the development of SLo, in addition to MSDs, it has stood out: age, gender, alcoholism, smoking, central obesity and sedentary lifestyle. Aspects that have been extensively investigated by Japanese researchers, in order to increasingly elucidate as to the characteristics of this condition the health of the elderly.

Age is an important risk factor for this health condition; the greater the age the greater the chances of developing this condition. This relationship has been attributed to the fact that changes in the locomotive system resulting from aging; when associated with other aspects inherent to the individual; predisposes people to the development of MSD, which in turn are strongly related to the occurrence of SLo¹¹.

An even greater occurrence of this condition has been observed in females. Some scholars attribute this finding to the issue of the feminization of aging phenomenon; others to changes in bone density level, with possible frequency of occurrence of osteoporosis, observed in this gender in the post-menopausal period^{12,13,14}.

With regard to smoking and drinking, its relationship with SLo is associated with the harmful effects that they generate in the musculoskeletal system. The risk for the development of chronic disorders in the musculoskeletal system, such as osteoarthritis, rheumatoid arthritis, low back pain and degenerative disc disease, have been shown to be significantly related to smoking; mainly in elderly men and women in the post-menopause phase, who have reduced bone density due to the influence of the habit in question^{13,15,16}.

In addition, studies have identified a more frequent, severe and persistent musculoskeletal pain occurrence in smokers than in non-smokers¹⁷. Alcohol intake, on the other hand, has deleterious effects on bone remodeling, quality and bone mineral density; which predisposes the elderly to the occurrence of fractures and the development of osteoporosis, the latter is considered a potential cause for the health condition under discussion¹³.

As for obesity, it is known that being overweight results in mechanical overload on the joints and intervertebral discs, which are mobile structures designed for impact absorption; in addition to direct joint degradation and inflammatory processes related to the presence of cytokines in adipose tissue. These repercussions, which predispose the elderly to the development of osteoarthritis, one of the main MDS involved in the etiology of SLo^{5,18}.

Finally, but as important as the others, there is a sedentary lifestyle. The practice of physical activity is fundamental for the maintenance of body weight, thus avoiding obesity, in addition to being essential for the maintenance of a healthy musculoskeletal system. Soon, sedentary lifestyle has been



Por fim, mas tão importante quanto os demais, se tem o sedentarismo. A prática de atividade física é fundamental para a manutenção do peso corporal, evitando-se assim a obesidade, além de ser primordial para a manutenção de um sistema musculoesquelético saudável. Logo, o sedentarismo evidencia-se como um fator de risco potencial para a SLo; sendo a prática regular de atividade física um fator protetor para essa condição de saúde¹⁹.

Aspectos clínicos da SLo: rastreamento e diagnóstico em idosos

Diante da repercussão dessa condição de saúde sobre a funcionalidade do idoso, e consequente impacto na qualidade de vida; a AOJ tem desenvolvido e divulgado instrumentos de rastreamento e diagnóstico precoce que objetivam oportunizar a prevenção da deterioração da locomoção ocasionada pela SLo²⁰. Até então, os instrumentos desenvolvidos e amplamente referidos em estudos sobre o agravo em questão, são: "Loco-check"; 25-Question Geriatric Locomotive Function Scale (GLFS-25) e o teste de risco da SLo.

No mesmo ano em que se adotou o termo Síndrome Locomotora, foi criado pela AOJ uma ferramenta simplificada de rastreamento, de caráter auto-administrado e de fácil e rápida aplicação, que foi denominada de "Loco-check". Composta de sete itens direcionados para avaliação de dificuldades a nível de locomoção com base nas atividades de vida diária (AVD); um idoso que apresenta um "sim" a um desses sete itens (Tabela 01) é definido como em risco para a síndrome locomotora¹³.

Tabela 01. Loco-check List

-
- 1) Você pode colocar sua meia em pé em uma perna?
 - 2) Você tropeça ou escorrega em sua casa?
 - 3) Você precisa usar um corrimão ao subir escadas?
 - 4) Você não pode atravessar a estrada em um cruzamento antes das alterações de semáforos?
 - 5) Você tem dificuldade para andar continuamente por 15 min?
 - 6) Você acha difícil ir a pé para casa carregando um saco de compras pesando cerca de 2 kg?
 - 7) Você acha difícil fazer trabalhos domésticos que exigem força física?
-

Fonte: OKUBO et al, 2014

shown to be a potential risk factor for SLo; regular physical activity being a protective factor for this health condition¹⁹.

Clinical aspects of SLo: screening and diagnosis in the elderly

In view of the repercussion of this health condition on the functionality of the elderly, and the consequent impact on quality of life; JOA has developed and disseminated screening and early diagnosis instruments that aim to provide opportunities for preventing locomotion deterioration caused by SLo²⁰. Until then, the instruments developed and widely referred to in studies on the condition in question, are: "Loco-check"; 25-Question Geriatric Locomotive Function Scale (GLFS-25) and the SLo risk test.

In the same year that the term Locomotive Syndrome was adopted, JOA created a simplified tracking tool, with a self-administered character and easy and quick application, which was called "Loco-check". Composed of seven items aimed at assessing difficulties in locomotion based on activities of daily living (ADL); an elderly person who presents a "yes" to one of these seven items (Table 01) is defined as at risk for locomotive syndrome¹³.

Table 01. Loco-check List

-
- 1) Can you put your socks on standing on one leg?
 - 2) Do you stumble or slip in your home?
 - 3) Do you need to use a handrail when climbing stairs?
 - 4) Can you cross the road at an intersection before the traffic lights change?
 - 5) Do you have difficulty walking continuously for 15 min?
 - 6) Do you find it difficult to walk home carrying a shopping bag weighing about 2 kg?
 - 7) Do you find it difficult to do housework that requires physical strength?
-

Source: OKUBO et al, 2014

However, it should be noted that the "Loco-check" has not been fully validated; and, therefore, it has been used only as a method for early detection of locomotive dysfunction, which may or may not be related to the syndrome in question¹³.

In 2012, another quantitative screening instrument was developed by JOA; this time with validity and confirmed reliability, showing itself as an important measure of screening and diagnosis of SLo in the elderly. The instrument in question was called the 25-Question Geriatric Locomotive Function Scale (GLFS-25), and consists of a questionnaire composed of 25 questions directed to the last



Contudo, cabe ressaltar que o “Loco-check” não foi completamente validado; e, portanto, tem sido utilizado apenas como um método para detecção precoce de disfunção locomotora, que pode estar relacionada ou não à síndrome em questão¹³.

No ano de 2012, um outro instrumento de triagem quantitativa é desenvolvido pela AOJ; dessa vez com validade e confiabilidade confirmada, mostrando-se uma importante medida de rastreio e diagnóstico da SLo em idosos. O instrumento em questão foi chamado de 25-Question Geriatric Locomotive Function Scale (GLFS-25), e consiste em um questionário composto de 25 perguntas direcionadas para o último mês, no que dizem respeito a ocorrência de dor na região das costas e membros superiores e inferiores, atividades de vida diária, funções sociais e saúde mental²².

A escala é baseada em um sistema de cinco pontos, onde 0 refere-se à ausência de comprometimento e 4 a comprometimento grave. A pontuação total varia de 0 (sem sintoma) a 100 pontos (mais graves), sendo que quanto maior a pontuação, maior o comprometimento físico do idoso; tendo como nota de corte para diagnóstico da SLo em idosos, a pontuação igual ou superior a 16 pontos²³.

Em 2016 o instrumento em questão foi traduzido, adaptado transculturalmente e validado para o contexto brasileiro, gerando a versão GLFS-25-P; que se mostrou confiável e válida para o rastreamento da SLo em idosos brasileiros; bem como de fácil e rápida aplicação, possibilitando uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, em especial no que diz respeito a locomoção²⁴.

Além dessas duas ferramentas, amplamente referidas nos estudos sobre a temática, se tem o teste de risco da SLo proposto pela AOJ em 2015, que consiste na associação do GLFS-25 a dois testes de desempenho físico: stand-up e o two step test. O primeiro teste objetiva a avaliação da força nos membros inferiores; onde o idoso deve tentar levantar-se de assentos de diferentes alturas, sem recuar para ganhar impulso, e manter-se na postura por três segundos, primeiramente apoiado nas duas pernas e depois em uma única perna²⁵ (Figura 01).

Figura 1. Ilustração do teste stand up nas duas pernas e em uma perna



Fonte: (JAPÃO, 2015)

month, regarding the occurrence of pain in the region of the back and upper limbs and lower, activities of daily living, social functions and mental health²².

The scale is based on a five-point system, where 0 refers to the absence of impairment and 4 to severe impairment. The total score ranges from 0 (without symptoms) to 100 points (more severe), and the higher the score, the greater the physical impairment of the elderly; with a cut-off score for SLo diagnosis in the elderly, a score equal to or higher than 16 points²³.

In 2016 the instrument in question was translated, cross-culturally adapted and validated for the Brazilian context, generating the version GLFS-25-P; that it proved to be reliable and valid for the screening of SLo in elderly Brazilians; as well as easy and quick application, enabling a multidimensional assessment of the elderly person, especially with regard to locomotion²⁴.

In addition to these two tools, widely referred to in studies on the subject, there is the SLo risk test proposed by AOJ in 2015, which consists of the association of GLFS-25 to two physical performance tests: stand-up and the two step test. The first test aims to assess strength in the lower limbs; where the elderly should try to get up from seats of different heights, without retreating to gain momentum, and remain in the posture for three seconds, first supported on both legs and then on a single leg²⁵ (Figure 01).

Figure 1. Illustration of the stand-up test on both legs and on one leg



Source: (JAPAN, 2015)

The two step test, on the other hand, consists of assessing the ability to walk, the balance and flexibility of the lower limbs, based on the length of the individual's stride. This step consists of asking the elderly from a starting point previously marked, take two long steps, as long as possible, and finish with the alignment of both feet (figure 2). Then, the length of the two steps is measured, based on the starting line up to the position of the tips of the toes where the elderly person stopped. The test score is the result of dividing the length of the two steps by the individual's height in centimeters²⁶.

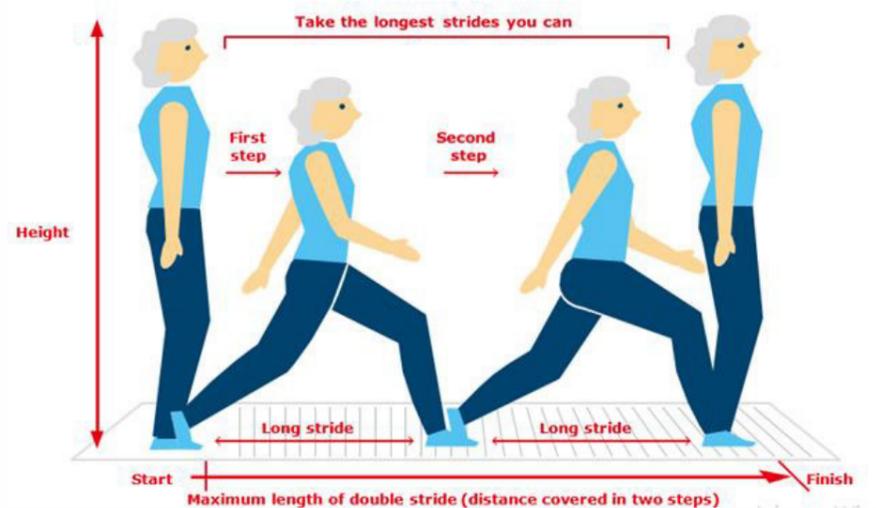


Já o two step test, consiste em avaliar a habilidade de caminhar, o equilíbrio e flexibilidade dos membros inferiores, a partir do comprimento da passada do indivíduo. Esta etapa consiste em solicitar que o idoso a partir de um ponto de partida previamente demarcado, dê dois longos passos, o mais longo possível, e finalize com o alinhamento dos dois pés (figura 2). Em seguida é realizada a mensuração do comprimento dos dois passos, tomando como base a linha de partida até a posição das pontas dos dedos dos pés onde o idoso parou. A pontuação do teste é o resultado da divisão do comprimento dos dois passos pela altura do indivíduo em centímetros²⁶.

Dessa forma, a partir dos resultados obtidos no teste de stand-up, no two step test e na pontuação do GLFS-25, o idoso é classificado em nível de risco 1 ou 2 para SLo (Figura 6); onde o nível de risco 1 indica que o idoso se encontra em uma fase inicial de declínio de suas funções locomotoras, especialmente relacionada a uma redução da força muscular e equilíbrio; e no nível 2, já se observa um declínio mais avançado das funções locomotoras, estando o idoso em significativo risco de não conseguir manter-se independente quanto às suas AVD; sendo necessário uma avaliação com um ortopedista²⁷.

Logo, observa-se que já existem instrumentos validados e fundamentados em conhecimento científico, de fácil aplicação e de bom custo-benefício para rastreamento e diagnóstico da SLo.

Figura 5. Ilustração do two step test.

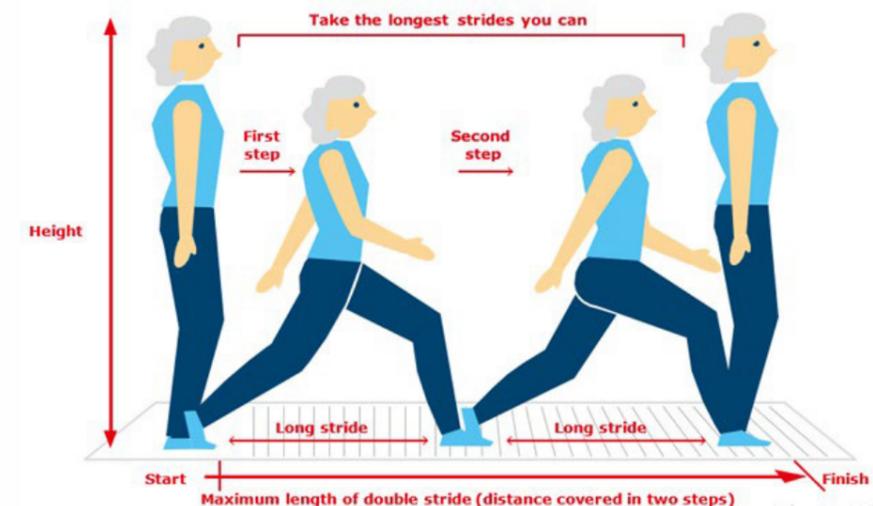


Fonte: (JAPÃO, 2015)

Thus, based on the results obtained in the stand-up test, the two step test and the GLFS-25 score, the elderly person is classified as risk level 1 or 2 for SLo (Figure 6); where risk level 1 indicates that the elderly are in an initial phase of decline in their locomotive functions, especially related to a reduction in muscle strength and balance; and at level 2, a more advanced decline in locomotive functions is already observed, with the elderly at significant risk of not being able to remain independent regarding their ADLs; requiring an evaluation with an orthopedist²⁷.

Therefore, it is observed that there are already validated instruments based on scientific knowledge, easy to apply and of good cost-benefit for tracking and diagnosis of SLo.

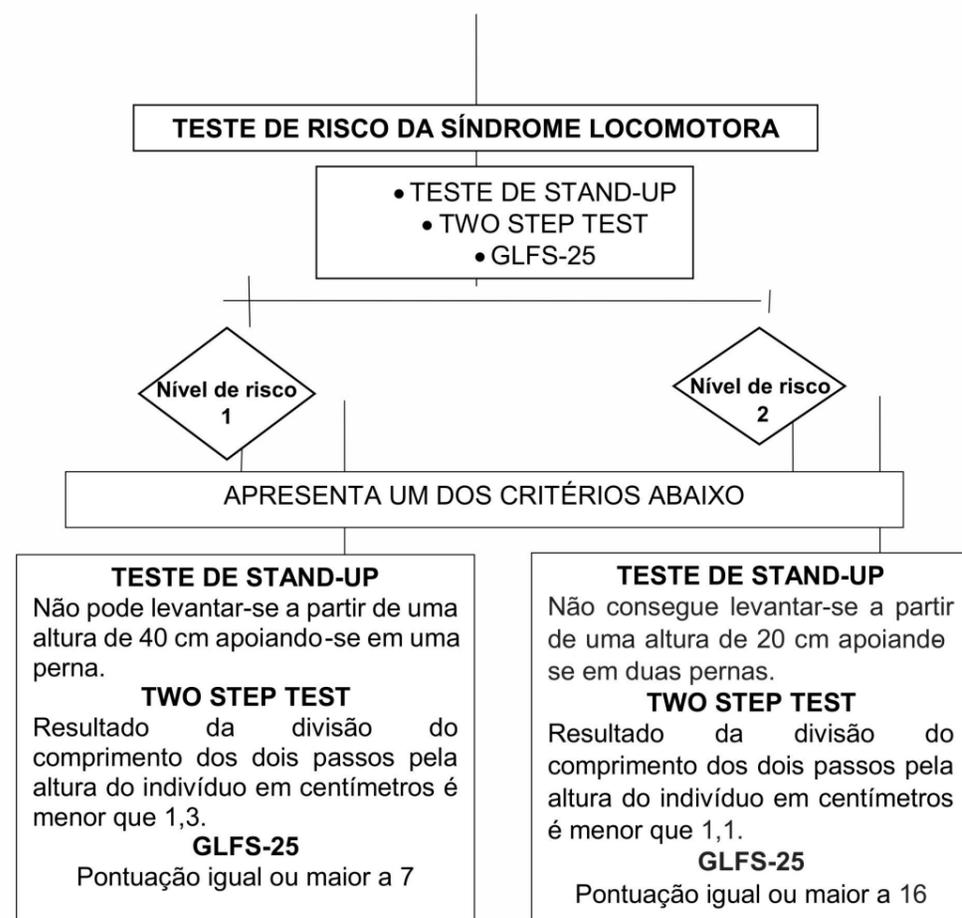
Figure 5. Two step test illustration.



Source: (JAPAN, 2015)



Figura 6. Fluxograma da classificação de risco para SLo. Teresina, PI, Brasil, 2018



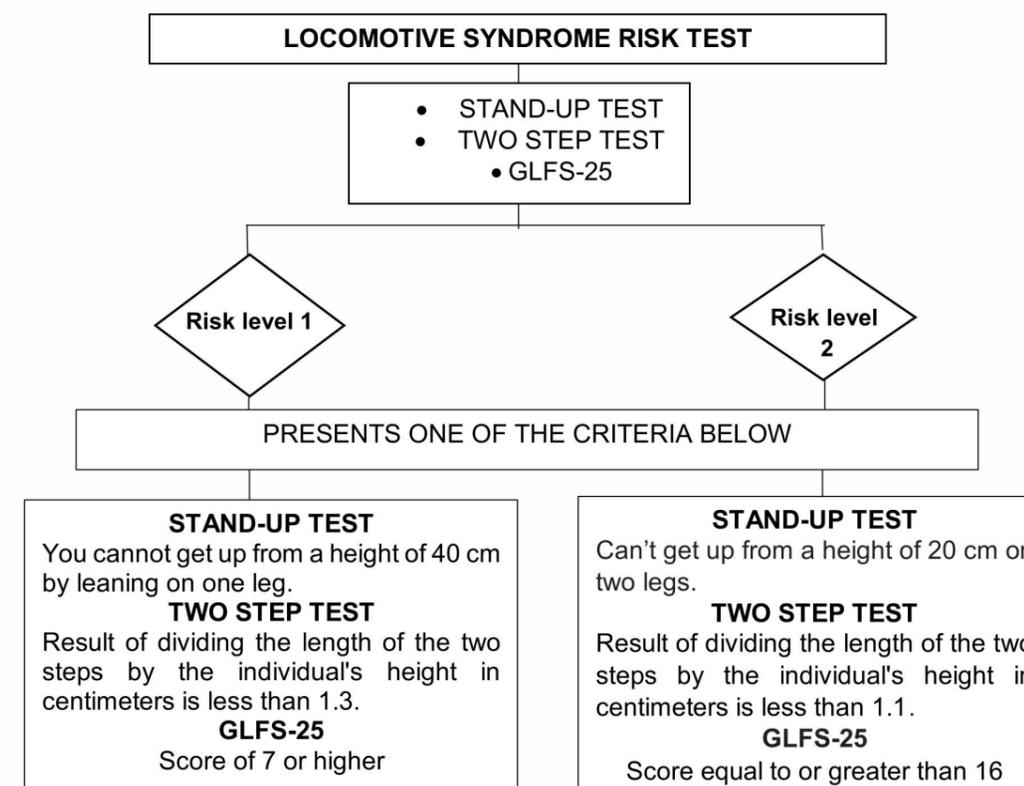
Fonte: Elaborado pela autora (2018).

A síndrome locomotora e suas repercussões sobre a saúde do idoso

A síndrome locomotora tem se apresentado como um importante agravo a saúde da pessoa idosa. Estudos até então desenvolvidos em relação à investigação dos impactos dessa condição de saúde sobre o idoso, têm evidenciado que as suas repercussões vão desde o comprometimento da capacidade de execução das AVD's até o risco potencial para desenvolvimento de desordens psicológicas, como a depressão^{13;15;19}.

Contudo, a mais importante consequência da presença da SLo no idoso é o comprometimento funcional, que comumente inviabiliza a condução de uma vida independente e autônoma. No Japão, um país com uma sociedade rotulada como super-envelhecida pela Organização das Nações Unidas (ONU), tem vivenciado um aumento expressante de idosos dependentes de cuidados; o que tem ge-

Figure 6. Flowchart of risk classification for SLo. Teresina, PI, Brazil, 2018



Source: Prepared by the author (2018).

Locomotive syndrome and its repercussions on the health of the elderly

Locomotive syndrome has been shown to be an important health problem for the elderly. Studies previously carried out in relation to the investigation of the impacts of this health condition on the elderly, have shown that its repercussions range from impaired ability to perform ADLs to the potential risk for the development of psychological disorders, such as depression^{13;15;19}.

However, the most important consequence of the presence of SLo in the elderly is the functional impairment, which commonly makes it impossible to lead an independent and autonomous life. In Japan, a country with a society labeled as super-aged by the United Nations (UN), has experienced a significant increase in elderly people dependent on care; which has generated a great social and economic impact for the country. One of the main causes pointed out as responsible for this decline in the functionality of Japanese elderly people is SLo^{9,15}.

It is observed that the elderly with this health condition tend to have a slower pace; a significant limitation of range of motion; reduced muscle strength and impaired balance capacity; associated



rado um grande impacto social e econômico para o país. Uma das principais causas apontadas como responsável por esse declínio da funcionalidade dos idosos japoneses é a SLo^{9,15}.

Observa-se que os idosos com essa condição de saúde tendem a apresentar uma marcha mais lentificada; uma significativa limitação de amplitude dos movimentos; reduzida força muscular e capacidade de equilíbrio prejudicada; associada ao quadro frequente de dores de ordem muscular; que acabam por repercutir no desenvolvimento de atividades esportivas, na marcha, transferência e autocuidado²⁸.

Em virtude desse comprometimento funcional acarretado por essa condição de saúde; identificou-se ainda uma estreita relação de causalidade entre a SLo e a fragilidade em idosos. A fragilidade pode ser compreendida como uma vulnerabilidade fisiológica ligada à idade, advinda de uma diminuição na reserva funcional e da capacidade de adaptação homeostática, envolvendo múltiplos sistemas do organismo, em que predispõe o indivíduo à mortalidade e a complicações de saúde, como dependência, incapacidade, quedas, hospitalização, entre outros²⁹.

Outro impacto dessa condição de saúde diz respeito à ocorrência de depressão no idoso. Em virtude do comprometimento funcional associado aos quadros de dores musculares e em casos mais avançados, a necessidade de cuidados por outras pessoas; foi observado que a SLo está estritamente relacionada a ocorrência de depressão^{30,31}.

Vale ressaltar que a depressão tem se mostrado como uma das perturbações de humor mais comuns entre os idosos. Observa-se que é um quadro patológico associado a uma série de desfechos desfavoráveis em indivíduos desse grupo etário, com conseqüente risco aumentado para morbidade e mortalidade. O idoso com depressão encontra-se mais vulnerável ao agravamento de patologias já existentes; tendem a utilizar com mais frequência os serviços de saúde; negligenciam o seu próprio autocuidado; apresentam dificuldades para aderir aos regimes terapêuticos e possuem um maior risco de suicídio³².

Além do que foi dito até então, é importante enfatizar ainda que idosos com SLo têm-se mostrado mais vulneráveis aos desfechos desfavoráveis como ocorrência de quedas, situação de dependência que acarreta agravamento de outras morbidades existentes e, eventualmente, possíveis necessidades de internações mais frequentes⁹.

Considerações Finais

Mediante ao que foi exposto até então, observou-se que a Síndrome locomotora é uma condição clínica que impacta significativamente na qualidade de vida do indivíduo idoso, uma vez que repercute negativamente na sua capacidade funcional, reduzindo ou até mesmo tirando-lhe sua autonomia e independência afetando, por conseguinte também a sua vida social. Trata-se de um agravo à saúde do idoso que pode passar despercebido pela família e/ou profissionais da saúde, ao ter seus sinais e sintomas que permitiriam seu rastreamento precoce considerados como características naturais do processo de envelhecimento.

É preciso que a SLo seja amplamente discutida e pesquisada em âmbito nacional; uma vez que se mostrou como uma condição de saúde que não é inerente às características particulares da popu-

with frequent muscle pain; that end up having repercussions on the development of sports activities, walking, transfer and self-care²⁸.

Due to this functional impairment caused by this health condition; a close causal relationship has also been identified between SLo and frailty in the elderly. Frailty can be understood as a physiological vulnerability linked to age, resulting from a decrease in functional reserve and the ability to adapt homeostatic, involving multiple systems of the body, in which the individual is predisposed to mortality and health complications, such as dependence, disability, falls, hospitalization, among others²⁹.

Another impact of this health condition concerns the occurrence of depression in the elderly. Due to the functional impairment associated with muscle pain and in more advanced cases, the need for care by other people; it was observed that SLo is strictly related to the occurrence of depression^{30,31}.

It is worth mentioning that depression has been shown to be one of the most common mood disorders among the elderly. It is observed that it is a pathological condition associated with a series of unfortunate outcomes in individuals of this age group, with consequent increased risk for morbidity and mortality. The elderly with depression is more vulnerable to the worsening of existing pathologies; they tend to use health services more frequently; they neglect their own self-care; have difficulties to adhere to therapeutic regimens and have a higher risk of suicide³².

In addition to what has been said so far, it is important to emphasize that elderly people with SLo have been shown to be more vulnerable to unfavorable outcomes such as the occurrence of falls, a situation of dependence that causes aggravation of other existing morbidities and, possibly, possible needs for more frequent hospitalizations⁹.

Final considerations

Based on what has been exposed so far, it was observed that Locomotive Syndrome is a clinical condition that significantly impacts the quality of life of the elderly individual, since it has a negative impact on their functional capacity, reducing or even taking away their autonomy and independence thus affecting their social life. It is an aggravation to the health of the elderly that may go unnoticed by the family and / or health professionals, by having its signs and symptoms that would allow its early screening considered as natural characteristics of the aging process.

It is necessary that SLo be widely discussed and researched at the national level; since it was shown to be a health condition that is not inherent to the particular characteristics of the elderly population of the country in which the investigation about it originated. On the contrary, it is a health condition that is related to aging and can affect any elderly person regardless of sex, race / color, religion or country. Thus, it is necessary that this health condition be further investigated and discussed in a Brazilian context, in order to mobilize professionals, managers and the community itself as to its relevance.



lação idosa do país em que teve origem a investigação a seu respeito. Pelo contrário, é uma condição de saúde que se mostra relacionada ao envelhecimento e que pode acometer qualquer pessoa idosa independente de sexo, raça/cor, religião ou país. Dessa forma, faz-se necessário que essa condição de saúde seja mais investigada e discutida em contexto brasileiro, a fim de se mobilizar profissionais, gestores e a própria comunidade quanto a sua relevância.

Questões para reflexão

Mediante ao que foi explanado ao longo do presente capítulo, algumas questões podem ser levantadas para uma reflexão futura, tais como: É fato constatado que a síndrome locomotora é secundária às principais doenças musculoesqueléticas prevalentes entre idosos; sejam eles do Japão ou do Brasil. Mas os fatores até então apontados como relacionados a ocorrência dessa condição de saúde em idosos japoneses seriam os mesmos em outros contextos regionais?

Quanto ao rastreamento da SLo em idosos brasileiros, a inclusão de testes de desempenho físico em associação a aplicação da escala GLFS-25-P seria de fato válida e viável?

Referências

1 Dias, EF. Population aging and the right to health of the elderly. Legal magazine law, society and justice. [Internet]. 2013 [cited 2018 Abr 15];1(1): 1-14. Available from: <https://periodicosonline.uems.br/index.php/RJDSJ/article/view/659/623>.

2 Miranda, GMD; Mendes, ACG; Silva, ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.[Internet]. 2016[cited 2018 Abr 15]; 19(3): 507-519. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1981-2256. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

3 Oliveira, AS. Population aging and the emergence of new demands for public policies in Viana/ES. Espírito Santo, 2015. 239f. Dissertation (Master in Geography) – Federal University of Espírito Santo, 2015.

4 WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics 2017: Monitoring health for the SDGs. Geneva, 112f, 2017. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/. Access in: 03 de julho de 2017.

5 Nakamura, K; Ogata, T. Locomotive Syndrome: Definition and Management. Clinic Rev Bone Miner Metab [Internet]. 2016 [cited 2018 Abr 15];14(2):56–67. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4906066/pdf/12018_2016_Article_9208.pdf.

6 Morozumi, M; Ando, K; Kobayashi, K; Seki ,T; Ishizuka, S et al. Relationship between lumbopelvic discordance and locomotive syndrome in a middle-aged community-living population: The Yakumo study. Journal of Orthopaedic Science [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 20]; 24(6). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S094926581930291X?via%3Dihub>.

Questions for reflection

Based on what has been explained throughout this chapter, some questions can be raised for future reflection, such as: It is a fact that the locomotive syndrome is secondary to the main musculo-skeletal diseases prevalent among the elderly; whether from Japan or Brazil. But the factors hitherto identified as related to the occurrence of this health condition in Japanese elderly people would be the same in other regional contexts?

As for the tracking of SLo in elderly Brazilians, the inclusion of physical performance tests in association with the application of the GLFS-25-P scale would indeed be valid and feasible?

References

1 Dias, EF. Population aging and the right to health of the elderly. Legal magazine law, society and justice. [Internet]. 2013 [cited 2018 Abr 15];1(1): 1-14. Available from: <https://periodicosonline.uems.br/index.php/RJDSJ/article/view/659/623>.

2 Miranda, GMD; Mendes, ACG; Silva, ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.[Internet]. 2016[cited 2018 Abr 15]; 19(3): 507-519. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1981-2256. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

3 Oliveira, AS. Population aging and the emergence of new demands for public policies in Viana/ES. Espírito Santo, 2015. 239f. Dissertation (Master in Geography) – Federal University of Espírito Santo, 2015.

4 WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics 2017: Monitoring health for the SDGs. Geneva, 112f, 2017. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/. Access in: 03 de julho de 2017.

5 Nakamura, K; Ogata, T. Locomotive Syndrome: Definition and Management. Clinic Rev Bone Miner Metab [Internet]. 2016 [cited 2018 Abr 15];14(2):56–67. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4906066/pdf/12018_2016_Article_9208.pdf.

6 Morozumi, M; Ando, K; Kobayashi, K; Seki ,T; Ishizuka, S et al. Relationship between lumbopelvic discordance and locomotive syndrome in a middle-aged community-living population: The Yakumo study. Journal of Orthopaedic Science [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 20]; 24(6). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S094926581930291X?via%3Dihub>.

7 Nishimura, A; Ohtsuki, M; Kato, T; Nagao, R; Ito, N et al. Locomotive syndrome testing in young and middle adulthood. Modern Rheumatology [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 20]; 28(7):178-183. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14397595.2018.1551176?journalCode=imor20>.



7 Nishimura, A; Ohtsuki, M; Kato, T; Nagao, R; Ito, N et al. Locomotive syndrome testing in young and middle adulthood. *Modern Rheumatology* [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 20]; 28(7):178-183. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14397595.2018.1551176?journalCode=imor20>.

8 Sasaki, E. et al. Evaluation of locomotive disability using loco-check: a cross-sectional study in the Japanese general population. *Journal of Orthopaedic Science* [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 20];18(1): 121-129. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0949265815305558?via%3Dihub>.

9 Iwaya T, Doi T, Seichi A, Hoshino Y, Ogata T, Akai M. Characteristics of disability in activity of daily living in elderly people associated with locomotive disorders. *BMC Geriatr* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mai 10];17(1):165. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5527391/pdf/12877_2017_Article_543.pdf.

10 Bezerra, MAM; Hellwig, N; Pinheiro, GRC; Lopes, CS. Prevalence of chronic musculoskeletal conditions and associated factors in Brazilian adults – National Health Survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2018 [cited 2019 Out 02]; 18(1): 287-296. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5192-4>.

11 Muramoto A, Imagama S, Ito Z, Hirano K, Tauchi Ri, et al. Waist circumference is associated with locomotive syndrome in elderly females. *Journal of Orthopaedic Science* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 02]; 19(4):612-619. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0949265815302414?via%3Dihub>.

12 Sachiko Noge RD, Tatsuo Ohishi MD, Takuya Yoshida RD, Hiromichi Kumagai MD. Quantitative assessment of locomotive syndrome by the loco-check questionnaire in older Japanese females. *J. Phys. Ther. Sci.* [Internet]. 2017 [cited 2018 Abr 10]; 29(9):1630–1636. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5599836/>.

13 Akahane M, Yoshihara S, Maeyashiki A, Tanaka Y, Imamura T. Lifestyle factors are significantly associated with the locomotive syndrome: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 02];17(?):241. Available from: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0630-1>.

14 Saito T, Watanabe H, Kikkawa I, Takeshita K. Evaluation of the association between locomotive syndrome and depressive states: a cross-sectional study. *Nagoya J Med Sci* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mai 15]; 79(1):43-46. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5346619/pdf/2186-3326-79-0043.pdf>.

15 Hashizume H, Yoshimura N, Nagata K, Miyazaki N, Ishimoto Y, et al. Development and evaluation of a video exercise program for locomotive syndrome in the elderly. *Mod Rheumatol* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mai 20]; 24(2):250-257. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14397595.2013.854063>.

8 Sasaki, E. et al. Evaluation of locomotive disability using loco-check: a cross-sectional study in the Japanese general population. *Journal of Orthopaedic Science* [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 20];18(1): 121-129. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0949265815305558?via%3Dihub>.

9 Iwaya T, Doi T, Seichi A, Hoshino Y, Ogata T, Akai M. Characteristics of disability in activity of daily living in elderly people associated with locomotive disorders. *BMC Geriatr* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mai 10];17(1):165. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5527391/pdf/12877_2017_Article_543.pdf.

10 Bezerra, MAM; Hellwig, N; Pinheiro, GRC; Lopes, CS. Prevalence of chronic musculoskeletal conditions and associated factors in Brazilian adults – National Health Survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2018 [cited 2019 Out 02]; 18(1): 287-296. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5192-4>.

11 Muramoto A, Imagama S, Ito Z, Hirano K, Tauchi Ri, et al. Waist circumference is associated with locomotive syndrome in elderly females. *Journal of Orthopaedic Science* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 02]; 19(4):612-619. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0949265815302414?via%3Dihub>.

12 Sachiko Noge RD, Tatsuo Ohishi MD, Takuya Yoshida RD, Hiromichi Kumagai MD. Quantitative assessment of locomotive syndrome by the loco-check questionnaire in older Japanese females. *J. Phys. Ther. Sci.* [Internet]. 2017 [cited 2018 Abr 10]; 29(9):1630–1636. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5599836/>.

13 Akahane M, Yoshihara S, Maeyashiki A, Tanaka Y, Imamura T. Lifestyle factors are significantly associated with the locomotive syndrome: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 02];17(?):241. Available from: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0630-1>.

14 Saito T, Watanabe H, Kikkawa I, Takeshita K. Evaluation of the association between locomotive syndrome and depressive states: a cross-sectional study. *Nagoya J Med Sci* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mai 15]; 79(1):43-46. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5346619/pdf/2186-3326-79-0043.pdf>.

15 Hashizume H, Yoshimura N, Nagata K, Miyazaki N, Ishimoto Y, et al. Development and evaluation of a video exercise program for locomotive syndrome in the elderly. *Mod Rheumatol* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mai 20]; 24(2):250-257. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14397595.2013.854063>.

16 Lee YH. Causal association between smoking behavior and the decrease disk of osteoarthritis: a Mendelian randomization. *Zeitschrift für Rheumatologie* [Internet]. 2018 [cited 2018 Ago 01]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00393-018-0505-7>.



16 Lee YH. Causal association between smoking behavior and the decrease risk of osteoarthritis: a Mendelian randomization. *Zeitschrift für Rheumatologie* [Internet]. 2018 [cited 2018 Ago 01]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00393-018-0505-7>.

17 Felson D, Zhang Y. Smoking and osteoarthritis: a review of the evidence and its implications. *Osteoarthritis Cartil* [Internet]. 2015 [cited 2018 Abr 15]; 23(3): 331–333. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5473429/pdf/nihms863720.pdf>.

18 Pacca, DM; De-Campos, GC; Zorzi, AR; Chaim, EA; De-Miranda, JB. et al. Prevalência de dor articular e osteoartrite na população obesa brasileira. *ABCD Arq Bras Cir Dig.*[Internet]. 2018 [cited 2019 Dez 15]; 31(1):e1344. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-67202018000100305&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

19 Yoshimura, Y; Ishijima, M; Ishibashi, M; Liude, L; Arikawa-Irasawa, E et al. A nationwide observational study of locomotive syndrome in Japan using the ResearchKit: The Locomonitor study. *Journal of Orthopaedic Science* [Internet]. 2019 [cited 2018 Dez 10]; 24(6): 1094 – 1104. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S094926581930260X>.

20 Muramoto A, Imagama S, Ito Z, Hirano K, Tauchi Ri, et al. Waist circumference is associated with locomotive syndrome in elderly females. *Journal of Orthopaedic Science* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 02];

19(4):612-619. Available from: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii-S0949265815302414?via%3Dihub](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0949265815302414?via%3Dihub).

21 Okubo T, Suehara Y, Kawasaki T, Akaike K, Toda M, et al. An Outpatient-based Survey about the Recognition of Locomotive Syndrome and the Results of the Loco-check at a University Hospital in Tokyo. *British Journal of Medicine & Medical Research* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mai 08]; 4(17): 3255-3268. Available from: http://www.journalrepository.org/media/journals/BJMMR_12/2014/Mar/Okubo4172013BJMMR7506_1.pdf.

22 Seichi, A; Hoshino, Y; Doi, T; Akai, M et al. Development of a screening tool for risk of Locomotive syndrome in the elderly: the 25-question Geriatric Locomotive Function Scale *Journal of Orthopaedic Science* [Internet]. 2012 [cited 2019 Out 10];17(2):163-172. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22222445>.

23 Kobayashi, K; Imagama, S; Ando, K; Machino, M; Tanaka, S et al. Locomotive Syndrome Stage 1 Predicts Significant Worsening of Future Motor Performance: The Prospective Yakumo Study. *BioMed Research International* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6794969/>.

24 Santos FC, Tavares DRB. Locomotive syndrome in the elderly: translation, cultural adaptation, and Brazilian validation of the tool 25-Question Geriatric Locomotive Function Scale. *Rev bras reumatol.* 2017 [cited 2018 Mai 08];57(1):56–63. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbr/v57n1/pt_0482-5004-rbr-57-01-0056.pdf.

17 Felson D, Zhang Y. Smoking and osteoarthritis: a review of the evidence and its implications. *Osteoarthritis Cartil* [Internet]. 2015 [cited 2018 Abr 15]; 23(3): 331–333. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5473429/pdf/nihms863720.pdf>.

18 Pacca, DM; De-Campos, GC; Zorzi, AR; Chaim, EA; De-Miranda, JB. et al. Prevalência de dor articular e osteoartrite na população obesa brasileira. *ABCD Arq Bras Cir Dig.*[Internet]. 2018 [cited 2019 Dez 15]; 31(1):e1344. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-67202018000100305&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

19 Yoshimura, Y; Ishijima, M; Ishibashi, M; Liude, L; Arikawa-Irasawa, E et al. A nationwide observational study of locomotive syndrome in Japan using the ResearchKit: The Locomonitor study. *Journal of Orthopaedic Science* [Internet]. 2019 [cited 2018 Dez 10]; 24(6): 1094 – 1104. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S094926581930260X>.

20 Muramoto A, Imagama S, Ito Z, Hirano K, Tauchi Ri, et al. Waist circumference is associated with locomotive syndrome in elderly females. *Journal of Orthopaedic Science* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 02];

19(4):612-619. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii-S0949265815302414?via%3Dihub>.

21 Okubo T, Suehara Y, Kawasaki T, Akaike K, Toda M, et al. An Outpatient-based Survey about the Recognition of Locomotive Syndrome and the Results of the Loco-check at a University Hospital in Tokyo. *British Journal of Medicine & Medical Research* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mai 08]; 4(17): 3255-3268. Available from: http://www.journalrepository.org/media/journals/BJMMR_12/2014/Mar/Okubo4172013BJMMR7506_1.pdf.

22 Seichi, A; Hoshino, Y; Doi, T; Akai, M et al. Development of a screening tool for risk of Locomotive syndrome in the elderly: the 25-question Geriatric Locomotive Function Scale *Journal of Orthopaedic Science* [Internet]. 2012 [cited 2019 Out 10];17(2):163-172. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22222445>.

23 Kobayashi, K; Imagama, S; Ando, K; Machino, M; Tanaka, S et al. Locomotive Syndrome Stage 1 Predicts Significant Worsening of Future Motor Performance: The Prospective Yakumo Study. *BioMed Research International* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6794969/>.

24 Santos FC, Tavares DRB. Locomotive syndrome in the elderly: translation, cultural adaptation, and Brazilian validation of the tool 25-Question Geriatric Locomotive Function Scale. *Rev bras reumatol.* 2017 [cited 2018 Mai 08];57(1):56–63. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbr/v57n1/pt_0482-5004-rbr-57-01-0056.pdf.

25 Imagama S, Hasegawa Y, Ando K, Kobayashi K, Hida T, et al. Staged decrease of physical ability on the locomotive syndrome risk test is related to neuropathic pain, nociceptive pain, shoulder complaints, and quality of life in middle-aged and elderly people – The utility of the locomotive syndrome risk test. *Modern Rheumatology* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mai 05]; 27(6):1051-1056. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14397595.2017.1285856?journalCode=imor20>.



25 Imagama S, Hasegawa Y, Ando K, Kobayashi K, Hida T, et al. Staged decrease of physical ability on the locomotive syndrome risk test is related to neuropathic pain, nociceptive pain, shoulder complaints, and quality of life in middle-aged and elderly people – The utility of the locomotive syndrome risk test. *Modern Rheumatology* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mai 05]; 27(6):1051-1056. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14397595.2017.1285856?journalCode=imor20>.

26 Japão. Japanese Orthopaedic Association . Locomotive Syndrome Pamphlet. JOA, 2015.

27 Tanaka S, Ando K, Kobayashi K, Hida T, Seki T, Hamada T, et al. The decrease in phase angle measured by bioelectrical impedance analysis reflects the increased locomotive syndrome risk in community-dwelling people: The Yakumo study. *Mod Rheumatol* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jun 02]; 17:1-7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14397595.2018.1469582?journalCode=imor20>.

28 Ikemoto T, Inoue M, Nakata M, Miyagawa H, Shimo K, et al. Locomotive syndrome is associated not only with physical capacity but also degree of depression. *J Orthop Sci* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mai 10]; 21(3):361-365. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0949265816000105?via%3Dihub>.

29 Lourenço, RA; Moreira, VG; De Mello, RGB; Santos, IS; Lin, SM et al. Brazilian consensus on frailty in the elderly: concepts, epidemiology and assessment tools. *Geriatr Gerontol Aging*. [Internet]. 2018 [cited 2019 Abr 20]; 12(2):121-135. Available from: <http://www.ggaging.com/details/472/pt-BR/brazilian-consensus-on-frailty-in-older-people--concepts--epidemiology-and-evaluation-instruments>.

30 Nakamura M, Hashizume H, Nomura S, Kono R, Utsunomiya H. The Relationship between Locomotive Syndrome and Depression in Community-Dwelling Elderly People. *Current Gerontology and Geriatrics Research* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mai 15]; 23(5). Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/s10165-012-0770-2>.

31 Saito T, Watanabe H, Kikkawa I, Takeshita K. Evaluation of the association between locomotive syndrome and depressive states: a cross-sectional study. *Nagoya J Med Sci* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mai 15]; 79(1):43-46. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5346619/pdf/2186-3326-79-0043.pdf>.

32 Frade J, Barbosa P, Cardoso S, Nunes C. Depression in the elderly: symptoms in institutionalized and non-institutionalized individuals. *Rev. Enf. Reference* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 10]; 4(4),41-49. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a05.pdf>.

26 Japão. Japanese Orthopaedic Association . Locomotive Syndrome Pamphlet. JOA, 2015.

27 Tanaka S, Ando K, Kobayashi K, Hida T, Seki T, Hamada T, et al. The decrease in phase angle measured by bioelectrical impedance analysis reflects the increased locomotive syndrome risk in community-dwelling people: The Yakumo study. *Mod Rheumatol* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jun 02]; 17:1-7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14397595.2018.1469582?journalCode=imor20>.

28 Ikemoto T, Inoue M, Nakata M, Miyagawa H, Shimo K, et al. Locomotive syndrome is associated not only with physical capacity but also degree of depression. *J Orthop Sci* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mai 10]; 21(3):361-365. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0949265816000105?via%3Dihub>.

29 Lourenço, RA; Moreira, VG; De Mello, RGB; Santos, IS; Lin, SM et al. Brazilian consensus on frailty in the elderly: concepts, epidemiology and assessment tools. *Geriatr Gerontol Aging*. [Internet]. 2018 [cited 2019 Abr 20]; 12(2):121-135. Available from: <http://www.ggaging.com/details/472/pt-BR/brazilian-consensus-on-frailty-in-older-people--concepts--epidemiology-and-evaluation-instruments>.

30 Nakamura M, Hashizume H, Nomura S, Kono R, Utsunomiya H. The Relationship between Locomotive Syndrome and Depression in Community-Dwelling Elderly People. *Current Gerontology and Geriatrics Research* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mai 15]; 23(5). Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/s10165-012-0770-2>.

31 Saito T, Watanabe H, Kikkawa I, Takeshita K. Evaluation of the association between locomotive syndrome and depressive states: a cross-sectional study. *Nagoya J Med Sci* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mai 15]; 79(1):43-46. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5346619/pdf/2186-3326-79-0043.pdf>.

32 Frade J, Barbosa P, Cardoso S, Nunes C. Depression in the elderly: symptoms in institutionalized and non-institutionalized individuals. *Rev. Enf. Reference* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 10]; 4(4),41-49. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a05.pdf>.



CAPÍTULO 10

AUTOCUIDADO DOS PÉS PARA IDOSOS COM DIABETES MELLITUS

Jefferson Abraão Caetano Lira¹
Débora dos Reis Soares²
Bianca Maria Aguiar de Oliveira³
Álvaro Sepúlveda Carvalho Rocha⁴
Lídya Tolstenko Nogueira⁵

Considerações iniciais

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível decorrente de desordens metabólicas que acomete elevado percentual de idosos. Com o envelhecimento, ocorre a disfunção das células beta pancreáticas, reduzindo a produção da insulina e aumentando a resistência, em função das mudanças metabólicas e corporais dessa fase. Logo, percebe-se que essa doença nos idosos amplia em riscos tanto de morte prematura, como de complicações vasculares e neurológicas, a exemplo do pé diabético⁽¹⁾.

O Brasil é o quarto país do mundo com maior número de pessoas que apresentam DM, pois, em 2015, contava com 14,3 milhões, na faixa etária de 20 a 79 anos, perdendo apenas para a China, a Índia e os Estados Unidos. A estimativa é que 23,3 milhões de brasileiros, nessa faixa etária, em 2040, possuam a doença⁽²⁾. Devido grande parte das pessoas serem da terceira idade, isso mostra a importância de orientações acerca do DM com foco no autocuidado dos pés, no intuito de reduzir as amputações em membros inferiores e melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Nesse sentido, o pé diabético ocorre devido ao mau controle metabólico, à falta de informações e a não adesão ao tratamento recomendado. Além do mais, a não realização do autocuidado com os pés, a exemplo da higiene precária, do uso de calçados inapropriados, do corte inadequado das unhas, bem como a presença e o não tratamento de onicomicoses e onicocriptoses, a retirada de calos plantares, o tratamento incorreto de lesões neuroisquêmicas e os sinais súbitos de isquemia periférica são fatores agravantes para o pé diabético.⁽³⁾

1 Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Endereço eletrônico: j.abraaolira@gmail.com

2 Enfermeira. Universidade Federal do Piauí.

3 Enfermeira. Universidade Federal do Piauí.

4 Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí.

5 Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Federal do Piauí.

CHAPTER 10

SELF-CARE WITH THE FEET FOR THE ELDERLY WITH DIABETES MELLITUS

Jefferson Abraão Caetano Lira¹
Débora dos Reis Soares²
Bianca Maria Aguiar de Oliveira³
Álvaro Sepúlveda Carvalho Rocha⁴
Lídya Tolstenko Nogueira⁵

Initial thoughts

Diabetes Mellitus (DM) is a chronic non-communicable disease resulting from metabolic disorders that affects a high percentage of elderly people. With aging, there is a dysfunction of the pancreatic beta cells, reducing the production of insulin and increasing resistance, in function of the metabolic and body changes of this phase. Therefore, this disease in the elderly increases the risk of premature death, from both vascular as neurological complications, such as diabetic foot. ⁽¹⁾

Brazil is the fourth largest country in the world with the greatest number of people who have DM, because, in 2015, there were 14.3 million people, in the age group from 20 to 79 years, losing only to China, India and the United States. Around 23.3 million Brazilians, in this age group, in 2040, shall have the disease. ⁽²⁾ Due to the high number of elderly people, it is important to offer guidelines about the DM focused on the self-care with the feet, in order to reduce the amputation of limbs and improve the quality of life of these patients.

In this sense, the diabetic foot occurs due to poor metabolic control, lack of information and non-adherence to the recommended treatment. Furthermore, the non-implementation of the self-care with the feet, such as the precarious hygiene, the use of inappropriate shoes, improper cut of nails, as well as the presence and the lack of treatment of onychomycosis and onychocriptosis, the withdrawal

1 MSc in Nursing. PhD Student in Nursing from the Federal University of Piauí. E-mail: j.abraaolira@gmail.com

2 Nurse. Federal University of Piauí.

3 Nurse. Federal University of Piauí

4 Nursing Undergraduate Student from the Federal University of Piauí.

5 PhD in Nursing. Main Professor at the Federal University of Piauí.



No mundo, o pé diabético corresponde a cerca de 60% das amputações não traumáticas dos membros inferiores, ocasionando incapacidades físicas e reduzindo a qualidade de vida desses pacientes. Esse agravo clínico é uma das principais causas de internações hospitalares e de mortalidade em pacientes diabéticos.⁽⁴⁾ A prevalência de pé diabético no Brasil é de seis para cada 1.000 pessoas com DM, sendo que a ulceração nos pés pode ser prevenida com ações de autocuidado adequadas.⁽⁵⁻⁶⁾

No Piauí, estudo desenvolvido em Picos constatou que 49,4% dos pacientes com DM não sabiam como fazer a higiene e o que observar nos pés. Além do mais, 56,5% desconheciam o corte correto das unhas e os cuidados, como lavagem, secagem, hidratação e massagem, não eram executados, mesmo 80% tendo disposição para realizar o autocuidado com os pés, enfatizando a necessidade de estratégias educativas para sensibilizar os pacientes com DM em relação a esses cuidados necessários, no intuito de garantir a eficácia na prevenção do pé diabético⁽⁷⁾.

Segundo Dorothea Orem, o autocuidado consiste no desempenho ou na prática de atividades que as pessoas realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Assim, a teoria do autocuidado descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias, com o intuito de fortalecer a autonomia. Todavia, quando a pessoa não consegue desenvolver as atividades de autocuidado ou possui alguma dificuldade em realizá-las, a Teoria do Déficit de Autocuidado, também proposta por Orem, pode ser utilizada pela enfermagem para ajudar essas pessoas, mediante orientações e intervenções diretas, visando incentivar o empoderamento no cuidado.⁽⁸⁾

Dessa forma, estudo realizado em Fortaleza (CE), com idosos diagnosticados com DM tipo 2 atendidos na atenção primária, mostrou que as intervenções educativas de enfermagem, focadas nas orientações de autocuidado, melhoraram os parâmetros clínicos e a adesão à alimentação saudável e ao autocuidado com os pés, destacando a importância da utilização de tecnologias educativas na prática do enfermeiro para a promoção da saúde, a prevenção do pé diabético e para estimular o protagonismo no cuidado em pessoas com DM.⁽⁹⁾

Objetivos

Refletir sobre os desafios acerca do autocuidado dos pés em idosos com Diabetes Mellitus;

Elencar as ações de autocuidado com os pés para a prevenção de complicações decorrentes do Diabetes Mellitus em idosos;

Abordar estratégias de enfermagem para melhorar a adesão ao autocuidado com pés em idosos com Diabetes Mellitus.

of plantar calluses, the incorrect treatment of neuroischemic lesions and sudden signs of peripheral ischemia are aggravating factors for the diabetic foot.⁽³⁾

In the world, the diabetic foot corresponds to approximately 60% of non-traumatic amputations of limbs, causing physical disabilities and reducing the quality of life of those patients. This clinical aggravation is one of the main causes of hospital admissions and mortality in diabetic patients.⁽⁴⁾ The prevalence of diabetic foot in Brazil is six for every 1,000 people with DM, and the ulceration in the feet can be prevented with proper self-care actions.⁽⁵⁻⁶⁾

In Piauí, a study developed in Picos found that 49.4% of patients with DM did not know how to do the hygiene and what to observe in the feet. In addition, 56.5% were unaware of the correct cut of the nails and care, such as washing, drying, moisturizing and massage, was not executed, although 80% were available to perform the self-care with their feet, emphasizing the need for educational strategies to raise awareness among patients with DM in relation to these necessary care, in order to ensure the effectiveness in the prevention of diabetic foot.⁽⁷⁾

According to Dorothea Orem, the self-care consists of the performance or the practice of activities that engage do in their benefit to maintain life, health and well-being. Thus, the self-care theory describes why and how people take care of themselves, aiming to strengthen the autonomy. However, when the person is not able to develop self-care activities or has some difficulty in performing them, the Theory of Self-Care Deficit, also proposed by Orem, can be used by the nursing staff to help those people, through guidelines and direct intervention, aiming to encourage the empowerment in care.⁽⁸⁾

Thus, a study carried out in Fortaleza (CE), with elderly individuals diagnosed with type 2 DM treated in primary care, showed that the nursing educational interventions, focused on self-care guidelines, improved clinical parameters and adherence to healthy eating and the self-care with their feet, highlighting the importance of using educational technologies in the practice of nurses for health promotion, prevention of diabetic foot and to stimulate the active role in the care in people with DM.⁽⁹⁾

Objectives

To reflect on the challenges about self-care with feet in the elderly with Diabetes Mellitus;

To list the actions of self-care with the feet to prevent complications arising from Diabetes Mellitus in the elderly;

To discuss nursing strategies to improve adherence to self-care with feet in the elderly with Diabetes Mellitus.



Desafios acerca do autocuidado dos pés em idosos com DM

A prática do autocuidado com os pés em pessoas com DM torna-se mais laboriosa, quando o público-alvo é composto por idosos. Dentre as dificuldades, destacam-se a baixa escolaridade, a falta de conhecimento sobre a doença, a presença de comorbidades, a limitação física, a baixa renda, o avanço da idade, a dificuldade de locomoção até o serviço de saúde, a falta de apoio familiar e a cultura.⁽¹⁰⁾

O baixo grau de instrução na população idosa é predominante no contexto brasileiro. Isso se reflete na baixa adesão ao tratamento, pois não há uma compreensão adequada acerca da doença e da importância dos cuidados, a fim de evitar agravos. Para isso, o enfermeiro deve utilizar linguagem acessível, com a intenção de amenizar os ruídos de comunicação e propiciar melhor entendimento ao paciente.⁽¹¹⁾

Outro empecilho ao autocuidado dos pés é a presença de enfermidades associadas. Esse fator, juntamente com a baixa renda, dificulta a adoção de hábitos saudáveis. Muitos idosos referem não praticar atividade física pela condição de saúde débil, limitação física e devido aos efeitos colaterais dos medicamentos que utilizam, outro motivo levantado para a negligência ao autocuidado, além do alto custo dos alimentos saudáveis recomendados durante as consultas.⁽¹²⁻¹³⁾

Conjuntamente, com o avanço da idade e o aparecimento das doenças, há a diminuição dos processos cognitivos. Muitos idosos perdem a capacidade de realizar o tratamento do DM e o autocuidado dos pés sem o apoio de terceiros. Tal circunstância demanda uma rede de apoio familiar para atender as necessidades diárias do idoso. Todavia, muitos idosos não possuem esse suporte de familiares ou cuidadores, o que repercute no déficit do cuidado com os pés.⁽¹⁰⁾

Em contrapartida, um dos maiores desafios para a adesão do idoso à realização do autocuidado com os pés é a cultura. Isso sugere que muitos negligenciam as orientações que recebem durante as consultas de enfermagem, por não considerá-las importantes. Destaca-se que todos esses pontos devem ser abordados pelo enfermeiro para que não haja lacunas no tratamento, obtendo, assim, a adesão do paciente.⁽¹⁴⁾ Ademais, alguns idosos com DM não realizam as práticas de autocuidado com os pés, porque não são orientados pelos profissionais de saúde.

Ações de autocuidado com os pés

O primeiro aspecto a ser trabalhado com os idosos, visando desenvolver o autocuidado com os pés, é melhorar a disposição desses pacientes para essa prática. Nesse quesito, geralmente, há um déficit no entendimento dos pacientes, quanto à importância de uma atenção direcionada aos pés de forma rotineira. Assim, as orientações de autocuidado, por parte do enfermeiro, devem ser intensificadas na assistência a esses idosos com DM.⁽¹⁰⁾

Challenges to the self-care with feet in the elderly with DM

The practice of self-care with the feet in people with DM becomes more laborious when the target audience is composed of elderly people. Among the difficulties, there stand out low schooling, lack of knowledge about the disease, presence of comorbidities, physical limitation, low income, advancement of age, difficulty of locomotion to the health service, lack of family support and culture.⁽¹⁰⁾

The low degree of instruction in the elderly population is predominant in the Brazilian context. This is reflected in the low adherence to treatment, because there is not an adequate understanding about the disease and the importance of self-care, in order to avoid injuries. For this reason, the nurse must use accessible language, with the intention to soften the noise of communication and provide better understanding to the patient.⁽¹¹⁾

Another obstacle to the self-care with the feet is the presence of diseases associated with it. This factor, together with the low income, hinders the adoption of healthy habits. Many elderly people do not practice physical activity due to the poor health condition, physical limitation and effects of the drugs they use, another reason raised to neglect the care, in addition to the high cost of healthy foods recommended during the consultations.⁽¹²⁻¹³⁾

Together, with the advancement of age and the onset of the disease, there is a decrease of cognitive processes. Many elderly people lose the ability to perform the treatment of DM and the self-care with the feet without support from third parties. This demands a network of family support to meet the daily needs of the elderly. Nonetheless, many seniors do not have this support of family members or caregivers, which affects the deficit of self-care with the feet.⁽¹⁰⁾

In contrast, one of the biggest challenges for the elderly's adherence to the execution of self-care with their feet is the culture. This suggests that many neglect the guidance received during the nursing consultations, by not considering them important. The nurse should address all these points so that there are no gaps in treatment, thus obtaining the patient's adherence.¹⁴ Moreover, some elderly people with diabetes do not execute the practices of self-care with their feet because they are not guided by health professionals.

Actions of self-care with the feet

The first aspect to be worked with the elderly, aiming to develop the self-care with their feet, is to improve the willingness of these patients for this practice. In this question, generally, there is a deficit in the understanding of the patients, regarding the importance of an attention towards the feet



Dessa forma, o autocuidado com os pés deve ser diário. Inicialmente, é recomendado que o idoso realize a inspeção diária dos pés, contemplando as áreas interdigitais (caso não consiga, pode haver o auxílio de um familiar ou um cuidador, ambos orientados). Essa etapa é crucial na identificação de calosidades, deformidades (dedos em garra, joanetes e perda do arco plantar), xerodermia e presença de micoses.⁽¹¹⁾

Após essas ações, na consulta de Enfermagem, devem ser orientadas as ações de higiene diária com os pés a serem praticadas pelos idosos com DM. Dentre elas está a limpeza regular dos pés, com posterior secagem, principalmente, entre os dedos. Ao realizar esses procedimentos, previnem-se a proliferação de fungos e maceração da pele, as quais são vias para o surgimento de infecções bacterianas.⁽¹²⁾

A checagem dos calçados antes de usá-los é uma prática essencial, com o objetivo de evitar lesões nos pés. É preciso inspecionar e palpar cotidianamente a parte interna dos sapatos para retirar possíveis objetos que possam machucar os pés. Além da inspeção, é necessário o uso de calçados adequados, os quais devem ser confortáveis, com cordão ou velcro para permitir o ajuste ao pé, sem costuras internas, de tamanho adequado e com sola rígida ou semirrígida para absorver os choques dos pés contra o solo.⁽¹³⁾

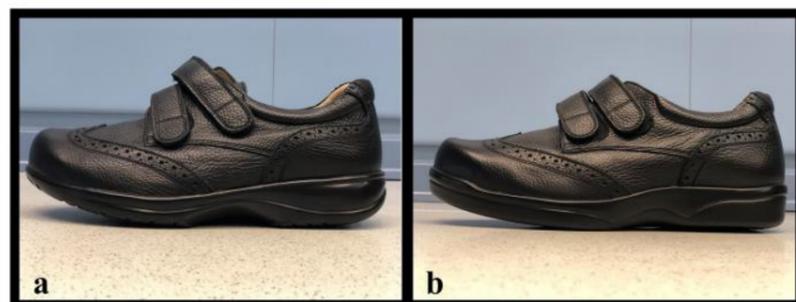


Figura 1. Exemplo de calçado rígido e semirrígido. (a) Sapato rígido; (b) Sapato semirrígido

Fonte: LÓPEZ-MORAL et al., 2019.⁽¹⁵⁾

Outro hábito diário que deve ser adotado pelos idosos com DM é o uso de hidratantes na pele. Essa prática evita o ressecamento dos pés e o surgimento de fissuras. No entanto, é importante salientar que os cremes não devem ser usados nos espaços interdigitais, objetivando prevenir micose interdigital. A aparência das unhas também é um preditor importante na avaliação dos cuidados com os pés. O idoso deve ser instruído quanto ao corte adequado das unhas, as quais devem ser cortadas sempre em linha reta no formato quadrado, pois isso evita que elas fiquem encravadas.⁽¹⁴⁾

on a routine basis. Thus, the guidelines of self-care, on the part of the nurse, must be intensified in the assistance to these elderly people with DM.⁽¹⁰⁾

In this way, the self-care with the feet must be daily. Initially, the elderly should perform daily inspection of the feet, contemplating the interdigital areas (if not possible, a family member or a caregiver, both oriented, can assist). This step is crucial in identifying calluses, deformities (claw toes, bunions and loss of the plantar arch), xerodermia and presence of mycoses.⁽¹¹⁾

After these actions, in Nursing consultation, the actions of daily hygiene with the feet must be guided to be practiced by the elderly with DM. Among them is the regular cleaning of feet, with subsequent drying, especially between the toes. These procedures prevent the proliferation of fungi and maceration of the skin, which are means for the emergence of bacterial infections.⁽¹²⁾

Checking the shoes before using them is an essential practice, aiming to avoid lesions in the feet. The inside of the shoes must be inspected and palpated daily to remove any objects that can hurt the feet. In addition to the inspection, appropriate shoes should be used, which must be comfortable with beading or Velcro to allow adjustment to the foot, without internal seams, of adequate size and with rigid or semi-rigid soles to absorb the shocks of the feet against the soil.⁽¹³⁾

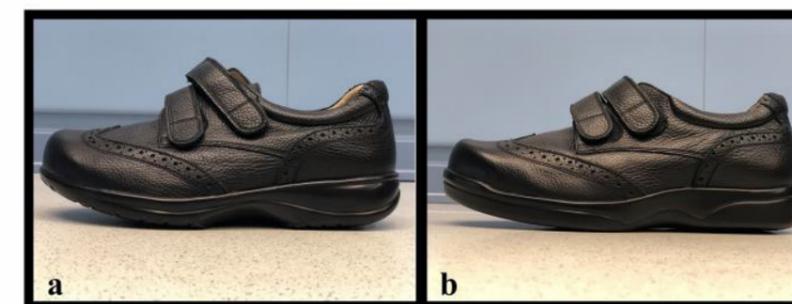


Figure 1. Examples of rigid and semi-rigid shoes. (a) Rigid shoe; (b) Semi-rigid shoe

Source: LÓPEZ-MORAL et al., 2019.⁽¹⁵⁾

Another daily habit that the elderly with DM should adopt is the use of moisturizers on the skin. This practice prevents over drying of feet and the emergence of cracks. However, it is important to emphasize that the creams should not be used in the interdigital spaces, aiming to prevent interdigital mycosis. The appearance of the nails is also an important predictor in the assessment of foot care. The elderly should be instructed regarding the proper cut of the nails, which must be cut always in a straight line in square format, because it avoids that they are ingrown.¹⁴



Figura 2. Técnica para corte das unhas dos pés
Fonte: BRASIL, 2016. ⁽¹⁶⁾

Além dos cuidados relacionados aos pés, os idosos com DM devem aderir às terapias medicamentosa e não medicamentosa, uma vez que tanto os fármacos quanto a prática de hábitos de vida saudáveis (exercícios físicos e alimentação equilibrada) são importantes para o controle glicêmico. Essas medidas reduzem complicações a nível vascular e nervoso, a exemplo da vasculopatia periférica e da neuropatia diabética, que são fatores preditores de úlceras nos pés. ⁽¹⁷⁾

O enfermeiro rotineiramente deve realizar avaliações nos pés de pessoas com DM, cuja periodicidade dependerá do grau de risco de ulceração. Ademais, o paciente deve ser orientado quanto às possíveis complicações, no intuito de identificá-las o mais precocemente possível e procurar o serviço de saúde para o manejo e o tratamento correto desses agravos, por isso a importância do autoexame diário dos pés por parte do idoso com DM. ⁽¹¹⁾

Estratégias de enfermagem para melhorar a adesão do autocuidado com os pés

A educação em saúde é uma das principais estratégias para melhorar o envolvimento do idoso no autocuidado com os pés. Esse método pode ser desenvolvido por meio de orientações, durante a consulta com o paciente, ou a partir de palestras. O objetivo é elucidar todas as dúvidas e trazer informações necessárias ao paciente sobre a doença, tornando-o independente e capaz de desempenhar os cuidados com os pés. Ao ofertar mais autonomia ao idoso, supera-se o modelo curativo e avança-se na busca da promoção da saúde e prevenção dos agravos provenientes do DM. ⁽¹⁷⁾

As rodas de conversa constituem outra estratégia com resultados positivos, pois os pacientes têm a oportunidade de trocarem informações e experiências em grupo, com a mediação do enfermeiro, que observa o nível de conhecimento dos participantes e intervém quando necessário, visando possibilitar a construção do saber voltado ao autocuidado. Nesse método, o idoso com DM, além de aprender coletivamente, torna-se participante ativo no processo saúde-doença. ⁽¹⁸⁾



Figure 2. Technique for cutting the feet nails
Source: BRASIL, 2016. ⁽¹⁶⁾

In addition to care related to feet, the elderly with DM should adhere to the drug and non-drug therapies, since both drugs as the practice of healthy life habits (physical exercises and balanced diet) are important for the glycemic control. These measures will reduce complications at vascular and nervous levels, such as peripheral vasculopathy and neuropathy, which are predictors of ulcers on the feet. ⁽¹⁷⁾

The nurse should routinely conduct evaluations on the feet of people with DM, whose frequency depends on the degree of risk ulceration. In addition, the patient must be instructed concerning possible complications, in order to identify them as early as possible and seek the health service for the management and the correct treatment of these injuries, hence the importance of the daily self-examination of the feet on the part of the elderly with DM. ⁽¹¹⁾

Nursing strategies to improve the adherence to the self-care with the feet

Health education is one of the main strategies to improve the involvement of the elderly in the self-care with the feet. This method can be developed through guidelines, during the consultation with the patient, or from lectures. The goal is to elucidate all doubts and bring necessary information to the patient about the disease, making him/her independent and capable of performing the foot care. By giving more autonomy to the elderly, the curative model is overcome and the search for health promotion and prevention of injuries from DM advances. ⁽¹⁷⁾

The conversation wheels constitute another strategy with positive results, because patients have the opportunity to exchange information and experiences in group, with the mediation of the nurse, who observes the knowledge level of the participants and intervenes when necessary, aiming to enable the construction of knowledge towards self-care. In this method, the elderly with DM, in addition to learning collectively, become active participant in the health-disease process. ⁽¹⁸⁾



Dentre os métodos didáticos interativos, estão as cartilhas educativas, os folders ilustrativos e os aplicativos de telefone móvel. Essas tecnologias educativas facilitam o acesso da população a obtenção de conhecimento. Tais artefatos contêm imagens, linguagem acessível e vídeos, o que ajuda na construção do aprendizado. Além do mais, os idosos podem utilizar esses instrumentos mesmo quando não estão em contato com um profissional de saúde ou em uma unidade de saúde. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

Em suma, o principal objetivo dessas estratégias empregadas pelo enfermeiro é provocar uma sensibilização à adesão do paciente ao cuidado, a partir da obtenção e construção do conhecimento. O acesso à informação produz mudança de comportamento e traz habilidades necessárias ao cotidiano do idoso para que esse realize o autocuidado com os pés.

Considerações finais

Diante disso, observou-se que a baixa escolaridade, as comorbidades associadas, a limitação física, a baixa renda, o avanço da idade, a falta de apoio familiar, a cultura, o desconhecimento sobre a doença e a falta de orientação dificultam a adesão dos idosos com DM às práticas de autocuidado com os pés. Devido as ações de autocuidado com os pés serem imprescindíveis para a prevenção do pé diabético, a educação em saúde, roda de conversa, cartilhas educativas, folders ilustrativos e aplicativos de telefone móvel são estratégias que podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro para facilitar a adesão ao autocuidado com pés.

Dentre as ações de autocuidado, o autoexame diário dos pés, a higiene e a secagem dos pés, a checagem dos calçados antes de calçar, o uso de calçados adequados, a utilização de hidratantes e o corte das unhas no formato quadrado são fundamentais para a prevenção de ulceração nos pés. Assim, o enfermeiro é essencial na promoção da saúde e na facilitação do empoderamento de idosos com DM em relação à adesão do autocuidado com os pés, no intuito de prevenir complicações em membros inferiores e proporcionar melhor qualidade de vida a esses pacientes.

Questões para reflexão

1. De acordo com sua vivência acadêmica e/ou profissional, quais entraves dificultam a adesão ao autocuidado com os pés por parte de idosos com DM?
2. Além das estratégias de enfermagem destacadas, quais outras poderiam ser implementadas na prática do enfermeiro, no intuito de facilitar a adesão ao autocuidado com os pés por parte de idosos com DM?

Some of the interactive teaching methods are the educational booklets, illustrative folders and applications for smartphones. These educational technologies facilitate the access of the population to acquiring knowledge. Such artifacts contain images, accessible language and videos, which help in the construction of learning. In addition, the elderly can use these instruments even when they are not in contact with a health professional or in a health unit. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

In short, the main objective of these strategies employed by nurses is sensitize patient adherence to care, through acquisition and construction of knowledge. The access to information produces a change of behavior and brings skills necessary to everyday life of the elderly to perform self-care with their feet.

Final thoughts

In this context, the low schooling, associated comorbidities, physical limitation, low income, age, lack of family support, culture, unawareness of the disease and the lack of orientation hinder the adherence of the elderly with diabetes to self-care practices with the feet. Since self-care actions with the feet are essential for preventing the diabetic foot, health education, conversation wheel, educational booklets, illustrative folders and mobile phone applications are strategies that can be developed by the nurse to facilitate the adherence to the self-care with the feet.

Among the self-care actions, the daily self-examination of the feet, hygiene and drying of the feet, the checking of shoes before wearing them, the use of appropriate shoes, the use of moisturizers and cutting the nails in square format are fundamental for the prevention of ulcers on the feet. Thus, the nurse is essential in health promotion and in facilitating the empowerment of the elderly with DM in relation to the adherence to the self-care with their feet, in order to prevent complications in limbs and provide a better quality of life to these patients.

Questions for reflection

1. According to your academic and/or professional experience, which obstacles hinder the adherence to self-care with their feet on the part of the elderly with DM?
2. In addition to the nursing strategies highlighted, what others might be implemented in nurses' practice, in order to facilitate the adherence to the self-care with the feet on the part of the elderly with DM?



Referências

1. Prado MAMB, Francisco PMSB; Barros MBA. Diabetes em idosos: uso de medicamentos e risco de interação medicamentosa. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(11): 3447-58.
2. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 7 ed. Bélgica: International Diabetes Federation; 2015.
3. Netten JJV, Price PE, Lavery LA, Monteiro-Soares M, Rasmussen A, Jubiz Y, et al. Prevention of foot ulcers in the at-risk patient with diabetes: a systematic review. *Diabetes metab res rev*. 2016; 32(1):84-98.
4. Bondor CI, Veresiu IA, Florea B, Vinik AI, Gavan NA. Epidemiology of diabetic foot ulcers and amputation in Romania: Results of a cross-sectional Quality of Life Questionnaire Based Survey. *J diabetes res*. 2016; 1(1):1-7.
5. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Rossaneis MA, Haddad MD, Mantovani MF, Marcon SS, Pissinati PS. Foot ulceration in patients with diabetes: a risk analysis. *Br j nurs*. 2017; 26(6):6-14.
7. Policarpo NS, Moura JRA, Melo Júnior EB, Almeida PC, Macêdo SF, Silva ARV. Conhecimento, atitudes e práticas de medidas preventivas sobre pé diabético. *Rev gaúcha enferm*. 2014; 35(3):36-42.
8. Queirós PJ. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Rev Investigação Enferm*. 2010; 21(1):5-7.
9. Marques MB, Coutinho JFV, Martins MC, Lopes MVO, Maia JC, Silva MJ. Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*. 2019; 53:e03517.
10. Dias EG, Pardim ACS, Antunes LP, Silva IO, Alves JCS, Jorge SA. Desafio da prática do autocuidado do idoso portador de diabetes mellitus tipo 2. *Rev SUSTINERE*. 2017; 5(1):38-53.
11. Borba AKOT, Arruda IKG, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária a saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2019; 24(1):125-36.
12. Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(11):3829-40.
13. Moura NS, Guedes MVC, Menezes LCG. Práticas de autocuidado de pessoas com diabetes e pés em risco. *Rev enferm UFPE on line*. 2016; 10(6):2043-50.
14. Dourado MA, Santos ICRV. Adesão aos cuidados de prevenção do pé diabético. *Braz J Enterestomal Ther*. 2015; 13(4):1-5.

References

1. Prado MAMB, Francisco PMSB; Barros MBA. Diabetes em idosos: uso de medicamentos e risco de interação medicamentosa. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(11): 3447-58.
2. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 7 ed. Bélgica: International Diabetes Federation; 2015.
3. Netten JJV, Price PE, Lavery LA, Monteiro-Soares M, Rasmussen A, Jubiz Y, et al. Prevention of foot ulcers in the at-risk patient with diabetes: a systematic review. *Diabetes metab res rev*. 2016; 32(1):84-98.
4. Bondor CI, Veresiu IA, Florea B, Vinik AI, Gavan NA. Epidemiology of diabetic foot ulcers and amputation in Romania: Results of a cross-sectional Quality of Life Questionnaire Based Survey. *J diabetes res*. 2016; 1(1):1-7.
5. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Rossaneis MA, Haddad MD, Mantovani MF, Marcon SS, Pissinati PS. Foot ulceration in patients with diabetes: a risk analysis. *Br j nurs*. 2017; 26(6):6-14.
7. Policarpo NS, Moura JRA, Melo Júnior EB, Almeida PC, Macêdo SF, Silva ARV. Conhecimento, atitudes e práticas de medidas preventivas sobre pé diabético. *Rev gaúcha enferm*. 2014; 35(3):36-42.
8. Queirós PJ. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Rev Investigação Enferm*. 2010; 21(1):5-7.
9. Marques MB, Coutinho JFV, Martins MC, Lopes MVO, Maia JC, Silva MJ. Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*. 2019; 53:e03517.
10. Dias EG, Pardim ACS, Antunes LP, Silva IO, Alves JCS, Jorge SA. Desafio da prática do autocuidado do idoso portador de diabetes mellitus tipo 2. *Rev SUSTINERE*. 2017; 5(1):38-53.
11. Borba AKOT, Arruda IKG, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária a saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2019; 24(1):125-36.
12. Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(11):3829-40.
13. Moura NS, Guedes MVC, Menezes LCG. Práticas de autocuidado de pessoas com diabetes e pés em risco. *Rev enferm UFPE on line*. 2016; 10(6):2043-50.
14. Dourado MA, Santos ICRV. Adesão aos cuidados de prevenção do pé diabético. *Braz J Enterestomal Ther*. 2015; 13(4):1-5.



15. López-Moral M, Lázaro-Martínez JL, García-Morales E, García-Álvarez Y, Álvaro-Afonso FJ, Molines-Barroso RJ. Clinical efficacy of therapeutic footwear with a rigid rocker Sole in the prevention of recurrence in patients with diabetes mellitus and diabetic polineuropathy: a randomized clinical trial. PLoS One. 2019; 14(7):e0219537.

16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

17. Barros EA. Cuidados de enfermagem aos pacientes acometidos com o pé diabético. Rev Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 2018; 11(4):142-60.

18. Menezes LCG, Guedes MVC, Moura NS, Oliveira RM, Vieira LA, Barros AA. Estratégias educativas para pessoas diabéticas com pé em risco neuropático: síntese de boas evidências. Rev eletrônica enferm. 2016; 18:e1197.

19. Galdino YLS, Moreira TMM, Marques ADB, Silva FAA. Validação de cartilha sobre autocuidado com pés de pessoas com Diabetes Mellitus. Rev bras enferm. 2019; 72(3):780-7.

15. López-Moral M, Lázaro-Martínez JL, García-Morales E, García-Álvarez Y, Álvaro-Afonso FJ, Molines-Barroso RJ. Clinical efficacy of therapeutic footwear with a rigid rocker Sole in the prevention of recurrence in patients with diabetes mellitus and diabetic polineuropathy: a randomized clinical trial. PLoS One. 2019; 14(7):e0219537.

16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

17. Barros EA. Cuidados de enfermagem aos pacientes acometidos com o pé diabético. Rev Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 2018; 11(4):142-60.

18. Menezes LCG, Guedes MVC, Moura NS, Oliveira RM, Vieira LA, Barros AA. Estratégias educativas para pessoas diabéticas com pé em risco neuropático: síntese de boas evidências. Rev eletrônica enferm. 2016; 18:e1197.

19. Galdino YLS, Moreira TMM, Marques ADB, Silva FAA. Validação de cartilha sobre autocuidado com pés de pessoas com Diabetes Mellitus. Rev bras enferm. 2019; 72(3):780-7.



CAPÍTULO 11

SAÚDE MENTAL, ENVELHECIMENTO E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Janaina Maria dos Santos Francisco de Paula¹
Rutielle Ferreira Silva²
Márcia Astrês Fernandes³
Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁴

Considerações Iniciais

O envelhecimento populacional vem se intensificando nas últimas décadas. No mundo, dados do relatório da World Population Ageing mostram que, entre 2015 e 2030, o número de pessoas idosas irá crescer 56%. Na América do Sul, a população vem passando por uma significativa transformação, caracterizada por alterações em seu regime demográfico e estrutura etária, atingindo 59.122 milhões, de maiores de 65 anos em 2030, com um índice de dependência de 22 (65+ /20-64). Essa situação de envelhecimento populacional é consequência, primeiramente, da rápida e contínua queda da fecundidade no País, além de ser também influenciada pela queda da mortalidade em todas as idades⁽¹⁻²⁾.

Esse novo perfil traz consigo um grande desafio para o setor da saúde, em que prevalecem as doenças crônicas e as incapacidades. Ademais, observa-se que os idosos apresentam mais fragilidades do ponto de vista fisiológico, psicológico e social decorrentes das transformações que ocorrem ao longo da vida, que os tornam mais susceptíveis a determinadas doenças⁽³⁻⁵⁾.

Diferentes fatores (cultural, social e de gênero) podem influenciar no processo de envelhecimento ativo e estes, ao interagirem com os aspectos sociais, físicos, comportamentais, de serviços sociais e de saúde, dentro do contexto de saúde do idoso, tornam essa população vulnerável às doenças mentais, afetando sobremaneira a qualidade de vida e demanda de cuidados adequados⁽⁶⁻⁷⁾.

1 Mestre em Hebiatria- determinantes de saúde na adolescência pela Universidade de Pernambuco. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Trabalho- GEPSAMT/ UFPI e do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências da Saúde- GEPICS/ UFPI.

2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

3 Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Professora Associada do Curso de Graduação em Enfermagem e da Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí no Centro de Ciências da Saúde (UFPI/ CMPP).

4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Associada do Curso de Graduação em Enfermagem e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí no Centro de Ciências da Saúde (UFPI/CMPP).

CHAPTER 11

MENTAL HEALTH, AGING AND THE HEALTH CARE NETWORK FOR THE ELDERLY

Janaina Maria dos Santos Francisco de Paula¹
Rutielle Ferreira Silva²
Márcia Astrês Fernandes³
Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁴

Initial Thoughts

The population aging has been increasing in recent decades. In the world, data from the report of the World Population Ageing show that, between 2015 and 2030, the number of elderly people will grow 56%. In South America, the population has been undergoing a significant transformation, characterized by changes in their demographic regime and age structure, reaching 59,122 million people aged over 65 years in 2030, with a dependence index of 22 (65+ /20-64). This situation is a consequence of population aging, firstly, from the rapid and continuous decline of fertility in the country, in addition to also being influenced by the decreased mortality at all ages⁽¹⁻²⁾.

This new profile brings a great challenge for the health sector, in which chronic diseases and disabilities prevail. Furthermore, the elderly have more weaknesses from the physiological, psychological and social point of view arising from the transformations that occur throughout life, which make them more susceptible to certain diseases⁽³⁻⁵⁾.

Different factors (cultural, social and gender) can influence the process of active aging and these, when interacting with social, physical, behavioral, social and health aspects, within the elderly's health context, make this population vulnerable to mental illnesses, greatly affecting the quality of life and demand of appropriate care⁽⁶⁻⁷⁾.

1 Master in Hebiatria - health determinants in adolescence by the University of Pernambuco. Researcher at the Study and Research Group on Mental Health and Work - GEPSAMT / UFPI and the Interdisciplinary Research Group on Health Sciences - GEPICS / UFPI

2 Nurse. Master in Nursing from the Postgraduate Program in Nursing at the Federal University of Piauí. Teresina, Piauí, Brazil.

3 PhD in Sciences from the University of São Paulo. Associate Professor of the Undergraduate Nursing Course and Postgraduate Nursing Course at the Federal University of Piauí at the Health Sciences Center (UFPI / CMPP).

4 Nurse. PhD in Nursing from the Federal University of Rio de Janeiro. Associate Professor of the Undergraduate Nursing Course and Postgraduate Nursing Course at the Federal University of Piauí at the Health Sciences Center (UFPI / CMPP).



Dentro do contexto da saúde mental do idoso, as demências, os transtornos mentais e os comportamentais devido ao uso de álcool, vêm se tornando uma preocupação constante, tendo em vista que afetam os índices de mortalidade hospitalar e a demanda por cuidados adequados possivelmente devido às falhas no modelo de atenção à saúde mental no Brasil⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Diante dessa realidade, o sistema de saúde precisa se ajustar a esse novo perfil de necessidades. Estudiosos apontam que os gastos com a saúde da população idosa dependerão, principalmente, de como a população envelhecerá. Com isso, qualquer política social ou de saúde destinada a pessoa idosa deverá levar em consideração que o envelhecimento bem-sucedido é aquele em que o idoso terá menor probabilidade de adoecer, manterá uma alta capacidade física e mental e um engajamento social ativo⁽¹¹⁻¹²⁾.

No cenário internacional, políticas públicas como o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (PIAE), aprovado em Madrid no ano de 2002, pelos países membros da Organização das Nações Unidas (WHO), estabelecem medidas prioritárias para a promoção do envelhecimento saudável. Com relação à saúde mental da pessoa idosa, esse plano prevê a aplicação de estratégias que favoreçam a prevenção de transtornos mentais, o diagnóstico precoce, o tratamento dessas doenças, a elaboração de ações que eduquem e conscientizem a população para o alcance de uma velhice com saúde física e mental, o fortalecimento de uma rede de cuidados e apoio aos idosos com o envolvimento da família, voluntários e comunidade e a importância de realizar pesquisas, baseadas em evidências e indicadores confiáveis, sobre questões relacionadas à idade como instrumento útil para a formulação de políticas relativas ao envelhecimento⁽¹³⁾.

No cenário nacional, podemos identificar as seguintes políticas públicas voltadas aos idosos: Lei 8.842/94 regulamentada pelo Decreto 1.948/96, Decreto 4.227/02 (Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos), Lei 10.741/03 (Estatuto do Idoso), Portaria 399/GM/ 06 (Diretrizes do Pacto Pela Saúde) e Portaria 2.528/0613 (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa) cujo principal objetivo, no contexto atual é o foco na promoção do envelhecimento ativo e saudável e na prevenção dos transtornos mentais, implantando políticas que priorizem a qualidade de vida da pessoa idosa, ressaltando-se a importância da preservação da saúde física e mental⁽¹⁴⁻¹⁹⁾.

Objetivos

Discutir os aspectos relativos ao envelhecimento, a saúde mental e a rede de atenção à saúde do idoso.

Within the context of mental health in the elderly, dementia, mental and alcohol-related behavioral disorders are becoming a constant concern, having in view they affect the rates of in-hospital mortality and the demand for appropriate care possibly due to flaws in the mental health care model in Brazil⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Faced with this reality, the health system needs to adjust to this new profile of needs. Scholars suggest that spending on the health of the elderly population will depend, primarily, on how the population age. With this, any social or health policy for the elderly should take into account that the successful aging is when the elderly have lower probability of illness, maintain a high physical and mental capacity and an active social engagement⁽¹¹⁻¹²⁾.

In the international scenario, public policies, such as the International Plan of Action on Ageing (IPAA), adopted in Madrid in the year 2002, by member countries of the United Nations (UN), establish priority measures for the promotion of healthy aging. Regarding the mental health of the elderly, this plan provides for the implementation of strategies to promote the prevention of mental disorders, early diagnosis, treatment of these diseases, the elaboration of educational actions that raise awareness in the population to achieve an age with physical and mental health, the strengthening of a care and support network for the elderly with the involvement of the family, volunteers and community and the importance of conducting surveys, based on evidence and reliable indicators, on issues related to age as a useful instrument for the formulation of aging-related policies⁽¹³⁾.

In the national scene, we can identify the following public policies directed to the elderly: Law 8,842/94 regulated by Decree 1,948/96, Decree 4,227/02 (National Council of the Rights of the Elderly), Law 10,741/03 (Byelaw for the Elderly), Decree 399/GM/ 06 (Guidelines of the Health Pact) and Decree 2,528/0613 (National Health Policy for the Elderly), whose main objective, in the current context, is promoting active and healthy aging and the prevention of mental disorders, deploying policies that prioritize the quality of life of the elderly, emphasizing the importance of preserving the physical and mental health⁽¹⁴⁻¹⁹⁾.

Objectives

To discuss the aspects relating to aging, mental health and the health care network for the elderly.



O envelhecimento e a Saúde mental de idosos

Os fatores determinantes do envelhecimento ativo sofrem influência cultural e de gênero e envolvem a integração de aspectos individuais, econômicos, sociais, físicos, comportamentais, de serviços sociais e de saúde.

No que se refere ao rastreamento da saúde mental dos idosos, o modo como os profissionais de saúde e a comunidade compreendem o processo do envelhecimento, podem contribuir para que problemas relacionados e ela sejam confundidos com o processo natural do envelhecimento, levando a atrasos no diagnóstico e no tratamento de tais condições.

No que tange ao rastreamento da saúde mental, nos estudos de base populacional são encontradas diversas prevalências: 26% (na China); 26,4% (na cidade de Fortaleza-CE); de 27% (na cidade de São Paulo-SP); 33% (na cidade de Salvador-BA); 36,1% no estudo de Bourget e 30% nos estudos de Blay et al (ambos na cidade de São Paulo-SP) ; 29,3% (na cidade de Monte Claro-GO) e 44,6% (na cidade de Ibiaí- MG) ⁽²⁰⁻²⁷⁾.

O envelhecimento, quando não experienciado de modo ativo, pode resultar na presença de múltiplas doenças, prejuízos e incapacidade, com conseqüente deterioração da saúde dos idosos, tornando-os vulneráveis à demência, aos sintomas depressivos e ao consumo de risco de bebida alcoólica que, associados aos fatores determinantes do envelhecimento ativo, implicam no estabelecimento de intervenções eficazes e efetivas de prevenção e promoção à saúde mental dessa população pela rede de atenção.

A demência é uma das principais causas de incapacidades na velhice, que demanda cuidados durante todo o curso desta enfermidade, culminando na dependência total da pessoa doente. No Brasil, essa taxa de prevalência foi calculada em 7,6% , que se mostra alarmante quando analisada a projeção do contingente de 1.069 mil idosos em 2020. Isso implicaria em um aumento de, aproximadamente, 560 mil idosos com demência, ou seja, de 53%, resultado do crescimento da população idosa. Em termos de incidência, seriam 2,7 novos idosos em cada 1.000 idosos a cada ano⁽²⁷⁾.

Os sintomas depressivos apresentam variabilidade em nosso país. Nos estudos de base populacional conduzidos nos estados da Paraíba-PB, São Paulo-SP, Rio Grande do Sul-RS, Rio Grande do Norte-RN e Minas Gerais-MG, as prevalências observadas variaram entre 18,8 (IC95% 16,8 – 20,8) e 38,5% (IC95% 36,0 – 41,0). O mais recente conduzido na cidade de Bagé-RS apresentou uma prevalência de 18,0% (IC95% 16,1 – 19,9), sendo 20,5% nas áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e 15,1% nas áreas da atenção básica tradicional (p = 0,006). O estudo apontou maior prevalência de sintomas depressivos no sexo feminino relacionados às questões sociais, às quais as mulheres estão expostas (violência doméstica e discriminação no acesso à educação, renda, alimentação e trabalho, cuidado da saúde e seguridade social). Ainda revelou que a manutenção da renda com a aposentadoria

The aging and the Mental health of the elderly

The determinants of active aging suffer gender and cultural influence and involve the integration of individual, economic, social, physical, behavioral, social and health services aspects.

In relation to the screening of the mental health of the elderly, the way health professionals and the community comprise the aging process may contribute to confusing problems related to it with the natural aging process, leading to delays in the diagnosis and treatment of such conditions.

Concerning the screening of mental health, population-based studies found various prevalence: 26% (in China); 26.4% (in the city of Fortaleza); 27% (in the city of São Paulo); 33% (in the city of Salvador); 36.1% in the study by Bourget and 30% in the studies by Blay et al. (both in the city of São Paulo); 29.3% (in the city of Monte Claro) and 44.6% (in the city of Ibiaí - MG)⁽²⁰⁻²⁷⁾.

The aging, when not experienced actively, may result in the presence of multiple diseases, injury, and disability, with consequent deterioration of health of the elderly, making them vulnerable to dementia, to depressive symptoms and the risk of alcohol consumption, which, associated with the determinants of active aging, imply in the establishment of effective interventions for preventing and promoting the mental health of this population through the care network.

Dementia is one of the main causes of disability in old age, demanding care throughout its course, culminating in total dependence of the sick person. In Brazil, its prevalence rate was calculated at 7.6%, which is alarming, when analyzing the projection of the contingent of 1,069 thousand elderly people in 2020. This would imply an increase of approximately 560 thousand elderly people with dementia, i.e. 53%, resulting from the growth of the elderly population. In terms of incidence, it would represent 2.7 new cases in every 1,000 elderly individuals each year⁽²⁷⁾.

The depressive symptoms present variability in our country. In population-based studies conducted in the states of Paraíba, São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte and Minas Gerais, the observed prevalence ranged between 18.8 (95% CI 16.8 - 20.8) and 38.5% (95% CI 36.0 - 41.0). The most recently study conducted in the city of Bagé-RS showed a prevalence of 18.0% (95% CI 16.1 - 19.9), and 20.5% in the areas covered by the Family Health Strategy (FHS) and 15.1% in the areas of traditional primary care (p = 0.006). The study showed a higher prevalence of depressive symptoms in females related to social issues to which women are exposed (domestic violence and discrimination in access to education, income, food and work, health care and social security). It also revealed that the maintenance of income with retirement proved to be a protective factor against depression despite the significant association between depressive symptoms and cardiac problems. The elderly who self-reported heart diseases problems were more likely to developing depressive symptoms compared to the elderly without heart disease and the presence of functional disability⁽²⁸⁾.



mostrou ser um fator de proteção contra a depressão apesar da significativa associação entre sintomas depressivos e problemas cardíacos. Idosos que autorreferiram problemas cardíacos apresentaram uma probabilidade maior de desenvolver sintomas depressivos comparados aos idosos sem cardiopatias e a presença de incapacidades funcionais⁽²⁸⁾.

Em relação ao consumo de bebida alcoólica, as taxas de prevalência do consumo de risco na população geriátrica têm sido reportadas entre 10,64% na República Dominicana e 56,01% na Nova Zelândia. No Brasil, essa estimativa é de 25,7% e a literatura aponta o subdiagnóstico dos problemas relativos ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas, como cocaína, crack, cannabis, opiáceos, cogumelo, benzodiazepínicos e anfetamina⁽²⁹⁻³²⁾.

Se por um lado, o envelhecimento de forma ativa altera a percepção de saúde e bem-estar para alguns, do outro lado a prevalência de doenças crônicas repercute sobre o sistema de saúde, as famílias e os indivíduos tornando os pensamentos de morte mais comum entre os idosos. No plano dos significados, enquanto o imaginário se refugia no cenário narcísico superpotente que nega o luto das perdas progressivas na própria vida, a construção simbólica parece enraizada na disjunção entre vida e morte, confundindo sofrimento com gozo, risco de morrer com a “sensação” de estar vivo: a morte que não tem mais lugar invade toda a existência. Diante da consciência da própria finitude, na interação dinâmica do processo saúde-doença-velhice, o luto antecipado do sujeito idoso, tão perturbador quanto a morte efetiva de alguém, revela-se na convivência com doenças crônicas e incapacitantes e nos medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer⁽³³⁻³⁵⁾.

Em diversos países o maior grupo de risco para o suicídio é o das pessoas acima dos 65 anos, sendo que este risco aumenta ainda mais com a idade; nos idosos com história prévia de perturbação depressiva, de tentativa de suicídio ou, ainda, de história familiar de suicídio, idosos com nível de escolaridade elevado, os que não praticam qualquer religião, os com traços obsessivos de personalidade, neuroticismo e rigidez, os que têm fraca integração na sociedade, os que residem sozinhos, os com problemas econômicos e eventos adversos de vida (como a morte do cônjuge). No Brasil, percebem-se altas taxas no Sul do Brasil e baixas taxas na região Norte do país. Esses dados corroboram com um estudo realizado em três cidades do nordeste brasileiro: Teresina-PI, Tauá-CE e Fortaleza-CE, no qual, a autópsia psicossocial mostrou que, entre os idosos que faleceram por suicídio, predominaram homens, casados, com educação formal fundamental completa de religião católica e residentes na área urbana e idosos com vínculos matrimoniais desfeitos pelo divórcio ou separações⁽³⁶⁻⁴⁰⁾.

A Rede de Atenção à Saúde do Idoso

O cuidado estruturado em redes de atenção à saúde constitui uma prioridade diante do fenômeno do envelhecimento diante da acelerada transição demográfica que se apresenta no Brasil.

In relation to the consumption of alcoholic beverages, the prevalence rates of risk consumption in the geriatric population have been reported between 10.64% in the Dominican Republic and 56.01% in New Zealand. In Brazil, this estimate is 25.7% and the literature points to underdiagnoses of problems relating to the use of alcohol and other psychoactive substances, such as cocaine, crack, cannabis, opiates, mushroom, benzodiazepines, and amphetamine⁽²⁹⁻³²⁾.

If, on the one hand, the active aging changes the perception of health and well-being for some, on the other hand, the prevalence of chronic diseases has repercussions on the health care system, families and individuals, making the thoughts of death more common among the elderly. In terms of the meanings, while the imaginary takes refuge in the scenario of a overpowered narcissism that denies the mourning of the progressive losses in one's own life, the symbolic construction seems to be rooted in the disjunction between life and death, confusing suffering with joyfulness, risk of dying with the "feeling" of being alive: the death that no longer has a place invades the whole existence. Facing the consciousness of one's own finiteness, in the dynamic interaction of the health-disease-aging process, the anticipated mourning of the elderly subject, as disturbing as someone's actual death, reveals itself while living with chronic and disabling diseases and fears of inability, bothering someone and dying⁽³³⁻³⁵⁾.

In several countries, the largest group of risk for suicide is the people over 65 years, and this risk increases with age, in the elderly with a history of depressive disorder, suicide attempt, or family history of suicide, in the elderly with high level of education, those who have no religion, with obsessive personality traits of neuroticism, and stiffness, those who have poor integration in society, those who live alone, those with economic problems and adverse life events (like the death of a spouse). In south Brazil, there are high rates, whereas in the north region, those rates are low. These data corroborate a study conducted in three cities in the northeast Brazil: Teresina, Tauá and Fortaleza, in which the psychosocial autopsy showed that, among the elderly who died by suicide, there was prevalence of men, married, with complete elementary education, of catholic religion and residing in the urban area and elderly with matrimonial bonds undone by divorce or separation⁽³⁶⁻⁴⁰⁾.

The Health Care Network for the Elderly

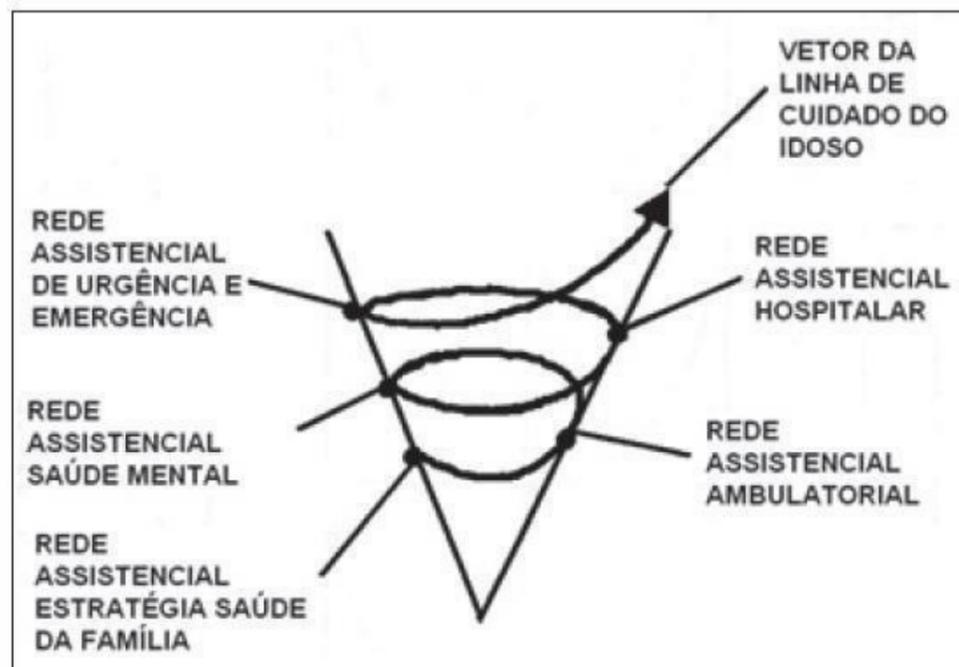
The care structured in health care networks is a priority facing the phenomenon of aging in relation to the accelerated demographic transition currently present in Brazil.

The health care networks constitute a set of articulated actions and services, in increasing levels of complexity, aiming to assure the integrality of care, cross sectioning the entire system, drawing the care lines. Those lines should be understood as the set of knowledge, technologies and resources necessary to cope with certain risks, diseases or specific conditions of the life cycle, when offered in a



Entende-se que Redes de Atenção à Saúde constituem-se por um conjunto de ações e serviços articulados, em níveis de complexidade crescentes, com a finalidade de garantir a integralidade da atenção, transversalizando todo o sistema, desenhando as linhas de cuidado. Essas linhas devem ser compreendidas como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde, entendendo sua implementação como estratégia central da organização e qualificação das redes, com vistas à integralidade do cuidado de forma que receba um cuidado contínuo e integral, conforme ilustrado na Figura 1⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

Figura 1: Espiral da complexidade da linha de cuidado e matriciamento nas redes de atenção



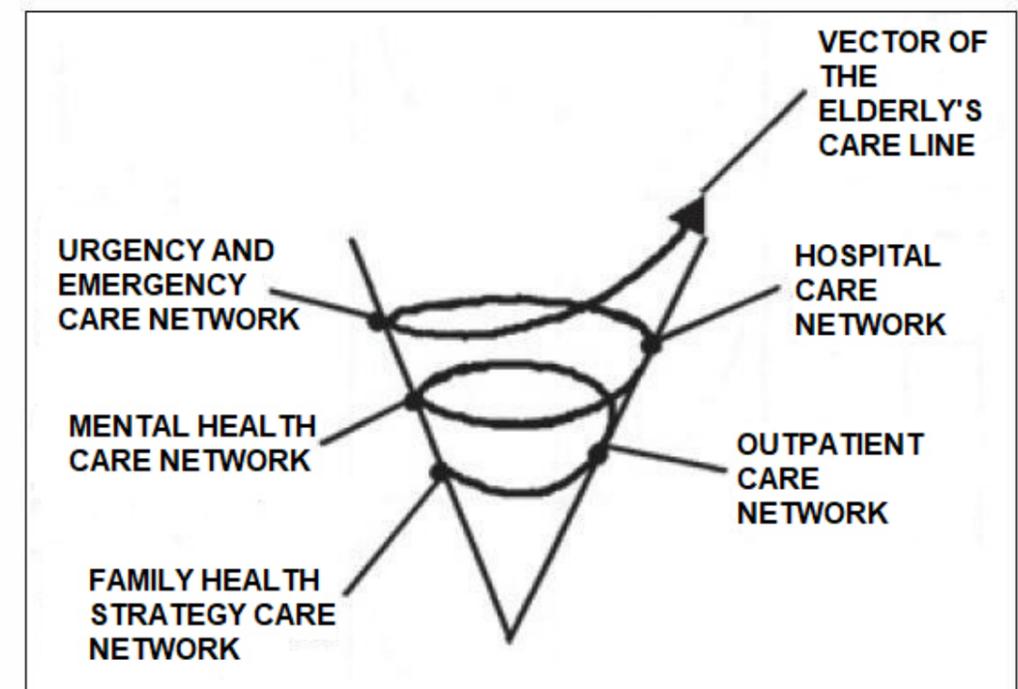
Fonte: Andrade et al. (2006).

O conhecimento do percurso do idoso em rede clarifica as tomadas de decisão no processo de cuidado destinado a ele e personifica a assistência, nos permitindo o diagnóstico precoce por meio da atenção primária e prevenindo as incapacidades⁽⁴²⁾.

O aumento da expectativa de vida tem provocado alterações no quadro nosológico, com aumento das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT), sobretudo àquelas de natureza crônico-de-

timely, articulated and continuous manner by the health system, understanding their implementation as a central strategy of the organization and qualification of networks, focusing on the care integrity in order to provide a continuous and integral care, as illustrated in Figure 1⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

Figure 1. Spiral of the complexity of the care and matrix support line in the care networks



Source: Andrade et al. (2006).

The knowledge of the elderly's route within the network clarifies the decision-making in the care process for them, and personifies the assistance, allowing an early diagnosis through primary care and preventing disabilities⁽⁴²⁾.

The increased life expectancy has caused changes in the nosocomial framework, with an increase Non-communicable Diseases (NCD), especially those of chronic-degenerative nature. The new epidemiological scenario of elevation of the elderly population, of NCD and physical dependence, spurs the challenge of ensuring the care to these individuals. Therefore, there is need to develop a network of properly qualified assistance that can contemplate, in addition to the construction and maintenance of health units, professionals adequately prepared to work with the demands of these individuals and, finally, achieve a positive impact on their quality of life⁽⁴³⁾.



generativas. O novo cenário epidemiológico de elevação do contingente populacional de idosos, das DANT e da dependência física, impele o desafio de garantia do cuidado a estes indivíduos. Assim, faz-se necessário, pois, o desenvolvimento de uma rede de assistência adequadamente qualificada e que possa contemplar, além da construção e manutenção de unidades de saúde, de profissionais suficientemente preparados para trabalhar com as demandas destes indivíduos e, finalmente, do alcance de um impacto positivo na qualidade de vida dos mesmos⁽⁴³⁾.

Em relação à rede de atenção são apontados alguns aspectos de fragilidade na questão da execução do cuidado como: baixa resolutividade (lógica da consulta voltada para a doença), infraestrutura deficitária nas Unidades Básicas de Saúde (ordem material e recursos humanos), escassez de profissionais especializados no cuidado do idoso, ausência de acompanhamento longitudinal, pouco acolhimento ao idoso para uma efetiva relação médico/paciente, o que se deve à alta rotatividade dos médicos e à inadequação da estrutura física, bem como à demora no agendamento das consultas, não acompanhamento sistemático visando a lógica de prevenção às fragilidades e incapacidades e baixa apropriação dos profissionais e baixa adesão dos usuários à proposta de cuidado no que tange às ações em saúde mental⁽⁴³⁻⁴⁴⁾.

Considerações Finais

Cuidar de pessoas idosas exige empatia para a compreensão do processo saúde-doença-(in) capacidade e medos. A rede de atenção e os profissionais precisam estar preparados, dispostos e atentos ao reconhecimento e identificação das mudanças próprias da senilidade e aos aspectos psicoemocionais envolvidos nesta fase da vida, bem como ao surgimento de comprometimentos mentais leves ou severos. O contato inicial é muito importante, o diálogo franco, com tempo e em lugar adequado, devendo ser conduzido com privacidade para o melhor acolhimento e escuta qualificada. Neste sentido, chama-se a atenção para a importância do ouvir atentamente, com calma, respeito, demonstrando preocupação e zelo pelos sentimentos da pessoa idosa e de seus cuidadores.

Questões para reflexão

1. O sistema de saúde está preparado para a assistência integral às necessidades das pessoas idosas?
2. Quais as perspectivas para a intersectorialidade na atenção à pessoa idosa?

In relation to the care network, there stand out some aspects of fragility regarding the care implementation, such as: low problem-solving rates (logic of disease-centered disease), infrastructure deficit in Basic Health Units (concerning material and human resources), shortage of skilled professionals in the care with the elderly, absence of longitudinal follow-up, poor reception for the elderly for the effective physician/patient relationship, resulting from the high turnover of physicians and the inadequacy of the physical structure, as well as from the delay in the scheduling of consultations, no systematic follow-up aiming at the logic of prevention of weaknesses and disabilities and low acquisition of professionals and low adherence of users to the care proposal with respect to the mental health actions⁽⁴³⁻⁴⁴⁾.

Final Thoughts

The care with the elderly requires empathy for understanding the health-disease-(dis)ability process and fears. The care network and the professionals need to be prepared, willing and attentive to recognizing and identifying changes specific of senility and psychoemotional aspects related to this life stage, as well as to the appearance of mild or severe mental disorders. The initial contact is very important, honest dialog, with proper time and place, and should be conducted with privacy for the best reception and qualified listening. In this sense, one draws attention to the importance of listening carefully, with calm, respect, empathy, showing concern and zeal for the feelings of the elderly and their caregivers.

Questions for reflection

1. Is the health system prepared to provide an integral assistance for the elderly's needs?
2. What are the perspectives for the intersectoral care to the elderly person?



Referências

1. Ervatti LR, Borges GM, Jardim AP. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. 156 p.
2. United Nations. World Population Ageing 2019: Highlights [internet]. New York; 2019. [Acesso em: 20 fev. 2020]. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
3. Oliveira EM, Silva HS, Lopes A, Cachioni M, Falcão DVS, Batistoni SST et al. Atividades Avançadas de vida diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. Psico-USF, 2015; 20 (1):109-120.
4. Carvalho J; Soares JM. Envelhecimento e força muscular- breve revisão. RPCD. 2004; 4 (3): 79-93.
5. Pereira LC, Figueiredo MLF, Beleza CMF, Andrade EMLR, Silva MJ, Pereira AFM. Fatores preditores para incapacidade funcional em idosos atendidos na atenção básica. Rev. Bras. Enferm. 2017; 70 (1): 106-12.
6. Leandro-França C; Murta SG. Prevenção e Promoção da Saúde Mental no Envelhecimento: Conceitos e Intervenções. Psico Psicol. cienc. prof. 2014; 34 (2): 318-29.
7. Borim FSA, Barros MBA, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2013; 29 (7):1415-26.
8. Eulálio MC; Andrade TF; Melo RLP; Neri AL. A estrutura latente da depressão em idosos: uma análise taxométrica. Cad. Saúde Pública 2015, 31 (3): 555-64.
9. Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha RPB, Batista HMT, Pinheiro WR. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. Epidemiol Control Infec. 2016, 6 (2): 97-103.
10. Santos VC, Anjos KF, Boery RNSO, Moreira RM, Cruz DP, Boery EN. Internação e mortalidade hospitalar de idosos por transtornos mentais e comportamentais no Brasil, 2008-2014. Epidemiol. Serv. Saude 2017, 26 (1): 39-49.
11. Oliveira M, Veras R, Cordeiro H. A Saúde Suplementar e o envelhecimento após 19 anos de regulação: onde estamos? Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2017; 20 (5): 625-34.
12. Brasil. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União. 19 out 2006.
13. Leandro-França C, Murta SG. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. Psicol. cienc. prof. 2014; 34(2):318-29.
14. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 4 jan.1994.

References

1. Ervatti LR, Borges GM, Jardim AP. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. 156 p.
2. United Nations. World Population Ageing 2019: Highlights [internet]. New York; 2019. [Acesso em: 20 fev. 2020]. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
3. Oliveira EM, Silva HS, Lopes A, Cachioni M, Falcão DVS, Batistoni SST et al. Atividades Avançadas de vida diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. Psico-USF, 2015; 20 (1):109-120.
4. Carvalho J; Soares JM. Envelhecimento e força muscular- breve revisão. RPCD. 2004; 4 (3): 79-93.
5. Pereira LC, Figueiredo MLF, Beleza CMF, Andrade EMLR, Silva MJ, Pereira AFM. Fatores preditores para incapacidade funcional em idosos atendidos na atenção básica. Rev. Bras. Enferm. 2017; 70 (1): 106-12.
6. Leandro-França C; Murta SG. Prevenção e Promoção da Saúde Mental no Envelhecimento: Conceitos e Intervenções. Psico Psicol. cienc. prof. 2014; 34 (2): 318-29.
7. Borim FSA, Barros MBA, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2013; 29 (7):1415-26.
8. Eulálio MC; Andrade TF; Melo RLP; Neri AL. A estrutura latente da depressão em idosos: uma análise taxométrica. Cad. Saúde Pública 2015, 31 (3): 555-64.
9. Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha RPB, Batista HMT, Pinheiro WR. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. Epidemiol Control Infec. 2016, 6 (2): 97-103.
10. Santos VC, Anjos KF, Boery RNSO, Moreira RM, Cruz DP, Boery EN. Internação e mortalidade hospitalar de idosos por transtornos mentais e comportamentais no Brasil, 2008-2014. Epidemiol. Serv. Saude 2017, 26 (1): 39-49.
11. Oliveira M, Veras R, Cordeiro H. A Saúde Suplementar e o envelhecimento após 19 anos de regulação: onde estamos? Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2017; 20 (5): 625-34.
12. Brasil. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União. 19 out 2006.
13. Leandro-França C, Murta SG. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. Psicol. cienc. prof. 2014; 34(2):318-29.
14. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 4 jan.1994.



15. Brasil. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 4 jul 1996.

16. Brasil. Decreto 4.227, de 13 de maio de 2002. Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI e dá outras providências. Diário Oficial da União. 14 maio 1996.

17. Brasil. Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 3 out 2003.

18. Brasil. Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 1996; 23 fev.

19. Brasil. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. Diário Oficial da União .19 out 2006.

20. Liu CY, Wang SJ, Teng EL, Fuh JL, Lin CC, Lin KN, et al. Depressive disorders among older residents in a Chinese rural community. *Psychological Medicine* 1997; 27: 943-9.

21. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Ver. Saúde Pública* 1999; 33 (5):445-53.

22. Ramos LR, Taniolo JN, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Lerracini M, et al. Two – year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saúde Pública* 1998; 32 (5):397-407.

23. Almeida Filho N, Santana VS, Pinho AR. Estudo epidemiológico dos transtornos mentais em uma população de idosos, área urbana de Salvador, BA. *J. Bras. psiquiatr* 1984; 33 (2):114-20.

24. Bourget M. Prevalência de sintomatologia relacionada a depressão entre idosos de baixa renda, na periferia do município de São Paulo [tese de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal do Estado de São Paulo; 1999.

25. Blay SL, Ramos LR, Mary JJ. Validity of a Brazilian version of the older Americans resources and services (OARS) mental - health screening questionnaire. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36 (8):687-92.

26. Maia LC, Durante AMG, Ramos LR. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38 (5): 650-56.

27. Martins AMEBL, Nascimento JE, Souza JGS, Sá MAB, Feres SBL, Sores BT, et al. Associação entre transtornos mentais comuns e condições subjetivas de saúde entre idosos. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21 (11): 3387-98.

15. Brasil. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 4 jul 1996.

16. Brasil. Decreto 4.227, de 13 de maio de 2002. Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI e dá outras providências. Diário Oficial da União. 14 maio 1996.

17. Brasil. Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 3 out 2003.

18. Brasil. Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 1996; 23 fev.

19. Brasil. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. Diário Oficial da União .19 out 2006.

20. Liu CY, Wang SJ, Teng EL, Fuh JL, Lin CC, Lin KN, et al. Depressive disorders among older residents in a Chinese rural community. *Psychological Medicine* 1997; 27: 943-9.

21. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Ver. Saúde Pública* 1999; 33 (5):445-53.

22. Ramos LR, Taniolo JN, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Lerracini M, et al. Two – year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saúde Pública* 1998; 32 (5):397-407.

23. Almeida Filho N, Santana VS, Pinho AR. Estudo epidemiológico dos transtornos mentais em uma população de idosos, área urbana de Salvador, BA. *J. Bras. psiquiatr* 1984; 33 (2):114-20.

24. Bourget M. Prevalência de sintomatologia relacionada a depressão entre idosos de baixa renda, na periferia do município de São Paulo [tese de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal do Estado de São Paulo; 1999.

25. Blay SL, Ramos LR, Mary JJ. Validity of a Brazilian version of the older Americans resources and services (OARS) mental - health screening questionnaire. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36 (8):687-92.

26. Maia LC, Durante AMG, Ramos LR. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38 (5): 650-56.

27. Martins AMEBL, Nascimento JE, Souza JGS, Sá MAB, Feres SBL, Sores BT, et al. Associação entre transtornos mentais comuns e condições subjetivas de saúde entre idosos. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21 (11): 3387-98.



28. Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev. bras. Epidemiol* 2015; 18 (1):1-12.

29. Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciênc.saúde coletiva* 2013; 18 (10):2949-56.

30. Castro-Costa E, Ferri CP, Lima-Costa MF, Zaleski M, Pinsky I, Caetano R, et al. Alcohol consumption in late-life: The first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). *Addict. behav.* 2008; 33(12):1598-1601.

31. Diniz A, Pillon SC, Monteiro, Pereira A, Gonçalves J, Santos, MA. Uso de substâncias psicoativas em idosos: uma revisão integrativa. *Psicol. teor. prat.* 2017; 19(2): 23-41.

32. Destro JSF. Dependência de substâncias psicoativas entre idosos: um desafio para a saúde pública. *UNIVEM- REGRAD* 2018; 11 (1):1-15,

33. Hanus M. Les deuils au grand âge. *Études sur la mort* 2009; 1(135):89-97.

34. Le Breton D, Ragi T. Mort et construction identitaire des jeunes. *Agora - Débats / Jeunesses. Les jeunes face à la mort* 2003; 34:14-20

35. Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(9): 2487-96.

36. Sousa GS, Silva, RM, Figueiredo AEB, Minayo MCS, Vieira LJES. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface* 2014; 18 (49): 389-402.

37. Santos EGO, Oliveira YOMC, Azevedo UN, Nunes ADS, Amador AE, Barbosa IR. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2017; 20(6): 854-865.

38. Cavalcante FG, Minayo MCS, Mangas RMN. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18 (10): 2985-94.

39. Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis* 2011; 32 (2): 88-98.

40. Conwell Y. Suicide later in life: challenges and priorities for prevention. *Am J Prev. Med* 2014; 47(3S2): S244-S250.

28. Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev. bras. Epidemiol* 2015; 18 (1):1-12.

29. Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciênc.saúde coletiva* 2013; 18 (10):2949-56.

30. Castro-Costa E, Ferri CP, Lima-Costa MF, Zaleski M, Pinsky I, Caetano R, et al. Alcohol consumption in late-life: The first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). *Addict. behav.* 2008; 33(12):1598-1601.

31. Diniz A, Pillon SC, Monteiro, Pereira A, Gonçalves J, Santos, MA. Uso de substâncias psicoativas em idosos: uma revisão integrativa. *Psicol. teor. prat.* 2017; 19(2): 23-41.

32. Destro JSF. Dependência de substâncias psicoativas entre idosos: um desafio para a saúde pública. *UNIVEM- REGRAD* 2018; 11 (1):1-15,

33. Hanus M. Les deuils au grand âge. *Études sur la mort* 2009; 1(135):89-97.

34. Le Breton D, Ragi T. Mort et construction identitaire des jeunes. *Agora - Débats / Jeunesses. Les jeunes face à la mort* 2003; 34:14-20

35. Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(9): 2487-96.

36. Sousa GS, Silva, RM, Figueiredo AEB, Minayo MCS, Vieira LJES. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface* 2014; 18 (49): 389-402.

37. Santos EGO, Oliveira YOMC, Azevedo UN, Nunes ADS, Amador AE, Barbosa IR. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2017; 20(6): 854-865.

38. Cavalcante FG, Minayo MCS, Mangas RMN. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18 (10): 2985-94.

39. Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis* 2011; 32 (2): 88-98.

40. Conwell Y. Suicide later in life: challenges and priorities for prevention. *Am J Prev. Med* 2014; 47(3S2): S244-S250.



41.Santos CTB, Andrade LOM, Silva MJ, Sousa MF. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. Physis: Revista de Saúde Coletiva 2016; 26 (1): 45-62.

42.Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2007. Fortaleza: 2008.

43.Dantas IC, Junior EPP, Medeiros KKAS, Souza EA. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. Revista Kairós Gerontologia 2017; 20 (1): 93-108.

44.Garcia BN, Moreira DJ, Oliveira PRS. Saúde mental do idoso na atenção primária: uma análise das percepções de profissionais de saúde. Revista Kairós Gerontologia 2017; 20(4): 153-74.

41.Santos CTB, Andrade LOM, Silva MJ, Sousa MF. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. Physis: Revista de Saúde Coletiva 2016; 26 (1): 45-62.

42.Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2007. Fortaleza: 2008.

43.Dantas IC, Junior EPP, Medeiros KKAS, Souza EA. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. Revista Kairós Gerontologia 2017; 20 (1): 93-108.

44.Garcia BN, Moreira DJ, Oliveira PRS. Saúde mental do idoso na atenção primária: uma análise das percepções de profissionais de saúde. Revista Kairós Gerontologia 2017; 20(4): 153-74.



CAPÍTULO 12

SABERES E PRÁTICAS DE ENFERMEIROS SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS POR IDOSOS

Edna Albuquerque Brito¹
Claudete Ferreira de Souza Monteiro²
Valéria Peixoto Bezerra³
Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁴

Considerações Iniciais

A melhoria da qualidade de vida e, por consequência, da longevidade dos seres humanos trouxeram impactos na forma de viver da pessoa idosa na sociedade atual. Esse idoso na atualidade, com suas adequações e integração social tem exigido atenção especial, considerando que o processo de envelhecimento saudável envolve desafios, reflexões e suporte as demandas que o processo em si requer.

Nesse aspecto, o Fundo de População das Nações Unidas¹ destaca que no mundo existirá mais de um bilhão de idosos em 10 anos e evidencia que a parcela global de idosos esteja crescendo mais rápido que as demais faixas etárias em consequência da diminuição da taxa de natalidade e da melhoria da qualidade de vida da população idosa.

O envelhecimento populacional é um fenômeno também no Brasil quando registra mais de 600.000 pessoas acima de 60 anos fazendo parte desse contingente por ano². Sendo assim, o país passa por um processo de envelhecimento demográfico jamais visto, e cresce em meio a diferentes e amplas demandas, a exemplo do consumo de álcool e outras drogas pela população idosa.

Estudos realizados no país sobre esse consumo na população verificou um aumento na proporção de pessoas não abstinente (ou bebedores) entre os anos de 2006 (48%) e 2012 (50%), além do número de doses e frequência de consumo, sendo considerado o segundo maior mercado de cocaína do mundo quando se trata de número absoluto de usuários com 20% do consumo mundial³⁻⁴.

Acompanhando essa evolução de consumo de álcool e outras drogas pela população, a capital Teresina, do estado do Piauí, durante o período de 2011 a 2013, registrou 1.143 internações de usuários em decorrência do uso de drogas. Embora o maior número de internações tenha ocorrido na faixa etária de 15 a 49 anos (43,0%), não deve ser desconsiderado o registro de casos na população com idade superior a 60 anos (1,7%)⁵ Ainda nessa capital, estudo realizado sobre o perfil de usuários depen-

1 Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.
2 Enfermeira. Doutora. Professora do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.
3 Enfermeira. Doutora. Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.
4 Enfermeira. Doutora. Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

CHAPTER 12

KNOWLEDGE AND PRACTICES OF NURSES ON THE USE OF ALCOHOL AND OTHER DRUGS BY ELDERLY

Edna Albuquerque Brito¹
Claudete Ferreira de Souza Monteiro²
Valéria Peixoto Bezerra³
Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁴

Initial considerations

The improvement of quality of life and consequently the longevity of human beings has brought impacts on the way that the elderly are living nowadays. This very elderly, with their adaptations and social integration, has demanded special attention, considering that the healthy aging process involves challenges, reflections and support to demands that the process itself requires.

In this context, United Nations Population Fund¹ emphasize that in ten years there will be more than one billion of elderly persons in the world, and also, shows that this sector of population has growing faster than other age groups as a result of declining birth rates and the improvement of quality of life on elderly population.

The ageing population is also a phenomenon in Brazil recording over 600.000 people above 60 years being part of this sector per year². As a result, the country is undergoing a process of demographic ageing that has never been seen, and grows amidst different and wide demands, such as the consumption of alcohol and other drugs by the elderly population.

Studies carried out in the country regard to consumption in the population showed an increase in the proportion of non-abstinent (or drinkers) between 2006 (48%) and 2012 (50%), besides the number of doses and frequency of consumption, being considered the second largest cocaine market in the world when it comes to the absolute number of users with 20% of world consumption³⁻⁴.

Following the evolution of alcohol consumption and other drugs by the population, the city of Teresina, in Piauí state between 2011 to 2013, recorded 1.143 hospitalizations of users due to drug use. Although the largest number of hospitalizations occurred in the age group of 15 to 49 years (43.0%), case records should not be disregarded in the population aged over 60 years (1.7%)⁵ Also in this capital, a study carried out the profile of alcohol-dependent users attended at the Centro de Atenção Psicosso-

1 Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.
2 Enfermeira. Doutora. Professora do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.
3 Enfermeira. Doutora. Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.
4 Enfermeira. Doutora. Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.



dentes de álcool atendidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS ad) registra uma maior frequência do uso de álcool no grupo etário compreendido entre 50 a 60 anos (68,4%)⁶.

Nesse aspecto, nos diversos contextos sociais em que o idoso está inserido, destaca-se a dependência química como um evento que vem permeando esse grupo populacional e para atender essa demanda foi instituída a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas com a criação dos CAPS ad⁷.

Nesta perspectiva, a Estratégia em Saúde da Família – ESF como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) é considerada como o primeiro contato do usuário que busca o tratamento para problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Objetivo

Discutir os saberes e práticas do enfermeiro da ESF com relação à pessoa idosa usuária de álcool e outras drogas.

Desenvolvimento

Trata-se de um estudo descritivo e de natureza qualitativa, realizado com 17 enfermeiras de 07 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Coordenadoria Regional Centro Norte, localizado em Teresina, capital do Piauí. Esse órgão possui 82 Equipes de Saúde da Família, sendo 76 na zona urbana e 6 na zona rural. Salienta-se que o estudo foi realizado na zona urbana pela dificuldade de acesso aos centros de saúde da zona rural.

Para atender a coleta de dados, inicialmente foi solicitada uma relação dos nomes e contato telefônico dos Enfermeiros à gerência executiva de saúde da Coordenadoria Regional Centro - Norte. Em seguida, realizou-se um contato com 45 profissionais, quando foram informados sobre o estudo e seus objetivos, além do convite para participação, que após a sua confirmação foi agendado o dia e horário da entrevista, conforme a disponibilidade de cada profissional. Desse total de enfermeiros, 10 profissionais não aceitaram participar e 18 não atenderam ao critério de inclusão de possuir um período efetivo mínimo de três anos de exercício na ESF, por entender que esse período mínimo favorece o enfermeiro vivenciar a realidade na área de abrangência da população descrita.

A coleta de dados foi realizada durante o período de maio a junho de 2016, utilizando-se um roteiro de entrevista semiestruturado com questões sobre os dados sociodemográficos e a temática, como: conhecimento sobre consumo de álcool e outras drogas por pessoas idosas, as políticas públicas de enfrentamento, práticas e estratégias utilizadas na ESF e entraves enfrentados nas ações de promoção da saúde da pessoa idosa referente a esse consumo.

A entrevista foi realizada nas UBS e solicitada autorização ao enfermeiro para o uso de gravador, a fim de possibilitar o registro na íntegra de seus depoimentos, a transcrição e posterior análise. Para preservação do anonimato durante as gravações, os participantes foram identificados com a letra inicial P, seguida de uma numeração ordinal, referente à sequência das entrevistas.

cial – CAPS ad (Psychosocial Care Center) reported a higher frequency of alcohol use in the age group between 50 and 60 years old (68.4%)⁶.

In this aspect, in the various social contexts in which the elderly are inserted, chemical dependence stands out as an event that is permeating this population group and to meet this demand was established the Policy for Comprehensive Care for Users of Alcohol and Other Drugs with the creation of CAPS ad⁷.

In this perspective, the Estratégia em Saúde da Família-ESF (Strategy on Family Health – in free translation) as the gateway of the Sistema único de Saúde – SUS (Unified Health System) is considered as the first contact from users who seeks treatment for problems related to the use of psychoactive substances. Thus, this study aimed to discuss the knowledge and practices of the nurse on ESF regarding the elderly person using alcohol and other drugs.

Objectives

Discuss the knowledge and practices of the ESF (Family Health Strategies) nurse regarding the elderly person addicted to alcohol and other drugs.

Development

This is a descriptive and qualitative study carried out with 17 nurses from 07 Unidades Básicas de Saúde – UBS Coordenadoria Regional Centro Norte, a primary health center, located in Teresina, capital of Piauí. This public body has 82 Family Health Teams, 76 in the urban area and 6 in the rural area. It should be noted that the study was carried out in the urban area due to the difficulty of access to rural health centers.

In order to answer the data collection, a list of names and telephone contact from the Nurses was initially requested to gerência executiva de saúde da Coordenadoria Regional Centro – North, a local health public agency. Then, was made contact with 45 professionals, when they were informed about the study and its objectives, besides the invitation to participate, that after their confirmation was scheduled the day and time of the interview, according to the availability of each professional. From the total of nurses, 10 professionals did not accept to participate and 18 did not the criterion of inclusion of having a minimum period of three years of exercise in the ESF, considering that this minimum period helps nurses to experience reality in the described area of population.

The data collection was performed during the period from May to June 2016, using a semi-structured interview script with questions about sociodemographic data and thematic, such as: knowledge about alcohol consumption and other drugs by older people, policies public coping, practices and strategies used in the ESF and obstacles faced in actions to promote the health of the elderly regarding this consumption.

The interview was accomplished at the UBS and the nurses were asked to authorize the use of a tape recorder in order to allow the full recording of their testimonies, transcription and subsequent



Concluída a coleta de dados, seguiu-se com sua transcrição na íntegra e uso da técnica de Análise de Conteúdo de Minayo⁸, que estabelece três etapas denominadas de: pré-análise; exploração do material e o tratamento dos resultados e a interpretação. A pré-análise refere-se à fase de organização propriamente dita e iniciou-se com a transcrição dos dados gravados e uma leitura superficial das falas. Essa leitura consistiu em um contato direto e exaustivo com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo para serem submetidos aos procedimentos de análise.

Na segunda fase, denominada exploração do material foi caracterizada como uma etapa longa e exaustiva. Essa fase constituiu-se essencialmente em operações de codificação, ou seja, na transformação dos dados brutos das entrevistas, através do recorte, permitindo atingir uma representação do conteúdo temático.

Por fim, na última fase, os resultados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, sendo feita a interação e interpretação à luz do referencial temático exposto neste estudo. A partir dessa interpretação, foi realizado o agrupamento de dados em categorias temáticas.

O estudo atendeu aos princípios que trata dos procedimentos éticos envolvendo seres humanos, sendo autorizado pela Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) por meio do parecer nº 1.554.370 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 53137515.3.0000.5214.

A análise dos dados permitiu a classificação de quatro categorias, denominadas de: "Saberes dos Enfermeiros da ESF referentes ao consumo de álcool e outras drogas por idosos"; "Práticas dos Enfermeiros da ESF quanto ao consumo de álcool e outras drogas por idosos", "Estratégias utilizadas pelos Enfermeiros na atenção ao idoso usuário de álcool e outras drogas" e "Entraves enfrentados pelos Enfermeiros na atenção aos idosos usuários de álcool e outras drogas".

Saberes dos Enfermeiros da ESF referente ao consumo de álcool e outras drogas por idosos

A identificação de lacunas no conhecimento dos profissionais que atuam na ESF associado à complexidade e a invisibilidade da problemática do uso abusivo de álcool pela população idosa ampliam falhas na identificação dessa problemática, uma vez que visibilidade pelos enfermeiros dessa dependência encontra-se vinculada a outros programas de saúde, conforme as falas abaixo:

[...] não temos um grupo formado de pacientes usuários de drogas. Atendemos o usuário que usa droga, mas dentro de outros programas como o HIPERDIA, onde temos paciente que faz uso tanto do fumo como de álcool[...] (P10).

[...] idosos que nós temos, poucos são os que utilizam álcool, psicotrópicos ou uso de cigarro. Em relação às drogas ilícitas não temos nenhum idoso que faça uso desse tipo de droga (P 14);

Nas demandas para as práticas dos enfermeiros, os sintomas da dependência química podem ser semelhantes aos sintomas de doenças clínicas comuns nessa fase da vida, como a hipertensão arterial, os transtornos cognitivos e a depressão, fatores que podem gerar uma subnotificação ou notifi-

analysis. To preserve the anonymity during the recordings, the participants were identified with the initial letter P, followed by an ordinal numbering, referring to the sequence of the interviews.

Once the data was completed, it was followed by its complete transcription and use of the Minayo Content Analysis technique⁸, which establishes three stages called: pre-analysis; explore of the material and treatment of results and interpretation. The pre-analysis refers to the organization phase itself and started with the transcription of the recorded data and a superficial reading of the speeches. This reading consisted of a direct and exhaustive contact with the material, allowing itself to be impregnated by its contents to be submitted to the analysis procedures.

In the second phase, explore the material was characterized as a long and exhaustive step. This phase consisted essentially in coding operations, that is, in the transformation of the raw data of the interviews, through the clipping, allowing to reach a representation of the thematic content.

Finally, in the last phase, the results were treated in a way that was meaningful and valid, and the interaction and interpretation were made in a way to observe the thematic reference presented in this study. According to this, the grouping of data was completed second to thematic categories.

This research complied with the principles that deal with ethical procedures involving human beings, being authorized by Fundação Municipal de Saúde – FMS, which is a municipal Health office in Teresina and approved by the Research Ethics Committee (CEP) at Federal University of Piauí (UFPI) through opinion no. 1,554,370 and Certificate of Presentation for Ethical Assessment (CAAE) nº 53137515.3.0000.5214.

The analysis of the data allowed the classification of four categories, called: "Knowledge of the nurses of the ESF regarding the consumption of alcohol and other drugs by the elderly"; "ESF nurses practices regarding the consumption of alcohol and other drugs by the elderly", "Strategies used by the nurses in the attention to the elderly user of alcohol and other drugs" and "Obstacles faced by nurses in the attention to the elderly users of alcohol and other drugs."

Knowledge of ESF nurses regarding the consumption of alcohol and other drugs by the elderly

The gaps identification in the knowledge of professionals who works in the ESF associated to the complexity and invisibility of the abuse problem of alcohol by the elderly population increase failures in the identification of this problem, once this visibility by the nurses of this dependence is linked to other programs health, as stated below:

[...] we do not have a group of drug users. We serve the user who uses drugs, but within other programs such as HIPERDIA, where we have patients who use both tobacco and alcohol [...] (P10).

[...] the elderly we have, few are those who use alcohol, psychotropic or cigarette use. In relation to illicit drugs we do not have any elderly people who use this type of drug (P 14);



cação equivocada, fazendo crer que o uso de álcool e outras drogas por pessoas acima de 60 anos não seja um hábito frequente⁹.

A falha na identificação desses idosos pelos enfermeiros implica em não gerar práticas para o atendimento das políticas públicas que objetivam a promoção à saúde e prevenção de doenças, além de reabilitação de pessoas envolvidas nesse processo.

Nesse sentido, ainda, verifica-se lacunas nos saberes dos Enfermeiros em relação a falta de conhecimento da problemática e das políticas de enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, como registra nas falas destacadas abaixo:

[...] não é uma temática que eu tenho muito conhecimento, sobre álcool e drogas em relação à pessoa idosa (P01);

[...] na maioria das vezes não temos o conhecimento de idosos, porque temos em mente que idosos já se afastaram do consumo de álcool e outras drogas. Colocamos isso na cabeça, até como uma válvula de escape e aí a gente não vê eles como usuários de álcool e outras drogas... [P13].

O embasamento científico apreendido durante a formação do enfermeiro, somado às atualizações sobre as políticas públicas de enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas são elementos importantes para efetividade do cuidado a este grupo populacional, com vistas à reabilitação, redução de danos, bem como, a melhoria da qualidade de vida destes usuários¹⁰.

Vale ressaltar a importância do reconhecimento por parte do enfermeiro do perfil de idosos usuários de álcool e outras drogas na sua área de abrangência, pois desta forma será possível à elaboração de estratégias assistenciais, educacionais e preventivas, bem como, o desenvolvimento de instrumentos diagnósticos, que auxiliem os profissionais de saúde a identificar e intervir precocemente.

Os idosos se tornam mais vulneráveis ao alcoolismo e ao tabagismo, além das substâncias nocivas presentes no fumo e no álcool que tornam esse grupo mais susceptíveis a interações medicamentosas, agravamento do quadro instalado, dificuldade de recuperação e interação social¹¹.

Quanto aos saberes dos Enfermeiros em relação aos tipos e a frequência do uso de drogas por idosos, os relatos evidenciam o uso eventual de álcool, principalmente nos finais de semana. Em relação ao consumo de outras drogas ilícitas, as depoentes, desconhecem e/ou consideram insignificante esse tipo de dependência entre os idosos:

[...] temos idosos que fazem uso eventual de álcool no final de semana para comemorar alguma coisa [...] temos hipertensos na consulta e diabéticos que falam que às vezes usaram bebida alcoólica no final de semana, mas não é com muita frequência (P 02);

[...] Existem algumas pessoas idosas, que usam drogas lícitas, no caso dos psicotrópicos, o rivotril, muitos dependentes de diazepam, mas, não conheço idosos que usam drogas ilícitas (P17).

the demands for nurses' practices, symptoms of chemical dependence may be similar to symptoms of common clinical conditions in this stage of life, such as hypertension, cognitive disorders, and depression, factors that may lead to misreporting or miscommunication showing that the use of alcohol and other drugs by people over 60 is not a frequent habit⁹.

The failure of nurses to identify these elderly people implies in not generating practices for the fulfillment of public policies that aim at health promotion and disease prevention, as well as rehabilitation of people involved in this process.

Therefore, there are gaps in Nurses' knowledge regarding the lack of knowledge about the problem and policies to cope with the abusive use of alcohol and other drugs, as recorded in the speeches highlighted below:

[...] is not a subject I am aware of, about alcohol and drugs in relation to the elderly person (P01);

most of the time we know nothing about the elderly, we think that they have already quit from the alcohol consumption and other drugs. We have it in mind even as an escape valve and then we do not see them as users of alcohol and other drugs[P13].

The scientific basis learned during the training nurse process, plus the updates about public policies to confront the use of alcohol and other drugs are important elements for the effectiveness of care to this population group, with a view to rehabilitation, harm reduction, improving the quality of life of these users¹⁰.

It is worth emphasizing the importance of nurse recognition about elderly users of alcohol and other drugs in their coverage area, for this way it will be possible to elaborate assistance, educational and preventive strategies, as well as the development of diagnostic tools, that help health professionals identify and intervene early.

The elderly become more vulnerable to alcoholism and smoking, as well as the harmful substances present in tobacco and alcohol that make this group more susceptible to drug interactions, worsening of the condition, difficulty in recovery and social interaction¹¹.

Concerning the Nurses' knowledge regarding the types and frequency of drug use among the elderly, the reports show the occasional use of alcohol, especially on weekends. In relation to the consumption of other illicit drugs, the deponents do not know and / or consider this kind of dependence among the elderly as insignificant:

[...] we have seniors who make occasional use of alcohol at the weekend to celebrate something [...] we have hypertension at the clinic and diabetics who say that sometimes they used alcohol at the end of the week, but was not frequent (P 02);

[...] There are some elderly people who use prescription drugs in the case of psychotropics, rivotril, many diazepam dependents, but I do not know elderly people who use illicit drugs (P17).



O uso concomitante de álcool com outros depressores do sistema nervoso central faz com que certos efeitos sejam exacerbados, a saber, sedação, sonolência, perda de coordenação motora e de memória. Isso expõe o idoso à maior risco de queda, acidentes, intoxicação e até mesmo a morte¹². Além disso, o alcoolismo e o tabagismo são responsáveis pelo maior número de óbitos quando comparado às drogas ilícitas, não por serem considerados mais nocivos e sim, porque são consumidos em muito maior escala na sua legalidade¹³.

Sendo assim, acredita-se que por meio de um programa de educação permanente em saúde que contemple as deficiências evidenciadas nas falas das enfermeiras participantes deste estudo, serão superadas limitações assistenciais, propiciando assim a identificação precoce de idosos usuários de álcool e outras drogas, com encaminhamentos aos diversos serviços da Rede de Apoio Psicossocial, monitoramento das terapêuticas medicamentosas e não farmacológicas, especialmente, por meio das práticas holísticas, integrativas e comunitárias. Certamente, com o envolvimento de todos os atores, será possível a redução de danos e a consequente reabilitação daqueles idosos com dependências de substâncias psicoativas¹⁴.

Práticas dos Enfermeiros da ESF quanto ao consumo de álcool e outras drogas por idosos

As práticas assistenciais desenvolvidas no cotidiano das participantes do estudo caracterizam-se por serem assistemáticas, sem cumprir os protocolos das políticas de enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas. Na maioria dos depoimentos evidencia-se uma vinculação das ações de cuidado aos idosos com essas dependências a outros programas de saúde e a atividades programáticas da ESF, tais como: HIPERDIA, Programa de Prevenção e Controle do Tabagismo, como se observa nas falas abaixo:

[...] Temos um grupo de idosos que normalmente conseguimos reunir de dois em dois meses. Fazemos caminhada, utilizando datas como, por exemplo, o dia da hipertensão, diabetes para tá sempre conversando com eles (P 09).

[...] Atendemos o usuário que usam drogas, mas dentro de outros programas como o HIPERDIA, que temos pacientes que faz o uso tanto do fumo como de álcool (P 10);

Apesar disso, verifica-se um aspecto positivo das práticas elencadas pelos Enfermeiros nesta investigação que se refere à forma criativa e dinâmica das ações realizadas por meio de caminhadas, danças e atividades corporais capazes de promover a redescoberta de potencialidades e, consequentemente, o aumento da autoestima do grupo, fato importante, na prevenção e/ou reabilitação de idosos usuários de álcool e outras drogas.

Ainda em relação às práticas, os discursos dos Enfermeiros evidenciam a sua realização em rodas de conversa e palestras na sala de espera de forma assistemática ou pontual, conforme destacados abaixo:

[...] tratamos dessa questão nas rodas de conversa para diabéticos e hipertensos, por exemplo, pois falamos para os diabéticos que o álcool destrói o pâncreas, então, o

The concomitant use of alcohol with other central nervous system depressants causes certain effects to be exacerbated, namely sedation, drowsiness, loss of motor coordination and memory. This exposes the elderly to greater risk of falls, accidents, intoxication and even death¹². In addition, alcoholism and smoking are responsible for the highest number of deaths when compared to illicit drugs, not because they are considered more harmful but because they are consumed to in greater extent in their legality¹³.

Therefore, it is believed that through a permanent health education program that shows the deficiencies evidenced in the speeches of participating nurses in this study, attendance limitations will be overcome, thus enabling the early identification of elderly alcohol and drug users with referrals to the various services of the Psychosocial Support Network, monitoring of drug and non-pharmacological therapies, especially through holistic, integrative and community practices. Certainly, with the involvement of all the actors, it will be possible to reduce harm and the consequent rehabilitation of the elderly with dependencies of psychoactive substances¹⁴.

Practices of the ESF Nurses regarding the consumption of alcohol and other drugs by the elderly

The assistance practices developed in the daily life of the participants of the study are characterized by being unsystematic, without complying with the protocols of coping with the use of alcohol and other drugs. For the majority of testimonies, it is evident a linkage of the care actions to the elderly with these dependencies to other health programs and to the programmatic activities of the ESF, such as: HIPERDIA, Program of Prevention and Control of Smoking, as can be seen in the following statements:

[...] We have a group of older people that we can usually get together every two months. We walk, using dates such as hypertension day, diabetes, and always talking to them (P 09).

[...] We serve the users who use drugs, but within other programs such as HIPERDIA, we have patients that use both tobacco and alcohol (P 10);

Despite this, there is a positive aspect of the practices listed by nurses in this research, which refers to the creative and dynamic way of carrying out actions through walks, dances and body activities capable of promoting the rediscovery of potentialities and, consequently, self-esteem of the group, important fact, in the prevention and / or rehabilitation of elderly users of alcohol and other drugs.

Also in relation to the practices, the nurses' speeches demonstrate their accomplishment in dialogue circles and lectures in the waiting room in an unsystematic or punctual way, as highlighted below:



diabético já tem um pâncreas que não funciona direito e aí é sobrecarregado com o álcool, sendo mais prejudicado (P01);

[...] o que fazemos são coisas tímidas, orientamos, fazemos palestra na sala de espera (P 05).

Independente dessas de que essas ações programáticas possam ser oportunidades de abordagens dos idosos para diagnóstico do uso abusivo de álcool e outras drogas, elas não devem ser suficientes dadas à complexidade e a invisibilidade destas dependências na população idosa. Além do mais, estas rotinas da ESF tem uma ampla demanda de atividades para atender a diversidade de problema do binômio saúde/doença em todo ciclo vital nas famílias, que compromete a especificidade do foco de atenção necessária para abordar os fenômenos tais como: alcoolismo e tabagismo na velhice.

Embora a prática educativa seja utilizada pelas enfermeiras, ela se torna ausente ou realizada com pouca frequência quando o uso de álcool ou outras drogas na população idosa seja o tema a ser abordado, segundo os depoimentos abaixo:

[...] confesso que a gente tem poucas práticas voltadas para essa temática (P 05);

[...] A gente não desenvolve nenhuma pratica nessa área (P 06);

[...] temos idosos que fazem uso de drogas, mas não fazemos nenhuma pratica sobre essa temática (P 11).

A realização de educação em saúde com idosos usuários de álcool e outras drogas necessita de enfoques que apreciem o conhecimento do grupo e a multidimensionalidade do processo de envelhecimento, para que sejam realizadas ações de cuidado de forma compartilhada. Para tanto, os profissionais de Enfermagem carecem de instrumentos de orientações, e de embasamento científico para uma prática efetiva¹⁵.

Contudo, o presente estudo evidenciou como um desafio, a necessidade de capacitar a equipe, especialmente os enfermeiros, para abordagens efetivas da população idosa incluindo a problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas, permitindo que estes usuários expressem livremente, as causas e motivos de suas dependências e possam se beneficiar de orientações sobre as consequências do uso destas substâncias nesta fase de suas vidas. Essa capacitação pode permitir que os enfermeiros estabeleçam um diálogo com os sujeitos que demonstrem a necessidade de mudanças de comportamento, para o alcance da melhor qualidade de vida e do envelhecimento saudável.

Estratégias utilizadas pelos Enfermeiros na atenção ao idoso usuário de álcool e outras drogas

Diante do acúmulo de atividades dos enfermeiros da ESF e do déficit de capacitações, observa-se o esforço desses profissionais para identificar e prestar cuidado aos idosos assistidos por suas equipes. Entre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na atenção ao idoso usuário de drogas destacam-se as ações educativas desenvolvidas, como se evidenciam nas falas abaixo:

[...] we talk about diabetics and hypertensives, for example, because we tell diabetics that alcohol destroys the pancreas, so the diabetic already has a pancreas that does not work right and is overloaded with alcohol, being more damaged (P01);

[...] what we do are timid things, we guide, we converse in the waiting room (P 05).

Regardless of these programmatic actions may be opportunities for the elderly to approach the diagnosis of abusive use of alcohol and other drugs, they seem not be enough for the complexity and invisibility of these dependencies in the elderly population. Moreover, these ESF routines have a wide demand for activities to attend the diversity of the health / disease binomial problem throughout the life cycle in families, which compromises the specificity of the attention focus needed to approach such phenomena as alcoholism and smoking in old age.

Although the educational practice is used by nurses, it becomes absent or infrequently performed when the use of alcohol or other drugs in the elderly population is the subject to be addressed, according to the following statements:

[...] I confess that we have few practices focused on this subject (P 05);

[...] We do not practice any practice in this area (P 06);

[...] we have elderly people who use drugs, but we do not do any practice on this subject (P 11).

To carry the health education out with elderly users of alcohol and other drugs requires approaches that appreciate the knowledge of the group and the multidimensionality of the aging process, so that care actions can be performed in a shared way. To do so, Nursing professionals need instruments of guidance, and scientific basis for an effective practice¹⁵.

However, the present study shows itself as a challenge referring the need in qualify the staff, especially nurses, for effective approaches to the elderly population including the problem of abusive use of alcohol and other drugs, allowing these users to freely express the causes and reasons of their dependencies and can benefit from guidance on the consequences of using these substances at this stage of their lives. This enabling can allow nurses to establish a dialogue with the subjects that demonstrate the need for behavioral changes, to achieve a better quality of life and healthy ageing.

Strategies used by the nurses in attention to the elderly users of alcohol and other drugs

Against the accumulation of nurses activities of ESF and the lack of enabling, the effort of these professionals to identify and care for the elderly assisted by their teams is observed. Among the strategies used by nurses in attention to the elderly drug user, the educational actions developed are highlighted, as evidenced by the following statements:

[...] Our group does not touch very much on the issue of disease, smoking, alcohol, drugs. We work with health promotion and I think it is very important (P 01);



[...] O nosso grupo não toca muito na questão da doença, do consumo do fumo, álcool, droga. Trabalhamos com a promoção da saúde e eu acho que é muito importante (P 01);

[...] A gente utiliza só a parte educativa, só mesmo ações educativas também com ACS e os idosos (P 08).

As práticas de educação em saúde desenvolvidas dentro das rotinas da ESF na atenção a grupos específicos com os de idosos mostram-se como espaços importantes para apreensão de informações de saúde e a troca de experiências entre os participantes. Essas atividades grupais reestruturam as relações sociais, fortalecendo os laços e refazendo vínculos, em virtude da união por um objetivo em comum¹⁶.

No entanto, ainda são frequentes a atuação das enfermeiras centrada no modelo pautado em práticas curativas e hospitalocêntricas, com ênfase no atendimento médico e na visão biologicista da doença, condicionando sua prática educativa às ações que visam apenas modificar comportamentos inadequados. As técnicas mais utilizadas nessa prática são as palestras, organizadas sobre temas previamente definidos pelos técnicos, sem qualquer consulta ou adaptação às necessidades da população¹⁷.

Apesar das enfermeiras tenham referido desenvolver práticas de educação em saúde junto ao grupo de idosos assistido pela equipe da ESF, por meio de palestras e rodas de conversas realizadas de forma eventual, considera-se que estas estratégias ainda são insuficientes, pois, estas intervenções devem ser dialogadas e compartilhadas com os usuários, familiares e os profissionais da equipe, com vista que novos hábitos sejam adotados e uma melhor qualidade de vida alcançada pelos idosos assistidos.

As ações educativas dialogadas desenvolvidas na ESF em rodas de conversas mostram-se como verdadeiras ferramentas de intercâmbio entre o saber popular e o científico, e ainda, são modalidades capazes de capacitar e empoderar a clientela na adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, reconstruindo significados e novas atitudes¹⁸ para superação de dependências, especialmente, de idosos que usaram abusivamente álcool e tabaco desde adolescência estimulada por determinantes socioculturais próprios de décadas passadas no Brasil

Outra estratégia citada pelos enfermeiros refere-se à visita domiciliar considerada como uma oportunidade para abordar o tema sobre o álcool e outras drogas de maneira mais perspicaz, conforme os depoimentos abaixo:

[...] ocorre mais nas visitas domiciliares, isto é quando temos a oportunidade (P13);

[...] essa abordagem é muito sutil, mas a gente tenta através de visitas domiciliares (P14)

A visita domiciliar torna-se uma das estratégias utilizada para ampliar a prática assistencial, pois permite um maior contato entre a realidade do dia a dia familiar desses idosos com as orientações educativas. Além de ser uma oportunidade para o diagnóstico das necessidades básicas afetadas não só no idoso, como também em toda família¹⁹.

Neste sentido o enfermeiro necessita ter clareza do seu papel como sujeito do processo educativo e compreender que uma ação educativa não precisa necessariamente acontecer no espaço de

[...] We use only the educational part, only educational actions with ACS and the elderly (P 08).

The health education practices developed within the ESF routines in attention to specific groups as the elderly are shown as important spaces for the seizure of health information and the exchange of experiences among the participants. These group activities restructure social relations, strengthening ties and re-establishing bonds, by virtue of the union by a common goal¹⁶

However, nurses' activities are still focused and based on curative and hospital-centered practices, with emphasis on medical care and the biologicist view of the disease, conditioning their educational practice to actions that aim only to modify inappropriate behaviors. The techniques most used in this practice are the lectures, organized on topics previously defined by the technicians, without any consultation or adaptation to the needs of the population¹⁷.

Although the nurses mentioned developing health education practices with the group of elderly people assisted by the ESF team, through lectures and conversations, it is considered that these strategies are still insufficient for it has to be dialogued and shared with the users, family members and staff, so that new habits are adopted and a better quality of life achieved by the elderly.

The dialogical educational actions developed in the ESF on conversation circle are shown as true tools of exchange between popular and scientific knowledge, and are modalities capable of enabling and empowering the clientele in the adoption of healthy habits and lifestyles, rebuilding meanings and new attitudes¹⁸ to overcoming addictions, especially of the elderly who have abused alcohol and tobacco since adolescence stimulated by sociocultural determinants typical of decades past in Brazil.

Another strategy cited by nurses refers to the home visit considered as an opportunity to approach the topic on alcohol and other drugs in a perspicacious way, according to the following statements:

[...] It tends to occur mostly in home visits, that is when we have the opportunity (P13);

[...] this approach is very subtle, but we try through home visits (P14)

The home visit becomes one of the strategies used to broaden the care practice, once it allows a greater contact between the daily reality of these elderly's family with the educational guidelines. Besides being an opportunity for the diagnosis of basic needs affected not only in the elderly, but also in the whole family¹⁹.

In this context, nurses need to be clear about their role as subjects in the educational process and understand that an educational action need not necessarily happen in the space of a UBS. However, they should not be used in a normalizing way, with predetermined activities, wasting chances of interacting with the community²⁰.

It has been observed that in the nurses' statements that Nursing consultation is also used as one of the strategies for the development of their professional practice:



uma UBS. Contudo, não se deve utilizá-los de maneira normalizadora, com atividades pré-determinadas, desperdiçando a chance de interagir com a comunidade²⁰.

Observou-se nas falas das enfermeiras, que a consulta de Enfermagem também é utilizada como uma das estratégias para o desenvolvimento de sua prática profissional:

[...] Só durante as consultas que a gente faz as orientações, mas dentro de trabalho de grupo a gente não desenvolve nenhuma atividade (P11);

[...] A estratégia é na consulta, sempre abordando pessoalmente. O que me motiva a continuar orientando é que existem pessoas que conseguem deixar, Essa senhora idosa dependente de fumo conseguiu abandonar, então eu não desisto de continuar orientando e alertando para deixar de usar (P 17).

Os enfermeiros são os integrantes da equipe da ESF que mantêm o contato mais direto com os usuários, o que favorece o diagnóstico precoce dos problemas de saúde, mesmo aqueles, considerados complexos e invisíveis, e às vezes aceitos e mascarados por familiares e amigos, o que torna ainda mais difícil seu reconhecimento, e conseqüentemente, compromete o planejamento e a execução das intervenções de Enfermagem. Desta forma as práticas tornam-se pontuais e assistemáticas, com menor grau de resolutividade frente a problemática vivenciada por pessoas na velhice²¹.

Entraves enfrentados pelos Enfermeiros na atenção aos idosos usuários de álcool e outras drogas

Os entraves enfrentados pelos Enfermeiros no cuidado às pessoas idosas usuárias de álcool e outras drogas estão relacionados a déficits na formação profissional, que se inicia desde a graduação até a atualidade, com o reduzido número de capacitações e atualizações com enfoque nessa dependência na terceira idade, como pode ser evidenciado nas falas abaixo:

[...] a gente deveria ser melhor capacitado na atenção básica para poder dar um suporte melhor para essa clientela (P 02);

[...] eu gostaria que tivéssemos mais capacitações (P 04);

[...] É a falta de preparação enquanto recurso humano, eu acho que ainda há uma desvalorização enquanto política pública, falta capacitação para abordar essa temática com esse grupo, toda essa questão de tabus, que existe em falar desse tema, mitos típicos dessa idade (P 12);

Outras dificuldades enfrentadas pelos profissionais se concentram em déficits na estrutura operacional e institucional quanto aos recursos humanos e materiais, a exemplo do subdimensionamento da capacidade instalada referente a medicamentos e até transporte para deslocamento da equipe nas visitas domiciliares em áreas de longas distâncias das UBS, como demonstram os relatos abaixo:

[...]A falta de apoio mesmo institucional [...] O transporte que não tem para visita (P 09);

Only during the consultations that we make the guidelines, but within group work we do not develop any activity (P11);

[...] The strategy is in the consultation, always approaching in person. What motivates me to continue guiding is that there are people who can quit. This elderly lady who is dependent on smoking has been able to quit, so I do not give up and continue to guide her and advise her to stop using (P 17).

The nurses are members of ESF team who maintain the most direct contact with the users, which allows the early diagnosis of health problems, even those considered complex and invisible, and sometimes accepted and masked by family and friends which makes their recognition even more difficult, and consequently compromises the planning and execution of Nursing interventions. In this way the practices become punctual and unsystematic, with a lower degree of resolution to the problems experienced by people in old age.²¹

Obstacles faced by Nurses in attention to the elderly users of alcohol and other drugs

The obstacles faced by nurses in caring for elderly people who use alcohol and other drugs are related to deficits in professional qualification, which starts from graduation to the present, with few qualifications and updates focused on this dependence in the elderly, as can be seen in the lines below:

[...] we should be better able to provide basic support to this clientele (P 02);

[...] I wish we had more training (P 04);

[...] It is the lack of preparation as a human resource, I think that we still have a devaluation as a public policy, there is a lack of capacity to address this issue with this group, all this taboo issue that exists in talking about this topic, typical myths of this age (P 12);

Other strong difficulties faced by professionals relies on deficits in the operational and institutional structure in terms of human and material resources, such as the under-dimensioning of installed capacity for medicines and even transport for the displacement of the staff in home visits in areas of long distances of the UBS, such as demonstrate the following reports:

[...] The lack of support even institutional one[...] Lack of transport for visiting (P 09);

[...] The distance from our place of care to the community and the very participation of the users (P 11)

The testimonies portray the reality experienced by nurses who work in these UBS in inadequate physical facilities, functioning in rented properties, which were precariously adapted and with reduced spaces for the development of collective educational activities, as well as the absence of com-



[...]A distância do nosso local de atendimento para a comunidade e a própria participação dos usuários (P 11)

Os depoimentos retratam a realidade vivenciada por enfermeiras que atuam nessas UBS em instalações físicas inadequadas, com funcionamentos em imóveis alugados, que foram precariamente adaptados e com espaços reduzidos para o desenvolvimento de atividades educativas coletivas, bem como, a ausência de consultórios confortáveis e arejados, que não garantem privacidade na abordagem de um problema tão complexo como o uso abusivo de álcool e outras drogas.

Assim a enfermeiras passam a improvisar e buscar na criatividade dos conhecimentos e das práticas cotidianas nos espaços comunitários, tais como, associação de moradores, salões paroquiais e de igrejas, praças e academias populares, onde desenvolvem intervenções operacionais participativas e integrativas, nas quais muitas vezes são diagnosticadas dependências de drogas entre os idosos. Embora seja uma atribuição das secretarias municipais de saúde garantir o mínimo de estruturação física necessária para o funcionamento das unidades de atendimentos e para a efetivação do conjunto de atividades indicadas, esses enfermeiros ainda devem contar com apoio técnico ou financeiro das secretarias de estado da saúde e do Ministério da Saúde para a realização dessas ações educativas²².

Ainda quanto aos entraves citados por enfermeiras do estudo referem à participação da família na viabilização de suas práticas nesse contexto. Essas profissionais reconhecem a importância da família como ponto de apoio a esses idosos, porém em alguns casos os familiares têm atitudes veladas de negação destas dependências:

[...] A gente não consegue trabalhar com família porque eles também não se acham responsáveis eles não reconhecem isso como uma doença, aí os familiares ficam dizendo que é uma opção dele. (P 03).

[...] O que percebemos ainda é que a família prefere colocar o idoso para dormir no lugar de acompanhar e dá alguma atividade para que ele faça. Como se fosse um peso para eles [...] (P 14).

Em relação à Rede de Apoio Psicossocial e aos suportes familiares e comunitários, se faz necessário para favorecer o conhecimento dos enfermeiros da ESF quanto aos serviços que integram esta rede e reconheçam a importância da família, amigos e vizinhos, não só no diagnóstico da problemática do consumo de álcool e outras drogas por idosos, mas também para os efetivos encaminhamentos e terapêuticas apropriadas.

Nesse aspecto, se faz necessária a ampliação da rede de apoio familiar, com a inclusão de amigos e vizinhos, os quais na maioria das vezes favorecem a identificação do uso abusivo de álcool e outras drogas pelo idoso na comunidade²³.

Neste cenário, os Agentes Comunitários de Saúde representam um elo importante com a equipe da ESF, pois detém um amplo conhecimento dos núcleos familiares, e conseguem informações essenciais para identificação destas dependências na população idosa nas micro áreas assistidas.

A precariedade nas informações dos enfermeiros acerca das políticas públicas dificulta as oportunidades de sistematização da assistência aos idosos usuários de álcool e outras drogas, a partir

fortable and airy offices, which do not guarantee privacy in tackling a problem as complex as the abusive use of alcohol and other drugs.

Thus, nurses begin to improvise and search for the creativity of everyday knowledge and practices in community spaces, such as the association of residents, parish halls and churches, squares and popular academies, where they develop participatory and integrative operational interventions, in which they often drug dependencies among the elderly are diagnosed. Although it is an assignment of the municipal health secretariats to guarantee the minimum physical structure necessary for the functioning of the care units and for the accomplishment of the indicated set of activities, these nurses still have to rely on technical or financial support from the state health and of the Ministry of Health to carry out these educational actions²².

Also regarding the obstacles mentioned by nurses of the study refer to the participation of the family in the viability of their practices in this context. These professionals recognize the importance of the family as a point of support for these elderly, but in some cases the family members have veiled denial of these dependencies:

[...] We can not work with families because they also do not feel responsible they do not recognize it as an illness, then the relatives say that it is their choice. (P 03).

[...] What we still perceive is that the family prefers to put the old man to sleep rather to accompanying and give them some activities. As if it were a burden to them [...] (P 14).

In relation to the Psychosocial Support Network and the family and community supports, it is necessary to promote the knowledge of the ESF nurses regarding the services that integrate this network and recognize the importance of family, friends and neighbors, not only in the diagnosis of the problem of the consumption of alcohol and other drugs by the elderly, but also for effective referrals and appropriate therapeutics.

In this aspect, it is necessary to expand the family support network, including friends and neighbors, who in most cases favours the identification of abusive use of alcohol and other drugs by the elderly in the community²³.

In this scenario, the Community Health Agents represent an important link with the ESF team, since it has a wide knowledge of the family nuclei, and they obtain essential information to identify these dependencies in the elderly population in the micro assisted areas.

The precariousness of nurses' information about public policies makes it difficult to systematize the care for elderly users of alcohol and other drugs, based on the objectives of each policy, so that practices become fragile and do not receive the support of the elderly and their families²⁴.

It is worth mentioning that the ESF should be considered as a facilitator and stimulator of the process of expanding Nursing care to elderly users of alcohol and other drugs, as it is part of primary health care, being thus closer to the population that uses the health system.



dos objetivos de cada política, assim as práticas tornam-se frágeis e não recebem a adesão dos idosos, bem como de suas famílias²⁴.

Oportuno mencionar que a ESF deverá ser considerada como facilitadora e estimuladora do processo de ampliação dos cuidados de Enfermagem a idosos usuários de álcool e outras drogas, por fazer parte da atenção primária em saúde, estando desta forma mais próxima da população usuária do sistema de saúde.

Considerações Finais

No decorrer da investigação emergiram saberes expressados pelos Enfermeiros da ESF sobre o consumo de álcool e outras drogas por idosos que foram caracterizados como frágeis, empíricos, fragmentados e assistemáticos. Estas fragilidades podem ser atribuídas ao déficit no suporte teórico e científico, ocorrido desde a formação acadêmica, decorrentes das lacunas curriculares até a precariedade dos programas de educação permanente no cotidiano da ESF, e ainda ao desconhecimento das políticas públicas de enfrentamento ao álcool e outras drogas.

As Enfermeiras demonstraram realizar práticas assistemáticas, sem observância aos protocolos das políticas de enfrentamento do álcool e de outras drogas. Além do mais, estas profissionais enfrentam entraves relacionados à estrutura institucional, como déficit de recursos humanos, materiais e de transporte e ainda a precariedade no apoio do núcleo familiar de idosos com estas dependências.

Apesar disso, evidencia-se um esforço das Enfermeiras em identificar e prestar cuidado aos idosos assistidos por suas equipes, por meio de estratégias de educação em saúde, como: palestras, rodas conversas, nas consultas de Enfermagem e em visitas domiciliares.

Os resultados desta investigação instigam novas discussões sobre a problemática considerando a sua complexidade e a evidente lacuna na produção científica focalizando o uso abusivo de álcool e outras drogas por idosos, especialmente, na realidade local.

Questões para reflexão

1. Existe uma lacuna na formação do Enfermeiro quanto a atenção aos idosos usuários de álcool e outras drogas, somadas as atualizações de políticas públicas para a efetividade do cuidado a este grupo populacional que merecem serem consideradas na construção e implementação das propostas pedagógicas para os cursos de graduação e por órgãos governamentais?

2. As estratégias assistenciais, educacionais e preventivas, bem como, os instrumentos diagnósticos que auxiliem os profissionais de saúde a identificar e intervir precocemente no contexto de idosos usuários de álcool e outras drogas, não estão atendendo a complexidade estrutural e social que envolve a realidade vivida?

Final Considerations

Throughout the investigation emerged knowledges expressed by ESF nurses about the use of alcohol and other drugs by the elderly who were characterized as fragile, empirical, fragmented and unsystematic.

These weaknesses can be attributed to the lack of theoretical and scientific support, which has occurred since the academic formation, resulting from the curricular gaps to the precariousness of the permanent education programs in the daily life of the ESF, as well as to the lack of knowledge of the public policies of confronting alcohol and other drugs.

The Nurses demonstrated unsystematic and non-observant practices, without observing the protocols of the coping policies of alcohol and other drugs. Moreover, these professionals face obstacles related to the institutional structure, such as shortages of human, material and transportation resources, as well as the precariousness in the support of the family nucleus of the elderly with these dependencies.

Despite this, there is evidence of an effort by nurses to identify and care for elderly people assisted by their teams, through health education strategies, such as lectures, conversations, nursing visits and home visits.

The results of this investigation instigate new discussions about the problematic considering its complexity and the evident gap in scientific production focusing on the abuse of alcohol and other drugs by the elderly, especially in the local reality.

Questions for reflection

1. There is a gap in the academic Nursing education regarding the care for the elderly addicted to alcohol and other drugs, in addition to the updates of public policies for the effectiveness of care for this population group that deserve to be considered in the construction and implementation of the pedagogical proposals for the undergraduate students and government agencies.

2. Assistance, educational and preventive strategies, as well as diagnostic instruments which help health care professionals to identify and intervene soon in the context of elderly addicted to alcohol and other drugs, are not serving the structural and social complexity that surrounds the personal reality of these elderly

References

1. Fundo De População Das Nações Unidas (UNFPA), e Help Age International. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Nova York; Londres. 2012.[Acesso em: 30 Jul. 2016]. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf>.



Referências

1. Fundo De População Das Nações Unidas (UNFPA), e Help Age International. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Nova York; Londres. 2012.[Acesso em: 30 Jul. 2016]. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf>.
2. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. Brasília, DF, 2014.
3. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. [Acesso em 20 de Out. 2016]. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/93283/CARTILHA%20%C3%81LCOOL.PDF?sequence=5>
4. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. São Paulo: INPAD; 2013. [Acesso em 20 de Out. 2016]. Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>.
5. Rosa LCS, Sousa LEN, Pedrosa JIS, Guimarães TAA, Nascimento GM, Cruz RSD, et al. CRR Articulando a RAPS: a construção de novas práticas e saberes no Piauí. Brasília: Verbis Editora, 2015.
6. Sousa GM, Silva LDC, Moura PTV. Perfil de usuários atendidos no centro de atenção psicossocial álcool e drogas: possíveis relações entre comorbidades e álcool. Rev Interdisciplin NOVAFAP, 2012; 5(2): 9-14.
7. Moreira WC, Alencar DC, Magalhães JM, Damasceno CKCS, Lago EC, Frota BC. Educação em saúde para a redução do uso abusivo de álcool na terceira idade. Rev Interdisciplin, 2016; 9(1): 254-9.
8. Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
9. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.
10. Oliveira MAS, Menezes TMO. A Enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos do vivido. Rev enferm UERJ, 2014; 22(4): 513-518.
11. SengerAEV, Ely LS, Gandolfi T, Schneider RH, Gomes I, Carli GA. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. Rev bras geriatr gerontol, 2011; 14(4): 713-9.
12. Andrade AGO. Alcoolismo na terceira idade. 2016. [Acesso em 08 Ago. 2016] Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/5915/-alcoolismo-na-terceira-idade.php>.
13. Elicker E, Palazzo LS, Aerts DRGC, Alves GG, Câmara S. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. Epidemiol Serv Saúde, 2015; 24(3): 399-410.
14. Viana DMS. A educação permanente em saúde na perspectiva do Enfermeiro na estratégia de saúde da família. Rev enferm Centr Oeste Min, 2015; 5(2): 1658-68.
15. Sousa LB, Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da Enfermagem. Rev enferm UERJ, 2010; 18(1): 55-60.



14. Viana DMS. A educação permanente em saúde na perspectiva do Enfermeiro na estratégia de saúde da família. *Rev enferm Centr Oeste Min*, 2015; 5(2): 1658-68.

15. Sousa LB, Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da Enfermagem. *Rev enferm UERJ*, 2010; 18(1): 55-60.

16. Sousa MST, Brandão IR, Parente JRF. A percepção dos enfermeiros sobre Educação Permanente em Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família de Sobral (CE). *Rev Interfaces Saúde Human Tecnol*, 2015; 2(7): 1-6.

17. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva*, 2011; 16(1): 319-25.

18. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos Enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc saúde coletiva*, 2011; 16(1): 1547-54.

19. Rocha F, Carvalho CMRG, Figueiredo MLF, Caldas CP. O Cuidado do Enfermeiro ao idoso na estratégia de Saúde da Família. *Rev enferm UERJ*, 2011; 19(2): 186-91.

20. Oliveira SRG, Wendhausen ÁLP. Significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trab educ saúde*, 2014; 12(1):129-47.

21. Rosenstock KIV, Neves MJ. Papel do Enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 2010; 63(4):581-586. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400013>>. [Acesso em: 27 jul. 2016].

22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

23. Queiroz AHAB, Pontes RJ, Souza ÂMA, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciênc saúde coletiva*, 2013; 18(9); 2615-23.

24. Silva KM, Santos SIMAS. A práxis do Enfermeiro da estratégia de saúde da família e o cuidado ao idoso. *Texto & Contexto Enferm*, 2015; 24(1): 105-11.

16. Sousa MST, Brandão IR, Parente JRF. A percepção dos enfermeiros sobre Educação Permanente em Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família de Sobral (CE). *Rev Interfaces Saúde Human Tecnol*, 2015; 2(7): 1-6.

17. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva*, 2011; 16(1): 319-25.

18. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos Enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc saúde coletiva*, 2011; 16(1): 1547-54.

19. Rocha F, Carvalho CMRG, Figueiredo MLF, Caldas CP. O Cuidado do Enfermeiro ao idoso na estratégia de Saúde da Família. *Rev enferm UERJ*, 2011; 19(2): 186-91.

20. Oliveira SRG, Wendhausen ÁLP. Significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trab educ saúde*, 2014; 12(1):129-47.

21. Rosenstock KIV, Neves MJ. Papel do Enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 2010; 63(4):581-586. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400013>>. [Acesso em: 27 jul. 2016].

22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

23. Queiroz AHAB, Pontes RJ, Souza ÂMA, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciênc saúde coletiva*, 2013; 18(9); 2615-23.

24. Silva KM, Santos SIMAS. A práxis do Enfermeiro da estratégia de saúde da família e o cuidado ao idoso. *Texto & Contexto Enferm*, 2015; 24(1): 105-11.



CAPÍTULO 13

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO EM SUJEITOS LGBTQI+: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

João Caio Silva Castro Ferreira¹
Paulo de Tarso Xavier Sousa Junior ²
Brenna Galtierrez Fortes Pessoa³
George André Lando⁴
Liana Maria Ibiapina do Monte Siqueira⁵
Elaine Ferreira do Nascimento⁶

Considerações Iniciais

O envelhecimento, de um modo geral, é um processo rodeado de medos, inseguranças e estigmas, em que as pessoas idosas temem envelhecer e baseando-se na mudança dos hábitos de vida atribuída na contemporaneidade, um envelhecimento saudável torna-se um desafio, que deve ser levado em consideração os aspectos físicos, psíquicos e sociais.

Naturalmente as pessoas idosas são mais vulneráveis devido às mudanças biopsicossociais atribuídas ao processo de envelhecimento, no entanto, quando pensamos em idosos(as) lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queers, intersexo e outros(as) (LGBTQI+), estas encontram-se em maior grau de vulnerabilidade. Diferente das pessoas heterossexuais e cisgêneras, as pessoas LGBTQI+ enfrentaram em sua trajetória um fator determinante, o preconceito, este encontra-se ainda articulado a dimensão racial, visto que o Brasil é um país alicerçado no racismo, associado a isso, ainda temos os paradigmas sociais, como as diferenças socioculturais e inclusão social, presentes na diversidade das populações. ⁽¹⁾

1 Enfermeiro graduado pela Universidade Federal do Piauí (UFPI- Campus Senador Helvídio Nunes de Barros), Pós-Graduando em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Estadual do Piauí (UESPI).

2 Graduação em Psicologia pela UniFacid| Wyden.

3 Graduada em Serviço Social (UNIFSA). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Auxiliar em Pesquisa da FIOCRUZ Piauí.

4 Pós-Doutor em Direito pela Università Degli Studi di Messina – Itália. Doutor em Direito pela Faculdade Autônoma de Direito de São Paulo – FADISP. Professor Adjunto da Universidade de Pernambuco – UPE. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação de Direitos Humanos – PPGDH da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Pesquisador Visitante Sênior da Fiocruz - Piauí

5 Assistente Social, Mestra em Serviço Social e Doutora em Ciências da Educação. Coordenadora e Docente do Curso de Serviço Social da UniFapi. Pesquisadora da Fiocruz Piauí.

6 Assistente Social, Mestra e Doutora em Ciências. Coordenadora Adjunta e Pesquisadora da Fiocruz Piauí. Docente PPGPP-UFPI.

CHAPTER 13

THE AGING PROCESS IN LGBTQI + SUBJECTS: A BIBLIOGRAPHIC STUDY

João Caio Silva Castro Ferreira
¹Paulo de Tarso Xavier Sousa Junior²
Brenna Galtierrez Fortes Pessoa³
George André Lando⁴
Liana Maria Ibiapina do Monte Siqueira⁵
Elaine Ferreira do Nascimento⁶

Initial considerations

Aging, in general, is a process surrounded by fears, insecurities and stigmas, in which elderly people fear aging and based on the change in lifestyle habits attributed to contemporary times, healthy aging becomes a challenge, which the physical, psychological and social aspects must be taken into account.

Naturally, elderly people are more vulnerable due to the biopsychosocial changes attributed to the aging process, however, when we think of elderly lesbians, gays, bisexuals, transvestites, transsexuals, queers, intersex and others (LGBTQI +), these are at a greater degree of vulnerability. Unlike heterosexual and cisgender people, LGBTQI + people faced a determining factor in their trajectory, prejudice, which is still articulated with the racial dimension, since Brazil is a country founded on racism, associated with that, we still have paradigms such as socio-cultural differences and social inclusion, present in the diversity of populations. ⁽¹⁾

This prejudice against LGTBQI + people is recognized as LGBTQIphobia it is conceptualized as the way that institutions and their collaborators manifest, through action or inaction, prejudiced or

1 Nurse graduated from the Federal University of Piauí (UFPI- Senador Helvídio Nunes de Barros Campus), Postgraduate Student in Family and Community Health by the Multi-professional Residency Program at State University of Piauí (UESPI).

2 Graduation in Psychology at UniFacid| Wyden.

3 Graduated in Social Work (UNIFSA). Master's Student of the Postgraduate Program in Public Policy Policy at the Federal University of Piauí (UFPI). Research Assistant at FIOCRUZ Piauí.

4 Post-Doctor in Law by Università Degli Studi di Messina – Italy. Doctor of Law from the Autonomous College of Law of São Paulo – FADISP. Adjunct Professor at the University of Pernambuco – UPE. Permanent Professor of the Human Rights Postgraduate Program – PPGDH Federal University of Pernambuco – UFPE. Senior Visiting Researcher at Fiocruz - Piauí

5 Social Worker, Master in Social Work and PhD in Educational Sciences. Coordinator and Professor of the Social Service Course at UniFapi. Researcher at Fiocruz Piauí.

6 Social Worker, Master and PhD in Sciences. Adjunct Coordinator and Researcher at Fiocruz Piauí. Teacher PPGPP-UFPI.



Este preconceito contra pessoas LGBTQI+ é reconhecido como LGBTQIfobia ela é conceituada como a forma que instituições e seus colaboradores manifestam, através da ação ou omissão, atitudes preconceituosas ou hostis contra pessoas LGBTQI+, devido a sua identidade de gênero ou orientação sexual.⁽²⁾ A identidade de gênero se relaciona com a concepção de “quem eu sou na sociedade” e orientação sexual trata-se de uma condição biossocial, em que pessoas se atraem afetivamente por indivíduos do mesmo sexo.⁽³⁾

A dimensão privativa da sexualidade humana se resume em decisões (com quem devo me relacionar sexualmente, sentimentalmente, intimamente, entre outros), embora, sabe-se que exista legislações que garantem a proteção social contra qualquer tipo de discriminação, esta realidade ainda é utópica e os rótulos de masculinidade e feminilidade ainda são dominantes e qualquer pessoa que não se enquadre neste viés superficial, ainda possui grande chances de ser marginalizada.⁽³⁾

A origem dessa concepção privativa emerge-se a partir do momento em que o gênero é incitado exclusivamente por padrões binários e héteronormativos, em que as fantasias psicossociais transmitem apenas duas possibilidades, o gênero masculino e o feminino, mediante esta normatização, as pessoas que não se enquadram neste padrão são marginalizadas pela sociedade e vistas como ilegíveis e não humanas, embora sejam humanas, porém sua orientação sexual ou identidade de gênero não correspondem aos padrões sociais, (ir)reconhecendo essas pessoas e inviabilizando suas existências a luz da sociedade.⁽⁴⁾

Vale-se ressaltar que a atual população de idosos e idosas LGBTQI+, viveram dois momentos históricos distintos, o primeiro remete ao período da sua juventude, estas pessoas possivelmente não vivenciavam sua sexualidade, optando por ocultá-la, devido ao sentimento de medo e insegurança provocado pelas opressões alimentadas pelos padrões héteronormativos fortemente presentes em suas juventudes e o atual momento, período por mais que o preconceito ainda esteja presente, mas por meio das discussões sobre sexualidades, as novas legislações que asseguram a proteção social, como por exemplo, o reconhecimento do casamento homossexual, criminalização da LGBTQIfobia e adoção por casais homoafetivos, estas pessoas sentem-se mais confortáveis para expressar quem elas são.⁽⁵⁾

Outro determinante social em destaque é a necessidade de compreender as nuances acerca do envelhecimento das pessoas idosas LGBTQI+ é o considerável aumento dessa população. (6,7) Este fenômeno é marcado pela inversão da pirâmide etária, uma vez que se tem a redução da taxa de natalidade em prol do aumento da longevidade, tal fato, tornou-se realidade devido aos avanços da medicina, urbanização apropriada das cidades, melhor qualidade de vida relacionada as condições sanitárias e ambientais, entre outros.^(8,9,10,11)

Embora tenha-se percebido uma mudança das condições sociais, favorecendo-se um envelhecimento com boa qualidade de vida, as pessoas idosas LGBTQI+ ainda vivenciam outros paradigmas e estereótipos em torno da velhice LGBTQI+.⁽¹²⁾

hostile attitudes towards LGBTQI + people, due to their gender identity or sexual orientation.² Gender identity is related to the concept of “who I am in society” and sexual orientation is about a biosocial condition, in which people are emotionally attracted to individuals of the same sex. ⁽³⁾

The private dimension of human sexuality is summarized in decision (with whom I must relate sexually, sentimentally, intimately, among others), although, it is known that there are laws that guarantee social protection against any type of discrimination, this reality is still utopian and the labels of masculinity and femininity are still dominant and anyone who does not fit this superficial bias still has a great chance of being marginalized. ⁽³⁾

The origin of this private conception emerges from the moment when gender is prompted exclusively by binary and heteronormative patterns, in which psychosocial fantasies transmit only two possibilities, male and female, through this normatization, people who do not fit this pattern are marginalized by society and seen as illegible and non-human, although they are human, but their sexual orientation or gender identity does not correspond to social standards, (un) recognizing these people and making their existence unfeasible in light of society⁽⁴⁾.

It is worth mentioning that the current population of elderly and elderly LGBTQI +, lived two distinct historical moments, the first referring to the period of their youth, these people possibly did not experience their sexuality, choosing to hide it, due to the feeling of fear and insecurity caused by the oppressions fueled by the heteronormative patterns strongly present in their youth and the current moment, period as much as prejudice is still present, but through discussions on sexualities, new legislation that ensures social protection, such as, for example, the recognition of same-sex marriage, criminalization of LGBTQIphobia and adoption by same-sex couples, these people feel more comfortable expressing who they are.⁽⁵⁾

Another social determinant is the need understand the nuances about the aging of LGBTQI + elderly people is the considerable increase in this population.^(6,7) This phenomenon is marked by the inversion of the age pyramid, since there is a reduction in the birth rate in favor of increased longevity, this fact has become a reality due to advances in medicine, proper urbanization of cities, better quality of life related to sanitary and environmental conditions, among others.^(8,9,10,11)

Although a change in social conditions has been noticed, favoring an aging with a good quality of life, LGBTQI + elderly people still experience other paradigms and stereotypes around old age LGBTQI +.⁽¹²⁾

Objectives

The study has as a general objective to analyze the aging process of LGBTQI + people, taking as a basis what scientific literature addresses on the subject. The specific objectives are: Describe the



Objetivos

O estudo apresenta como objetivo geral analisar o processo de envelhecimento de pessoas LGBTQI+, tendo-se como base o que a literatura científica aborda sobre o assunto. E como objetivos específicos elenca-se: Descrever as barreiras encontradas por sujeitos LGBTQI+ da terceira idade, e; Relatar como o processo de envelhecimento se relaciona com o preconceito vivenciado por esses sujeitos.

Desenvolvimento

Para este estudo foi realizado uma revisão integrativa da literatura, este método de pesquisa é um dispositivo fundamental, pois possibilita a análise de segmentos da literatura científica de maneira vasta e sistemática, além de difundir informações científicas geradas por pesquisadores e pesquisadoras que publicaram dados relacionados ao objetivo desta revisão.⁽¹³⁾

A revisão integrativa baseia-se na execução das respectivas fases: identificação do tema e definição da questão norteadora; delimitação dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos nas bases de dados; apreciação dos estudos selecionados e análise crítica; categorização dos estudos; análise e discussão dos resultados e divulgação dos achados nos moldes da revisão integrativa.⁽¹⁴⁾

A instrumentalização deste estudo foi iniciada através de uma investigação aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), por intermédio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), para apreciação dos descritores universais. Desta forma, foram aplicados os seguintes cruzamentos entre descritores controlados: idosos and lgbt; idosas and lgbt; envelhecimento and lgbt; velhice and lgbt, ressaltando-se que foi adicionado o operador lógico and para somar os descritores mencionados anteriormente.

Para este estudo foram definidos os respectivos critérios de inclusão: artigos científicos com pesquisas de campo, publicados entre os anos de 2015-2020; no idioma português e inglês, e que estivessem disponíveis na íntegra. Para os critérios de exclusão foi estabelecido que outras revisões de literatura, assim como, teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso e artigos fora do recorte temporal pré-definido, ficariam de fora deste estudo.

A coleta de dados foi realizada em fevereiro de 2020 e o levantamento bibliográfico foi efetuado em duas bibliotecas virtuais e uma base de dados respectivamente: Science Eletronic Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Periódicos da CAPES.

Foram identificados 13 artigos na Scielo, 129 na BVS e 35 nos Periódicos da CAPES, destes ao se aplicar os critérios de inclusão, foram selecionados apenas, lembrando-se que os artigos duplicados, foram apresentados apenas uma vez, 18 artigos para constituir esta revisão.

Os artigos foram dispostos em sequência cronológica, para as suas descrições levou-se em consideração os seguintes critérios: título, nome dos autores, ano de publicação, periódico, objetivo e principais resultados conforme apresentados na tabela a seguir:

barreiras found by LGBTQI + subjects of the third age, and; Report how the aging process is related to the prejudice experienced by these subjects.

Development

For this study an integrative literature review was carried out, this research method is a fundamental device, as it allows the analysis of segments of scientific literature in a vast and systematic way, in addition to disseminating scientific information generated by researchers who have published data related to the purpose of this review.⁽¹³⁾

The integrative review is based on the execution of the respective phases: identification of the theme and definition of the guiding question; delimitation of inclusion and exclusion criteria; identification of studies in the databases; appreciation of selected studies and critical analysis; categorization of studies; analysis and discussion of results and dissemination of findings along the lines of the integrative review.⁽¹⁴⁾

The instrumentalization of this study was initiated through an investigation of Health Sciences Descriptors (DeCS), through the Virtual Health Library (VHL), for the appreciation of universal descriptors. Thus, the following crossings between controlled descriptors were applied: elderly and LGBT; elderly and LGBT; aging and LGBT; old age and LGBT, noting that the logical operator and was added to add the aforementioned descriptors.

For this study, the respective inclusion criteria were defined: scientific articles with field research, published between the years 2015-2020; in Portuguese and English, and that were available in full. For the exclusion criteria it was established that other literature reviews, as well as theses, dissertations and course completion papers and articles outside the pre-defined time frame, would be left out of this study.

Data collection was carried out in February 2020 and the bibliographic survey was carried out in two virtual libraries and a database respectively: Science Eletronic Online (SciELO), Virtual Health Library (VHL) and CAPES Journals.

Thirteen articles were identified in Scielo, 129 in the VHL and 35 in CAPES Periodicals. Of these, when applying the inclusion criteria, they were selected only, remembering that duplicate articles were presented only once, 18 articles to constitute this review.

The articles were arranged in chronological sequence, for their descriptions the following criteria were taken into account: title, authors' names, year of publication, period, objective and main results as shown in the table below:



Quadro 1 – Lista de referências contempladas por este estudo bibliográfico de caráter integrativo.

Artigo	Autores	Períodico e Ano de Publicação	Objetivos	Principais Resultados
A1	Salgado et al. (8)	Ciencias Psicológicas / 2017	Identificar as representações sociais da velhice LGBT entre a população idosa.	Percebe-se que as Representações Sociais da velhice LGBT são, em sua maioria, carregadas de estigmas negativos e preconceito.
A2	Marques & Sousa(15)	Paidéia (Ribeirão Preto) / 2016	Examinar as experiências de homens gays mais velhos na construção da integridade familiar (versus desconexão e alienação).	Sugerem três especificidades na construção da integridade familiar: (i) influência da homossexualidade ao longo da vida; (ii) formar uma família de escolha; (iii) formar um legado associado à homossexualidade.
A3	Oswald & Roulston(16)	Journal of Homosexuality / 2018	Explorar a vida social de homens gays mais velhos.	Os participantes relataram que estar em um ambiente gay e fechar a divisão entre gerações homossexuais os ajudaram a se adaptarem às mudanças nas suas vidas sociais na vida adulta.
A4	Fredriksen-Goldsen et al. (17)	The International Journal of Aging and Human Development / 2019	Examinar a natureza diversa e interseccional da vida dos idosos LGBTQ.	As microagressões foram negativamente associadas à qualidade de vida e positivamente associadas à má saúde física e mental; a relação inversa foi encontrada com maestria. Quando os mais antigos encontraram riscos, isso resultou em maior vulnerabilidade.
A5	Pereira et al. (18)	The International Journal of Aging and Human Development / 2019	Descrever uma amostra de idosos portugueses LGB que vivem no grande centro urbano de Lisboa.	O perfil dos participantes demonstra serem idosos que residem sozinhos, aposentados, sem filhos. Certa parcela da amostra considera aceitável a sua orientação sexual e afirma possuir uma boa saúde mental.
A6	Reygan & Henderson(19)	The International Journal of Aging and Human Development / 2019	Descrever sobre quais são as experiências vividas pelos idosos LGBT na África do Sul.	Enquanto as narrativas de marginalização e exclusão estavam presentes, elas eram justapostas com relatos de pertencimento e inclusão em famílias, comunidades, por meio de redes de amizade e na assistência à saúde.
A7	Lira(20)	Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades / 2018	Analisar a percepção do envelhecimento da população LGBT residente no sertão pernambucano.	Pode-se perceber que há uma dualidade diante do envelhecimento, e que a família é tida como fator protetivo ou de risco. Todos/as os/as participantes sofreram algum tipo de preconceito em local público.

Chart 1 – List of references covered by this bibliographic study of an integrative nature.

Article	Authors	Journal and Year of Publication	Objectives	Main results
A1	Salgado et al. (8)	Ciencias Psicológicas / 2017	Identify the social representations of LGBT old age among the elderly population.	It is noticed that the Social Representations of LGBT old age are, for the most part, loaded with negative stigmas and prejudice.
A2	Marques & Sousa(15)	Paidéia (Ribeirão Preto) / 2016	Examine the experiences of older gay men in building family integrity (versus disconnection and alienation).	They suggest three specificities in the construction of family integrity: (i) influence of homosexuality throughout life; (ii) forming a family of choice; (iii) forming a legacy associated with homosexuality.
A3	Oswald & Roulston(16)	Journal of Homosexuality / 2018	Exploring the social life of older gay men.	Participants reported that being in a gay environment and closing the divide between homosexual generations helped them adapt to changes in their social lives in adulthood.
A4	Fredriksen-Goldsen et al. (17)	The International Journal of Aging and Human Development / 2019	Examine the diverse and intersectional nature of LGBTQ elderly's lives.	Micro-aggressions were negatively associated with quality of life and positively associated with poor physical and mental health; the inverse relationship was found with mastery. When the elders found risks, it resulted in greater vulnerability.
A5	Pereira et al. (18)	The International Journal of Aging and Human Development / 2019	Describe a sample of elderly Portuguese LGBs who live in the large urban center of Lisbon.	The profile of the participants shows that they are elderly people who live alone, retired, without children. A certain portion of the sample considers their sexual orientation acceptable and claims to have good mental health
A6	Reygan & Henderson(19)	The International Journal of Aging and Human Development / 2019	Describe the experiences of LGBT elderly in South Africa.	While the narratives of marginalization and exclusion were present, they were juxtaposed with reports of belonging and inclusion in families, communities, through friendship networks and in health care.
A7	Lira(20)	Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades / 2018	Analyze the perception of aging of the LGBT population living in the backlands of Pernambuco.	It can be seen that there is a duality in the face of aging, and that the family is seen as a protective or risk factor. All participants suffered some kind of prejudice in a public place.



A8	Iacub et al. (21)	The International Journal of Aging and Human Development / 2019	Analisar os níveis de aceitação e expressão de identidade (“revelação”) em idosos lésbicas e gays, com base nas mudanças políticas e legais que ocorreram na Argentina, mas também em seu relacionamento com os outros.	Os resultados indicam que as mudanças socioculturais são vistas como algo positivo, embora surjam dúvidas sobre a profundidade e autenticidade das mudanças.
A9	Marhánková(22)	Journal of Aging Studies / 2019	Analisar as oportunidades e também as barreiras que o envelhecimento traz à possibilidade de articular a própria identidade sexual em relação aos outros.	A velhice foi representada pelos participantes como um contexto importante que rompeu algumas das barreiras que impediam a saída de outras. No entanto, a visão de velhice tardia ligada a contextos específicos relacionados à idade (como a vida em instituições de assistência residencial) foi associada à impossibilidade de expressar a identidade sexual.
A10	Shnoor & Berg-Warman(23)	The International Journal of Aging and Human Development / 2019	Examinar as dificuldades encontradas por pessoas idosas LGBT, nos serviços sociais e de saúde.	Comparado com a população idosa em geral, os idosos LGBT têm menos redes de apoio, tendem a viver sozinhos e sofrem com a solidão tremenda. Eles têm medo de procurar os prestadores de serviços de saúde e sociais e de dependência funcional, principalmente devido ao medo de divulgar sua orientação sexual.
A11	Boggs et al. (24)	Journal of Homosexuality / 2016	Examinar as variáveis relevantes para idosos LGBT que desejam residir no bairro urbano de Denver.	O envelhecimento, o heterossexismo e/ou o cisgenderismo surgiram como temas transversais que impactam negativamente o acesso à saúde, moradia, apoio social, assistência domiciliar e serviços jurídicos. A resiliência ao desgaste por toda uma vida de discriminação foi identificada como uma força para lidar com os desafios do envelhecimento. As recomendações para estabelecer um modelo de envelhecimento no local incluíam: estabelecer comunidades acolhedoras, centros de recursos, e aumentar a competência cultural dos prestadores de serviços.

A8	Iacub et al. (21)	The International Journal of Aging and Human Development / 2019	Analyze the levels of acceptance and expression of identity (“disclosure”) in elderly lesbians and gays, based on the political and legal changes that have occurred in Argentina, but also on their relationship with others.	The results indicate that socio-cultural changes are seen as positive, although doubts arise about the depth and authenticity of the changes.
A9	Marhánková(22)	Journal of Aging Studies / 2019	Analyze the opportunities and also the barriers that aging brings to the possibility of articulating one’s sexual identity in relation to others	Old age was represented by participants as an important context that broke through some of the barriers that prevented others from leaving. However, the view of late old age linked to specific contexts related to age (such as life in residential care institutions) was associated with the impossibility of expressing sexual identity.
A10	Shnoor & Berg-Warman(23)	The International Journal of Aging and Human Development / 2019	Examine the difficulties encountered by older LGBT people in social and health services.	Compared to the elderly population in general, LGBT elderly people have fewer support networks, tend to live alone and suffer from tremendous loneliness. They are afraid to seek out health and social service providers and functional dependency, mainly due to the fear of disclosing their sexual orientation.
A11	Boggs et al. (24)	Journal of Homosexuality / 2016	Examine the relevant variables for LGBT seniors who wish to reside in the urban Denver neighborhood.	Aging, heterosexism and / or cisgenderism emerged as cross-cutting themes that negatively impact access to health, housing, social support, home care and legal services. Resilience to wear and tear for a lifetime of discrimination has been identified as a force to deal with the challenges of aging. Recommendations for establishing an aging model on the spot included: establishing welcoming communities, resource centers, and increasing the cultural competence of service providers.



A12	Putney, Le-afmeeker & Hebert(25)	Journal of Gerontological Social Work / 2016	Identificar fontes de estresse e medo, seus pontos fortes e estratégias de enfrentamento de mulheres idosas lésbicas e como elas se relacionam entre si e com o crescimento na vida adulta.	Espiritualidade, apoio social, e a resistência às normas culturais ajuda as lésbicas mais velhas a lidar com a perda, a doença e a discriminação e a desenvolver sabedoria mais tarde na vida. Praticantes experientes podem ajudar mulheres lésbicas mais velhas a identificar e manter fontes de apoio social, explorar a espiritualidade e facilitar o crescimento contínuo até o fim da vida.
A13	Fabbre(26)	The Gerontologist / 2015	Explorar as experiências de pessoas trans que contemplam ou buscam uma transição de gênero em anos mais tarde na vida, a fim de desenvolver conceituações culturalmente diversas de saúde e bem-estar na terceira idade.	As análises interpretativas sugerem que muitos idosos transgêneros enfrentam desafios às identidades de gênero que colocam em risco seu bem-estar físico e emocional. A teoria queer contemporânea é usada para entender essas experiências e argumentar que uma maior atenção às experiências de “fracasso” e negociação de “sucesso em novos termos” pode ser aspectos integrais de crescimento e desenvolvimento para idosos transgêneros.
A14	Pereira et al. (27)	The International Journal of Aging and Human Development / 2017	Explorar as percepções sobre envelhecimento de gays e bissexuais portugueses com mais de 60 anos.	Os temas recorrentes nas narrativas das experiências de envelhecimento dos participantes do estudo foram os seguintes: percepções positivas do envelhecimento, percepções negativas do envelhecimento, lidar com ser um homem gay / bissexual e laços familiares, cuidados profissionais, homofobia/ discriminação, relações e apoio social, diferenças intergeracionais, papel mediador da orientação sexual, mudanças sociopolíticas e características pessoais.
A15	Suen(28)	Journal of Homosexuality / 2016	Entender como os gays mais velhos convivem com o discurso do envelhecimento na comunidade gay.	Verificou-se que muitos gays mais velhos achavam difícil escapar do discurso que marginaliza o corpo envelhecido. Mesmo quando argumentaram que eram a exceção e “pareciam bem”, estavam produzindo discursivamente um sistema de dois níveis: eles mesmos como “bons gays mais velhos”, em oposição aos outros “maus gays mais velhos”, que “tinham” desistir.”

A12	Putney, Le-afmeeker & Hebert(25)	Journal of Gerontological Social Work / 2016	Identify sources of stress and fear, their strengths and coping strategies for elderly lesbian women and how they relate to each other and to growth in adulthood.	Spirituality, social support, and resistance to cultural norms help older lesbians to deal with loss, illness and discrimination and develop wisdom later in life. Experienced practitioners can help older lesbian women to identify and maintain sources of social support explore spirituality and facilitate continued growth to the end of life
A13	Fabbre(26)	The Gerontologist / 2015	Explore the experiences of trans people who contemplate or seek a gender transition in later years, in order to develop culturally diverse concepts of health and well-being in old age.	Interpretative analyzes suggest that many older transgender people face challenges to gender identities that put their physical and emotional well-being at risk. Contemporary queer theory is used to understand these experiences and to argue that greater attention to experiences of “failure” and negotiation of “success in new terms” can be integral aspects of growth and development for older transgender people.
A14	Pereira et al. (27)	The International Journal of Aging and Human Development / 2017	Explore the perceptions about aging of Portuguese gays and bisexuals over 60.	The recurring themes in the narratives of the aging experiences of the study participants were the following: positive perceptions of aging, negative perceptions of aging, dealing with being a gay / bisexual man and family ties, professional care, homophobia / discrimination, relationships and social support, intergenerational differences, mediating role of sexual orientation, socio-political changes and personal characteristics
A15	Suen(28)	Journal of Homosexuality / 2016	Understand how older gays live with the discourse of aging in the gay community.	It was found that many older gays found it difficult to escape the discourse that marginalizes the aged body. Even when they argued that they were the exception and “looked good”, they were discursively producing a two-tier system: themselves as “good older gays”, as opposed to the other “older bad gays”, who “had to” give up.”
A16	Fredriksen-Goldsen et al. (29)	The Gerontologist / 2017	.Examine the association between aging and sexual minorities.	On average, LGBT seniors first revealed their identities at age 20; many suffered work-related discrimination. There was more in marriage of the opposite sex than in marriage of the same sex.



A16	Fredriksen-Goldsen et al. (29)	The Gerontologist / 2017	Explorar o contexto histórico e ambiental ao enquadrar experiências de vida e adaptação de idosos lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT).	Em média, os idosos LGBT primeiro revelaram suas identidades aos 20 anos; muitos sofreram discriminação relacionada ao trabalho. Havia mais no casamento do sexo oposto do que no casamento do mesmo sexo.
A17	Barrett & Barbee(30)	The International Journal of Aging and Human Development / 2016	Examinar a associação existente entre o envelhecimento e as minorias sexuais.	Minoria sexual tem efeitos mais fracos no envelhecimento subjetivo do que outros fatores sociais, como idade, saúde e sexo.
A18	Kim; Jen & Fredriksen-Goldsen(31)	The Gerontologist / 2017	Examinar fatores de promoção da saúde e de risco que contribuem para as disparidades étnicas/raciais entre adultos LGBT com 50 anos ou mais.	Afro-americanos e hispânicos tiveram menor renda, escolaridade, afirmação de identidade e apoio social, os quais foram associados a uma diminuição na QVRS física e psicológica. Os afro-americanos apresentaram maior discriminação relacionada à vida LGBT, o que estava relacionado a uma diminuição na QVRS física e psicológica. Afro-americanos e hispânicos tinham maior espiritualidade, o que estava associado a um aumento na QVRS psicológica.

Fonte: Própria, 2020.

Dos dezoito artigos encontrados neste estudo é notória a presença de trabalhos em língua estrangeira e que abordam diversas realidades ao redor do mundo. Essas pesquisas abrangem como sujeitos LGBTQI+ encaram o processo de envelhecimento com base no meio social a qual se encontram inseridos. A busca propiciou diversas revisões de literatura em língua portuguesa, entretanto quando se refere a pesquisas de campo esse número é reduzido drasticamente.

Em sua grande maioria observa-se uma construção coletiva das pesquisas, ou seja, a presença de diversos autores nas publicações. Os mesmos variam nas áreas de estudo e de formação acadêmica, de modo a promover olhares interdisciplinares nas propostas de investigações científicas.

Além do aspecto citado anteriormente é possível compreender por meio desses resultados o avanço nas produções de pesquisas dos últimos anos, principalmente evidenciando um maior número de trabalhos publicados no ano de 2019. Desse modo, é possível entender o acompanhamento dos estudos com os avanços das sociedades, uma vez que suas publicações recentes traduzem o entendimento dos desafios e perspectivas do público alvo na contemporaneidade. Ainda sobre o intervalo

A17	Barrett & Barbee(30)	The International Journal of Aging and Human Development / 2016	Examine the association between aging and sexual minorities.	Sexual minority has weaker effects on subjective aging than other social factors such as age, health and sex.
A18	Kim; Jen & Fredriksen-Goldsen(31)	The Gerontologist / 2017	Examine health promotion and risk factors that contribute to ethnic / racial disparities among LGBT adults aged 50 and over.	African-Americans and Hispanics had lower income, education, affirmation of identity and social support, which were associated with a decrease in physical and psychological HRQoL. African-Americans showed greater discrimination related to LGBT life, which was related to a decrease in physical and psychological HRQoL. African-Americans and Hispanics had greater spirituality, which was associated with an increase in psychological HRQoL

Source: Own, 2020.

Of the eighteen articles found in this study, the presence of works in a foreign language that address different realities around the world is notorious. These surveys cover how LGBTQI + subjects face the aging process based on the social environment in which they are inserted. The search provided several literature reviews in Portuguese, however when referring to field research this number is drastically reduced.

The vast majority of researchers observe a collective construction of research, that is, the presence of several authors in publications. They vary in the areas of study and academic training, in order to promote interdisciplinary views in the proposals for scientific investigations.

In addition to the previously mentioned aspect, it is possible to understand, through these results, the advances in research production in recent years, mainly showing a greater number of works published in 2019. In this way, it is possible to understand the monitoring of studies with the advances of societies, since their recent publications reflect the understanding of the challenges and perspectives of the target audience in contemporary times. Still on the time interval adopted as the criterion of this article, publications are observed in all years, with the exception of 2020.

In relation to the research journals analyzed, the magazine The International Journal of Aging and Human Development stands out, with seven articles available in the virtual media. Next are the journals Journal of Homosexuality, specialized in studies related to gender and sexuality, and The Gerontologist, specializing in the study of human aging, with three publications.

Regarding the objectives defined in the articles, it is possible to observe an approximation between them. The character of the studies seeks to understand aspects of the aging process of LGBTQI + subjects. However, each work reiterates a specific group used as an excerpt for the analysis. Examples of this were the conceptions of these individuals from places like Lisbon, Czech Republic, South Africa,



de tempo adotado como critério do presente artigo observam-se publicações em todos os anos, com exceção de 2020.

Em relação aos periódicos das pesquisas analisados é passível de destaque a revista *The International Journal of Aging and Human Development*, com sete artigos disponibilizados nos meios de comunicação virtual. Em seguida encontram-se os periódicos *Journal of Homosexuality*, especializado em estudos relacionados ao gênero e sexualidade, e *The Gerontologist*, com especialização no estudo do envelhecimento humano, com três publicações.

Em relação aos objetivos definidos nos artigos é possível observar uma aproximação entre eles. O caráter dos estudos busca compreender os aspectos do processo de envelhecimento dos sujeitos LGBTQI+. Entretanto, cada trabalho reitera um grupo específico utilizado como recorte para a análise. Exemplos disso foram as concepções desses indivíduos de locais como Lisboa, República Tcheca, África do Sul, Argentina, Estados Unidos, Israel dentre outros, além do próprio Brasil. Dentro dessa perspectiva ainda se investigam as dificuldades e desafios encontrados diante dessa etapa do desenvolvimento humano, enquanto um sujeito caracterizado por uma orientação sexual discriminada pelas sociedades ao longo dos séculos.

Outro ponto a se destacar foram as análises dos sujeitos entrevistados sobre as questões subjetivas que envolvem o envelhecer enquanto um ser LGBTQI+, assim como a maneira de experienciar suas questões e se relacionar com as pessoas e o mundo. Ainda é possível inferir sobre pontos relacionados a saúde física e mental, em que é possível discutir acerca das políticas e serviços destinados a essa população e como enfrentar as dificuldades encontradas perante esses percalços.

Os resultados apontam a difícil tarefa de envelhecer no mundo moderno, exemplos encontrados nos estudos A1 e A4. Ainda parece um desafio a ser enfrentado pelos sujeitos, uma vez que as distinções entre idades estabelecem novos comportamentos sociais que requerem adaptações. Entretanto, quando bem aceitável essa fase do desenvolvimento se traduz em uma série de vantagens aos indivíduos. Existem diversos benefícios que um novo olhar acerca do envelhecimento produz em idosos. É possível a construção de novas perspectivas de vida, favorecendo uma melhoria na qualidade de vida e na saúde mental dos envolvidos.⁽³²⁾

Atrelada a essa questão ainda é possível observar os preconceitos vividos pelos participantes dos estudos como um dos pontos primordiais que dificultam suas vivências. Essas relações ficam evidentes nos trabalhos A14 e A15. Essa discriminação evidencia não apenas no adoecimento psíquico como também favorece a marginalização dos seres, em que se faz notável a exclusão em diversos aspectos sociais. As organizações, unidades de empregabilidade, são uns dos locais que ilustram essas questões. A homofobia que cerca as empresas e demais instituições reiteram uma marca histórica em que a sexualidade humana apresenta empecilhos diante das tarefas a serem desempenhadas.⁽³³⁾

As narrativas ainda apresentam aspectos relacionados aos dados sociodemográficos desses idosos LGBTQI+, a exemplo do trabalho A18. Os dados apresentam direta ligação entre a orientação sexual e a desigualdade social. É do berço da discriminação que nasce as disparidades entre os seres.

Argentina, United States, Israel, among others, in addition to Brazil itself. Within this perspective, the difficulties and challenges encountered in this stage of human development are still investigated, as a subject characterized by a sexual orientation discriminated by societies over the centuries.

Another point to be highlighted was the analysis of the interviewed subjects about the subjective issues that involve aging as an LGBTQI+ being, as well as the way to experience their issues and relate to people and the world. It is still possible to infer about points related to physical and mental health, in which it is possible to discuss policies and services aimed at this population and how to face the difficulties encountered in the face of these problems.

The results point to the difficult task of aging in the modern world, examples found in studies A1 and A4. It still seems a challenge to be faced by the subjects, since the distinctions between ages establish new social behaviors that require adaptations. However, when this phase of development is quite acceptable, it translates into a series of advantages for individuals. There are several benefits that a new look at aging produces in the elderly. It is possible to build new life perspectives, favoring an improvement in the quality of life and mental health of that involved.⁽³²⁾

Linked to this issue, it is still possible to observe the prejudices experienced by the study participants as one of the main points that hinder their experiences. These relationships are evident in works A14 and A15. This discrimination shows not only in psychic illness but also favors the marginalization of beings, in which exclusion in several social aspects is notable. Organizations, employability units, are among the places that illustrate these issues. The homophobia that surrounds companies and other institutions reiterates a historic mark in which human sexuality presents obstacles in face of the tasks to be performed.⁽³³⁾

The narratives still present aspects related to the sociodemographic data of these elderly LGBTQI+, as in the work A18. The data shows a direct link between sexual orientation and social inequality. It is from the cradle of discrimination that disparities between beings are born. Exclusion is an alternative to minimize these subjects who present reasons and reasons for not deserving the place of belonging in society. It is concepts like these that favor the emergence of misery, lack of quality education, access to health services and the like.⁽³⁴⁾

The relationship between aging and human sexuality still presents a great taboo in societies. Prejudice becomes a driving force for this status. The consequences of discrimination, for example, can be diverse. Illustrating this conception, the appearance of pathologies associated with mental health of elderly LGBTQI+ is very likely, analyzed in study A12. The forms of intolerance generate several psychic illnesses, where the subjects who suffer are socially silenced and develop mental disorders.⁽³⁵⁾ It is in this scenario that the need to create strategies aimed at resolving these issues is noted, strengthening the subjects within their potential.⁽³⁶⁾

Societies have always defined status and rules to be followed. Experiencing their sexuality in an individual and genuine way remains a great challenge for people. The fact is that over the years the different forms of expression and experiences have been denied to the subjects.³⁷ It is observed, espe-



A exclusão é uma alternativa para minimizar esses sujeitos que apresentam motivos e razões para não merecerem o lugar de pertencimento na sociedade. São concepções como essas que favorecem o surgimento da miséria, falta de uma educação de qualidade, acesso aos serviços de saúde e afins.⁽³⁴⁾

A relação entre o envelhecer e a sexualidade humana ainda apresenta um grande tabu nas sociedades. O preconceito se torna uma mola propulsora para esse status. As consequências de discriminações a exemplo disso podem ser diversas. Ilustrando essa concepção é muito provável o surgimento de patologias associadas a saúde mental de idoso(a)s LGBTQI+, analisadas no estudo A12. As formas de intolerância geram diversos adoecimentos de ordem psíquica, onde os sujeitos que padecem são silenciados socialmente e desenvolvem transtornos mentais.⁽³⁵⁾ É nesse cenário que se nota a necessidade de criar estratégias que visem dirimir essas questões, fortalecendo os sujeitos dentro das suas potencialidades.⁽³⁶⁾

As sociedades sempre definiram status e normas a serem seguidas. Vivenciar sua sexualidade de modo individual e genuíno continua a ser um grande desafio as pessoas. O fato é que ao longo dos anos as diversas formas de expressão e experiências foram negadas aos sujeitos.⁽³⁷⁾ Observa-se, principalmente nos artigos A1, A7 e A11, como o meio em que os participantes do estudo vivem influenciam em suas subjetividades. Entende-se que há uma relação de sentidos entre indivíduo e sociedade que estabelecem padrões a serem seguidos, inclusive por pessoas da terceira idade e que se reconhecem enquanto LGBTQI+.

A procura pelos serviços de saúde é outra questão abordada nos trabalhos, especialmente na publicação A10. É bastante comum observar que os homens sempre evidenciaram uma pouca procura pelos serviços de saúde numa perspectiva preventiva.³⁸ O agravo dessa situação permeia a população LGBTQI+. A invisibilização desse público é um fato. Existem diversos aspectos que colaboram para esse quadro, como o manejo dos profissionais que em muitos casos apresentam posturas discriminatórias. São ações como essas que expressam a evasão desses sujeitos das unidades de saúde.

Conclusão

Ao longo do tempo os seres humanos passam por diversas fases do seu crescimento. Todas apresentam aspectos particulares, mas essenciais para a manutenção da vida. Considerada uma das últimas fases desse viver o envelhecimento permeia diversas representações sociais. A grande maioria é representada por perdas. E quando isso ainda se soma a demais quesitos da existência humana, como a orientação sexual e identidade de gênero?

Este estudo buscou na literatura existente a compreensão do fenômeno do envelhecimento enquanto um ser LGBTQI+. As realidades acessadas transmitem conhecimentos de diversos lugares do mundo, entretanto se aproximam em relatar uma triste realidade. Idosos(as) LGBTQI+ são acarretado(a)s com uma carga de preconceito de uma maneira maior do que seres de outras idades.

cially in articles A1, A7 and A11, as the environment in which the study participants live influence their subjectivities. It is understood that there is a relationship of meaning between individual and society to establish standards to be followed, even by the elderly and who recognize themselves as LGBTQI +.

The demand for health services is another issue addressed in the works, especially in publication A10. It is quite common to note that men have always shown little demand for health services from a preventive perspective.³⁸ The aggravation of this situation permeates the LGBTQI + population. The invisibility of this public is a fact. There are several aspects that contribute to this situation, such as the management of professionals who in many cases have discriminatory attitudes. It is actions like these that express the evasion of these subjects from health units.

Conclusion

Over time, human beings go through different stages of their growth. All have particular aspects, but essential for the maintenance of life. Considered one of the last stages of this aging experience, it permeates several social representations. The vast majority are represented by losses. And when that still adds up to other aspects of human existence, like sexual orientation and gender identity?

This study sought in the existing literature to understand the phenomenon of aging as an LGBTQI +. The accessed realities transmit knowledge from different parts of the world; however they come closer to report a sad reality. LGBTQI+ elderly people are carried with a load of prejudice in a greater way than beings of other ages.

They are discriminatory attitudes and behaviors that reinforce isolation and illness. It is not only up to the studies to reveal data like this, but to enable the academic and social community to seek alternatives so that everyone can actually experience their subjectivity without any less rights.

Questions for reflection

1. What are we doing to combat prejudice suffered by elderly people LGBTQI+?
2. How to provide opportunities for protagonism of this population in contemporary times?
3. What is the role of research and work, like this, for the reality of this audience?



São posturas e comportamentos discriminatórios que reforçam o isolamento e o adoecimento. Cabe não somente aos estudos em revelar dados como esses, mas propiciar que a comunidade acadêmica e social busque alternativas para que todos possam de fato vivenciar sua subjetividade sem nenhum direito a menos.

Questões para reflexão

1. O que estamos fazendo para combater o preconceito sofrido por idoso(a)s LGBTQI+?
2. Como oportunizar espaços de protagonismos dessa população na contemporaneidade?
3. Qual a função de pesquisas e trabalhos, como esse, para a realidade desse público?

Referências

- 1.Caldas C. Um novo paradigma. Rev. geriatr. gerontol 2015; 18(2): 237.
- 2.Prado MAM, Martins DA, Rocha LTL. O litígio sobre o impensável: escola, gestão dos corpos e homofobia institucional. Bagoas: Estudos gays, gêneros e sexualidades. 2009; 3(4): 209-232.
- 3.Silva AKL. Diversidade sexual e de gênero: a construção do sujeito social. Rev. NUFEN 2013; 5(1): 12-25.
- 4.Butler J. Corpos em aliança e a política das ruas: notas sobre uma teoria performativa de assembleia. 1.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2018.
- 5.Marques FD, Sousa, L. Portugues older gay men: pathways to family integrity. Paidéia 2016; 26(64): 149-159.
- 6.Araújo LF. Aspectos psicossociais da velhice lgbt. Psicol. Estud. 2016. 21(2): 359-361.
- 7.Orel NA, Fruhauf CA. The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience. Washington, DC: American Psychological Association; 2015.
- 8.Salgado AGAT, Araújo LF, Santos JVO, Jesus LA, Fonseca LKS, Sampaio DS. Velhice LGBT: uma análise das representações sociais entre idosos brasileiros. Cienc. Psicol. 2017; 11(2): 155-163.
- 9.Araújo LF, Carvalho VÂMDL. Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. Mneme – Revista de Humanidades. 2005; 6(13): 228-236.
- 10.Mendes MR, Gusmão JLD, Faro ACM, Leite RDCBD. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. Acta Paul. Enferm. 2005; 18(4): 422-426.

References

- 1.Caldas C. Um novo paradigma. Rev. geriatr. gerontol 2015; 18(2): 237.
- 2.Prado MAM, Martins DA, Rocha LTL. O litígio sobre o impensável: escola, gestão dos corpos e homofobia institucional. Bagoas: Estudos gays, gêneros e sexualidades. 2009; 3(4): 209-232.
- 3.Silva AKL. Diversidade sexual e de gênero: a construção do sujeito social. Rev. NUFEN 2013; 5(1): 12-25.
- 4.Butler J. Corpos em aliança e a política das ruas: notas sobre uma teoria performativa de assembleia. 1.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2018.
- 5.Marques FD, Sousa, L. Portugues older gay men: pathways to family integrity. Paidéia 2016; 26(64): 149-159.
- 6.Araújo LF. Aspectos psicossociais da velhice lgbt. Psicol. Estud. 2016. 21(2): 359-361.
- 7.Orel NA, Fruhauf CA. The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience. Washington, DC: American Psychological Association; 2015.
- 8.Salgado AGAT, Araújo LF, Santos JVO, Jesus LA, Fonseca LKS, Sampaio DS. Velhice LGBT: uma análise das representações sociais entre idosos brasileiros. Cienc. Psicol. 2017; 11(2): 155-163.
- 9.Araújo LF, Carvalho VÂMDL. Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. Mneme – Revista de Humanidades. 2005; 6(13): 228-236.
- 10.Mendes MR, Gusmão JLD, Faro ACM, Leite RDCBD. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. Acta Paul. Enferm. 2005; 18(4): 422-426.
- 11.Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro. In: Camarano AA. Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
- 12.Sampaio, DS. Velhice LGBT: uma análise das representações sociais entre idosos brasileiros. Cienc. Psicol. 2017; 11(2): 155-163.
- 13.Ramalho Neto JM, Marques DKA, Fernandes MGM, Nóbrega MML. Meleis' Nursing Theories Evaluation: integrative review. Rev. Bras. Enferm. 2016; 69(1): 162-8.
- 14.Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. The integrative review method in organizational studies. Gestão & Sociedade 2011; 5(11): 121-36.
- 15.Marques FD, Sousa L. Portuguese Older Gay Men: Pathways to Family Integrity. Paidéia (Ribeirão Preto) 2016; 26(64): 149-159.



11. Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro. In: Camarano AA. Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.

12. Sampaio, DS. Velhice LGBT: uma análise das representações sociais entre idosos brasileiros. *Cienc. Psicol.* 2017; 11(2): 155-163.

13. Ramalho Neto JM, Marques DKA, Fernandes MGM, Nóbrega MML. Meleis' Nursing Theories Evaluation: integrative review. *Rev. Bras. Enferm.* 2016; 69(1); 162-8.

14. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. The integrative review method in organizational studies. *Gestão & Sociedade* 2011; 5(11): 121-36.

15. Marques FD, Sousa L. Portuguese Older Gay Men: Pathways to Family Integrity. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 2016; 26(64): 149-159.

16. Oswald A, Roulston K. Complex Intimacy: Theorizing Older Gay Men's Social Lives. *J. homosex.* 2018; 67(2): 223-243.

17. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Jung H, Goldsen J. The Evolution of Aging With Pride—National Health, Aging, and Sexuality/Gender Study: Illuminating the Iridescent Life Course of LGBTQ Adults Aged 80 Years and Older in the United States. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2019; 88(4); 380-404.

18. Pereira H, Vries B, Serzedelo A, Serrano JP, Afonso RM, Esgalhado G, Monteiro S. Growing older out of the closet: A descriptive study of older LGB persons living in Lisbon, Portugal. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2019; 88(4); 422-439.

19. Reygan F, Henderson N. All bad? Experiences of aging among LGBT elders in South Africa. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2019; 88(4); 405-421.

20. Lira KFS. Envelhecimento da população LGBT: desafios no Sertão de Pernambuco. *Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidade* 2018; 12(18).

21. Iacub R, Arias CJ, Mansinho M, Winzeler M, Vazquez JR. Sociocultural Changes and the Construction of Identity in Lesbian and Gay Elderly People in Argentina. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2019; 88(4); 341-357.

22. Marhánková JH. Places of (in) visibility. LGB aging and the (im)possibilities of coming out to others. *J. aging stud.* 2019; 48; 9-16.

23. Shnoor Y, Berg-Warman A. (2019). Needs of the Aging LGBT Community in Israel. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2019; 89(1); 77-92.

24. Boggs JM, Portz, JD, King DK, Wright LA, Helander K, Retrum JH, Gozansky WS. Perspectives of LGB-TQ older adults on aging in place: a qualitative investigation. *J. homosex.* 2016; 64(11); 1539-1560.

25. Putney JM, Leafmeeker RR, Hebert N. "The Wisdom of Age": Perspectives on Aging and Growth among Lesbian Older Adults. *Journal of gerontological social work* 2016; 59(3): 234-251.

16. Oswald A, Roulston K. Complex Intimacy: Theorizing Older Gay Men's Social Lives. *J. homosex.* 2018; 67(2): 223-243.

17. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Jung H, Goldsen J. The Evolution of Aging With Pride—National Health, Aging, and Sexuality/Gender Study: Illuminating the Iridescent Life Course of LGBTQ Adults Aged 80 Years and Older in the United States. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2019; 88(4); 380-404.

18. Pereira H, Vries B, Serzedelo A, Serrano JP, Afonso RM, Esgalhado G, Monteiro S. Growing older out of the closet: A descriptive study of older LGB persons living in Lisbon, Portugal. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2019; 88(4); 422-439.

19. Reygan F, Henderson N. All bad? Experiences of aging among LGBT elders in South Africa. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2019; 88(4); 405-421.

20. Lira KFS. Envelhecimento da população LGBT: desafios no Sertão de Pernambuco. *Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidade* 2018; 12(18).

21. Iacub R, Arias CJ, Mansinho M, Winzeler M, Vazquez JR. Sociocultural Changes and the Construction of Identity in Lesbian and Gay Elderly People in Argentina. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2019; 88(4); 341-357.

22. Marhánková JH. Places of (in) visibility. LGB aging and the (im)possibilities of coming out to others. *J. aging stud.* 2019; 48; 9-16.

23. Shnoor Y, Berg-Warman A. (2019). Needs of the Aging LGBT Community in Israel. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2019; 89(1); 77-92.

24. Boggs JM, Portz, JD, King DK, Wright LA, Helander K, Retrum JH, Gozansky WS. Perspectives of LGB-TQ older adults on aging in place: a qualitative investigation. *J. homosex.* 2016; 64(11); 1539-1560.

25. Putney JM, Leafmeeker RR, Hebert N. "The Wisdom of Age": Perspectives on Aging and Growth among Lesbian Older Adults. *Journal of gerontological social work* 2016; 59(3): 234-251.

26. Fabbre VD. Gender transitions in later life: A queer perspective on success fulaging. *The Gerontologist* 2015; 55(1); 144-153.

27. Pereira H, Serrano JP, Vries B, Esgalhado G, Afonso RM, Monteiro S. Aging perceptions in older gay and bisexual men in Portugal: A qualitative study. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2017; 87(1); 5-32.

28. Suen YT. Older single gay men's body talk: Resisting and rigidifying the aging discourse in the gay community. *J. homosex.* 2016; 64(3); 397-414.

29. Fredriksen-Goldsen KI, Bryan AE, Jen S, Goldsen J, Kim HJ, Muraco A. The unfolding of LGBT lives: Key events associated with health and well-being in later life. *The Gerontologist.* 2017; 57(suppl_1); 15-29.

30. Barrett A, Barbee H. Variation in Subjective Aging by Sexual Minority Status: An Examination of Four Perspectives. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2016; 85(1); 44-66.



26.Fabbre VD. Gender transitions in later life: A queer perspective on success fulaging. *The Gerontologist* 2015; 55(1); 144-153.

27.Pereira H, Serrano JP, Vries B, Esgalhado G, Afonso RM, Monteiro S. Aging perceptions in older gay and bisexual men in Portugal: A qualitative study. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2017; 87(1); 5-32.

28.Suen YT. Older single gay men's body talk: Resisting and rigidifying the aging discourse in the gay community. *J. homosex.* 2016; 64(3); 397-414.

29.Fredriksen-Goldsen KI, Bryan AE, Jen S, Goldsen J, Kim HJ, Muraco A. The unfolding of LGBT lives: Key events associated with health and well-being in later life. *The Gerontologist.* 2017; 57(suppl_1); 15-29.

30.Barrett A, Barbee H. Variation in Subjective Aging by Sexual Minority Status: An Examination of Four Perspectives. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2016; 85(1); 44-66.

31.Kim HJ, Jen S, Fredriksen-Goldsen KI. Race/ethnicity and health-related quality of life among LGBT older adults. *The Gerontologist.* 2017; 57(suppl_1); 30-39.

32.Menezes JNR, Costa MDPM, Iwata ACDNS, Araujo PM, Oliveira LG, Souza CGD, Fernandes PHPD. A visão do idoso sobre o seu processo de envelhecimento. *RCS.* 2018; 18(35); 8-12.

33.Santos RLM. A discriminação de homens gays na dinâmica das relações de emprego: reflexões sob a perspectiva do direito fundamental ao trabalho digno. Brasília: Universidade de Brasília, 2016. Dissertação do Mestrado em Direito.

34.Sawaia B. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 14. Ed. Petrópolis: Editora Vozes Limitada; 2017.

35.Baére F. A mortífera normatividade: o silenciamento das dissidências sexuais e de gênero suicidas. *Rebeh - Revista Brasileira de Estudos da Homocultura.* 2019; 2(1); 128-140.

36.Oliveira LA, Oliveira VC. Os transtornos depressivos: um olhar sobre a reestruturação dos cuidados em saúde mental. *Psico. Debate* 2018; 4(3); 96-109.

37.Foucault M. História da sexualidade: A vontade de saber (Vol 1). 9. Ed. Rio de Janeiro: Editora Paz & Terra; 2014.

38.Levorato CD, Mello LMD, Silva ASD, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc. & Saúde Coletiva* 2014; 19(14); 1263-1274.

31.Kim HJ, Jen S, Fredriksen-Goldsen KI. Race/ethnicity and health-related quality of life among LGBT older adults. *The Gerontologist.* 2017; 57(suppl_1); 30-39.

32.Menezes JNR, Costa MDPM, Iwata ACDNS, Araujo PM, Oliveira LG, Souza CGD, Fernandes PHPD. A visão do idoso sobre o seu processo de envelhecimento. *RCS.* 2018; 18(35); 8-12.

33.Santos RLM. A discriminação de homens gays na dinâmica das relações de emprego: reflexões sob a perspectiva do direito fundamental ao trabalho digno. Brasília: Universidade de Brasília, 2016. Dissertação do Mestrado em Direito.

34.Sawaia B. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 14. Ed. Petrópolis: Editora Vozes Limitada; 2017.

35.Baére F. A mortífera normatividade: o silenciamento das dissidências sexuais e de gênero suicidas. *Rebeh - Revista Brasileira de Estudos da Homocultura.* 2019; 2(1); 128-140.

36.Oliveira LA, Oliveira VC. Os transtornos depressivos: um olhar sobre a reestruturação dos cuidados em saúde mental. *Psico. Debate* 2018; 4(3); 96-109.

37.Foucault M. História da sexualidade: A vontade de saber (Vol 1). 9. Ed. Rio de Janeiro: Editora Paz & Terra; 2014.

38.Levorato CD, Mello LMD, Silva ASD, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc. & Saúde Coletiva* 2014; 19(14); 1263-1274.



CAPÍTULO 14

TEORIA DO CONFORTO E O BEM-ESTAR DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES

Ruth Suelle Barros Fonseca¹
Maria do Livramento Fortes Figueiredo²

Considerações Iniciais

O aumento da proporção de pessoas idosas em relação ao total da população é um fenômeno mundial. O processo de envelhecer, por ser multidimensional, sofre influência de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos e afeta todos os indivíduos de forma gradativa e de modos diferentes.⁽¹⁾

Com o processo de envelhecimento por vezes surgem demandas relacionadas ao bem-estar físico e psicológico, que, com o avanço do tempo, podem levar a maiores suscetibilidades ou vulnerabilidades tornando-os cada vez mais propensos ao desenvolvimento de doenças crônicas, além de mudanças na vida social e alterações no nível de independência, que podem prejudicar sua autonomia, qualidade de vida e afetar várias necessidades básicas, entre elas a mobilidade.⁽²⁾

Na população idosa, muitas vezes os valores culturais são marcados pelo importante papel da família, que é considerada o habitat natural da pessoa. Dessa maneira, a família geralmente assume a responsabilidade pela saúde de seus membros e sob a condição de oferecer um cuidado adequado ao idoso em situação de dependência precisa de uma eficiente rede de apoio para manter-se saudavelmente socialmente e mentalmente. Essas redes de apoio podem ser tanto formais (políticas públicas, assistência social) quanto informais (família, vizinhos, comunidade).⁽³⁾

O desempenho das atividades relacionadas à saúde física e psicossocial do idoso requer do cuidador familiar grandes esforços, e nem sempre ele se encontra em condições ideais, o que pode levar ao aparecimento de problemas oriundos do processo de cuidar, sejam eles físicos, emocionais, sociais ou financeiros.⁽⁴⁾

Bem-estar é um conceito de prática que engloba todos os aspectos do indivíduo. Assim, envolve a manutenção de uma boa nutrição, exercício, boas relações pessoais, familiares e sociais, e o controle do estresse. É um processo ativo e consciente no qual as pessoas fazem escolhas em busca de

1 Enfermeira. Mestre e Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem PPGEnf/UFPI. Teresina PI

2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora associada do curso de graduação em Enfermagem e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Líder do Grupo de Estudos sobre a Multidimensionalidade do Envelhecimento, Saúde e Enfermagem – GEMESE/UFPI.

CHAPTER 14

COMFORT THEORY AND THE WELL-BEING OF INFORMAL CAREGIVERS OF DEPENDENT ELDERLY

Ruth Suelle Barros Fonseca¹
Maria do Livramento Fortes Figueiredo²

Initial Considerations

The increase in the proportion of elderly people in relation to the total population is a world-wide phenomenon. The process of aging, being multidimensional, has the influence of several intrinsic and extrinsic factors and affects all individuals gradually and in different ways.⁽¹⁾

With the aging process, demands related to physical and psychological well-being may arise, which, with the advance of time, can lead to greater susceptibilities or vulnerabilities, making them increasingly prone to the development of chronic diseases, in addition to changes in social life and changes in the level of independence, which can impair their autonomy, quality of life and affect various basic needs, including mobility.⁽²⁾

In the elderly population, cultural values are often marked by the important role of the family, which is considered the natural habitat of the person. Thus, the family generally takes responsibility for the health of its members and with the condition of offering adequate care to the elderly in situations of dependence need an efficient support network to remain healthy socially and mentally. These support networks can be formal (public policies, social assistance) or informal (family, neighbors, community).⁽³⁾

The performance of activities related to the physical and psychosocial health of the elderly requires great efforts from the family caregiver, and it is not always in ideal conditions, which can lead to problems arising from the care process, which can be physical, emotional, social or financial.⁽⁴⁾

Well-being is a concept of practice that encompasses all aspects of the individual. Thus, it involves maintaining good nutrition, exercise, good social relationships, and stress control. It is an active and conscious process in which people make choices in search of a successful existence; it involves the

1 Enfermeira. Mestre e Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem PPGEnf/UFPI. Teresina PI

2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora associada do curso de graduação em Enfermagem e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Líder do Grupo de Estudos sobre a Multidimensionalidade do Envelhecimento, Saúde e Enfermagem – GEMESE/UFPI.



uma existência bem-sucedida; envolve os âmbitos corporal, emocional, ocupacional, intelectual, social e espiritual, devendo haver um equilíbrio entre todos estes níveis, para que o bem-estar seja pleno.⁽⁵⁾

O cuidador necessita ser alvo de orientação dos serviços de saúde e de intervenções que promovam seu bem-estar. Um caminho para estudar e identificar os principais problemas ou necessidades dos cuidadores é ter como base as teorias. A Teoria do Conforto, desenvolvida pela enfermeira americana Katherine Kolcaba, é uma opção eficaz na avaliação multidimensional da saúde do cuidador familiar, uma vez que inclui questões relacionadas à espiritualidade e ao meio ambiente dos cuidadores.

Para Kolcaba, conforto é definido como estado de calma ou satisfação, que pode ser vivenciado pelos pacientes por meio da satisfação de três necessidades e quatro contextos da experiência humana. É um estado mais duradouro e contínuo, de contentamento e bem-estar e constitui o estado holístico imediato de fortalecimento.⁽⁶⁾

A análise dos fatores que possam interferir de forma positiva ou negativa no conforto e bem-estar dos cuidadores informais de idosos acamados no âmbito domiciliar, permite aos enfermeiros o conhecimento, desenvolvimento e reprodução de ações exitosas direcionadas às necessidades do binômio idoso/cuidador.

Objetivo

Este capítulo tem como objetivo apresentar aspectos sobre a Teoria do Conforto e o bem-estar de cuidadores informais de idosos dependentes.

Repercussões do cuidado ao idoso dependente na saúde do cuidador

A dependência de cuidados de outrem está relacionada à impossibilidade de os indivíduos se autocuidarem. Por motivos como a redução do custo da assistência hospitalar e institucional para idosos dependentes de cuidados, a atual tendência, em muitos países, incluindo o Brasil, é a discussão e exigência de uma reorganização do cuidado do idoso e que os idosos permaneçam em suas casas sob os cuidados da família, independentemente do estado de saúde.^(4,7)

Com base no aumento imponente do número de idosos dependentes e diante da incapacidade institucional de suprir essas necessidades, surge o cuidador informal como uma peça chave na promoção da qualidade de vida da pessoa em situação de dependência. Esse papel não é uma tarefa fácil e está acompanhado de dificuldades socioculturais para além das exigências psicológicas e físicas já existentes na atividade do cuidado informal.⁽⁸⁾

O papel de cuidador normalmente é assumido pelo familiar que já desempenha a prestação de cuidados à pessoa dependente, no intuito de manter a harmonia da rotina da família. Porém, a profundidade da função assistencial tem como consequência, na maioria das vezes, o fato de que os cuidadores se esquecem deles próprios, bem como de suas necessidades e da satisfação em viver.⁽⁹⁾

body, emotional, occupational, intellectual, social and spiritual spheres, and there must be a balance between all these levels, so that well-being is complete.⁽⁵⁾

The caregiver needs guidance from health services and interventions that promote their well-being. Theories are a way to study and identify the main problems or needs of caregivers. The Comfort Theory, developed by the American nurse Katherine Kolcaba, is an effective option in the multidimensional assessment of the family caregiver's health, because it includes issues related to the caregivers' spirituality and environment.

For Kolcaba, comfort is defined as a state of calm or satisfaction, which can be experienced through the satisfaction of three needs and four contexts of human experience. It is a more enduring and continuous state of contentment and well-being and constitutes the immediate holistic state of strengthening.⁽⁶⁾

The analysis of factors that may positively or negatively interfere in the comfort and well-being of informal caregivers of elderly bedridden at home allows nurses to know, develop and reproduce successful actions directed to the needs of the elderly/caregiver binomial.

Objective

This chapter aims to present aspects about the Comfort Theory and the well-being of informal caregivers of dependent elderly.

Repercussions of care for the dependent elderly on the health of the caregiver

Dependence on the care of others is related to the impossibility for individuals to take care of themselves. To reduce hospitalizations and institutionalized care, the current trend in many countries, including Brazil, is the discussion and demand for a reorganization of the care of the elderly and that the elderly remain in their homes under the care of the family, regardless of health status.^(4,7)

Based on the imposing increase in the number of dependent elderly and the institutional inability, informal caregivers emerge as a key part in promoting the quality of life of people in a situation of dependence. This role is not an easy task and is accompanied by sociocultural difficulties beyond the psychological and physical demands already existing in the activity of informal care.⁽⁸⁾

The role of caregiver is usually assumed by the family member who already performs the provision of care to the dependent person, in order to maintain the harmony of the family routine. However, the depth of care function has as consequence, in most of the time, the fact that caregivers forget themselves, as well as their needs and satisfaction in living.⁽⁹⁾



Cuidar representa desafios a serem superados e envolve longos períodos de tempo dispensados ao paciente. Muitos cuidadores se tornam responsáveis pelos cuidados ao idoso dependente sem nenhuma capacitação anterior, desenvolvendo habilidades específicas com a prática diária, fato que contribui para adversidades físicas, financeiras, riscos mentais e materiais. ⁽¹⁰⁾

A sobrecarga relacionada ao cuidado compreende aspectos e consequências na vida dos cuidadores e tem sido relacionada ao desenvolvimento de problemas físicos e fadiga, desequilíbrio financeiro, problemas familiares e ocupacionais, bem como sintomas psiquiátricos, uso de medicamentos, efeitos sociais e emocionais. ⁽¹¹⁾

Quanto maior o nível de dependência do paciente mais difícil torna-se o ato de cuidar. Ao assumir esse papel, o cuidador é obrigado a se responsabilizar por múltiplas funções e termina por abdicar da própria vida para cuidar do outro, renunciando as suas necessidades físicas e emocionais visando a promoção do bem-estar e qualidade de vida do outro. ⁽¹²⁾

O bem-estar é um constructo complexo relacionado com um estado de contentamento físico e emocional – um nível ótimo de experiências e funcionamento. Este constructo deriva de duas perspectivas gerais: a abordagem eudemônica que se centra no significado e autorrealização, definindo bem-estar como o nível em que a pessoa está totalmente funcional, e a abordagem hedônica que surge associada à felicidade e define bem-estar como a procura pessoal pelo prazer e evasão à dor e sofrimento. ⁽¹³⁾

Para se conhecer o bem-estar faz-se necessário considerar que embora as pessoas vivam em ambientes objetivamente definidos, sua avaliação da própria vida é feita de forma subjetiva, apoiando-se em expectativas, valores, emoções e experiências. Dessa forma, o bem-estar, enquanto uma avaliação de satisfação com a vida constitui um importante indicador de qualidade de vida. ⁽¹⁴⁾

Assim, a demanda de cuidados ao idoso dependente faz com que deva voltar-se a atenção, no âmbito da saúde coletiva, aos cuidadores familiares, entendendo as barreiras físicas, sociais e emocionais envolvidas no ato de cuidar, visando proporcionar maior conforto e bem-estar e uma menor sobrecarga nos cuidadores e para quem é cuidado. ⁽¹⁵⁾

Teoria do Conforto e o bem-estar do cuidador informal

A Teoria do Conforto foi desenvolvida pela enfermeira americana Katherine Kolcaba. Para a autora, conforto é definido como estado de calma ou satisfação, que pode ser vivenciado pelos pacientes por meio da satisfação de três necessidades e quatro contextos da experiência humana. ⁽⁶⁾

A teórica descreve o conforto existindo em três formas, a saber: alívio, tranquilidade e transcendência. Alívio é o estado no qual o paciente tem satisfeita uma necessidade específica. Refere-se à satisfação de uma necessidade por meio do controle de fatores globais que produzem desconforto. O conforto como tranquilidade é definido como estado de calma ou satisfação sendo um estado mais duradouro e contínuo, de contentamento e bem-estar. O conforto como transcendência é compreendido como o nível mais elevado de conforto, a partir da satisfação de necessidades de educação e

Caring represents challenges to be overcome and involves long periods of time dedicated to the patient. Many caregivers become responsible for the care of the dependent elderly without any previous training, developing specific skills with daily practice, a fact that contributes to physical, financial adversities, mental and material risks. ⁽¹⁰⁾

The burden related to care comprises aspects and consequences in the lives of caregivers and has been related to the development of physical problems and fatigue, financial imbalance, family and occupational problems, as well as psychiatric symptoms, use of medications, social and emotional effects. ⁽¹¹⁾

The greater the patient's dependence, the more difficult the act of caring. By assuming this role, the caregiver is obliged to take responsibility for multiple functions and ends up giving up his own life to take care of the other, renouncing his physical and emotional needs. ⁽¹²⁾

Well-being is a complex construct related to a state of physical and emotional contentment – an optimal level of experience and functioning. This construct derives from two general perspectives: the eudemonic approach that focuses on meaning and self-realization, defining well-being as the level at which the person is fully functional, and the hedonic approach that arises associated with happiness and defines well-being as the personal search for pleasure and the escape from pain and suffering. ⁽¹³⁾

To understand well-being, it is necessary to consider that although people live in objectively defined environments, their evaluation of their own life is made subjectively, based on expectations, values, emotions and experiences. Thus, well-being, while an assessment of satisfaction with life is an important indicator of quality of life. ⁽¹⁴⁾

Thus, the demand for care for the dependent elderly means that attention should be turned, in the context of collective health, to family caregivers, understanding the physical, social and emotional barriers involved in the act of care, aiming to provide greater comfort and well-being and a lower burden on caregivers and for whom care is taken care of. ⁽¹⁵⁾

Comfort Theory and the well-being of the informal caregiver

The Comfort Theory was developed by American nurse Katherine Kolcaba. For the author, comfort is defined as a state of calm or satisfaction, which can be experienced through the satisfaction of three needs and four contexts of human experience. ⁽⁶⁾

The theoretical describes comfort existing in three forms, namely: relief, tranquility and transcendence. Relief is the state in which the patient has satisfied a specific need. It refers to the satisfaction of a need through the control of global factors that produce discomfort. Comfort as tranquility is defined as a state of calm or satisfaction being a more lasting and continuous state of contentment and well-being. Comfort as transcendence is understood as the highest level of comfort, from the satisfac-



motivação, para capacitar o cliente a desenvolver e adotar hábitos de vida saudáveis, para realizar suas atividades com a máxima independência possível. ⁽⁶⁾

Existem dezoito conceitos apresentados na Teoria do Conforto, estes vão desde a definição de conforto, aos pressupostos e proposições: conforto, alívio, tranquilidade, transcendência, contextos físico, psíquico, sociocultural, ambiental, medidas de conforto, necessidades de cuidados de saúde, comportamentos de busca em saúde, integridade institucional, variáveis intervenientes, comportamentos internos, comportamentos externos, morte pacífica, melhores práticas e melhores políticas. As necessidades, propostas por Kolcaba, são voltadas para o alívio, relaxamento e transcendência. Enquanto os contextos da experiência humana são definidos como: físico, psíquico, ambiental e sociocultural. ⁽⁶⁾

Kolcaba sustenta que em situações de cuidados de saúde estressantes, as necessidades de conforto são satisfeitas pelos enfermeiros. Assim, as necessidades de conforto devem ser identificadas e as intervenções de enfermagem têm como objetivo deslocar as tensões para um sentido positivo, por meio de forças facilitadoras ou estratégicas. ⁽¹⁶⁾

A prática de promover medidas de conforto é imprescindível ao cuidado humanizado e de qualidade ao paciente, no entanto muitas vezes é minimizada frente às tecnologias presentes em ambientes complexos. Ressalta-se sua relevância no restabelecimento da saúde do indivíduo, uma vez que é por meio de medidas de conforto que os enfermeiros e sua equipe promovem reforço, esperança, consolo, encorajamento e assistência de qualidade. Ainda, proporciona melhor interação enfermeiro-paciente, bem como, possibilita o estabelecimento de vínculo efetivo, traduzido pela confiança no profissional. ⁽¹⁷⁾

Kolcaba definiu os níveis de conforto que se podem atingir (alívio, tranquilidade e transcendência) e o contexto onde estes podem ocorrer ou ser percebidos pela pessoa e mediante essa análise construiu a estrutura taxonômica do conforto. ⁽⁶⁾

Ao identificarem as necessidades dos cuidadores, teorias, escalas e questionários têm sido utilizados no reconhecimento dos impactos adversos diante das atividades de cuidado e auxiliam os profissionais de saúde no planejamento de ações voltadas a essa população, com o intuito de melhorar a qualidade de vida de quem assume a função de cuidar e, conseqüentemente, pode aprimorar os cuidados dispensados aos familiares doentes. ⁽¹⁸⁾

Avaliação multidimensional sobre o bem-estar do cuidador informal

A partir da estrutura taxonômica do conceito de conforto, Kolcaba desenvolveu o General Comfort Questionnaire (GCQ), com itens que englobavam todas as combinações possíveis entre os três tipos de necessidades de conforto e os quatro contextos da experiência humana nos quais a satisfação dessas necessidades devem se manifestar. O instrumento foi testado por Kolcaba e Fox nos Estados Unidos em 51 pacientes e em seus cuidadores e apresentou forte fidedignidade e segurança, com índice alfa de Cronbach igual a 0,97, com uma ótima propriedade psicométrica. ⁽¹⁹⁾

tion of education and motivation needs, to enable the client to develop and adopt healthy life habits, to perform their activities with the maximum possible independence. ⁽⁶⁾

There are eighteen concepts presented in the Comfort Theory, from the definition of comfort, to the assumptions and propositions: comfort, relief, tranquility, transcendence, physical contexts, psychospiritual, sociocultural, environmental, comfort measures, health care needs, health search behaviors, institutional integrity, intervening variables, internal behaviors, external behaviors, peaceful death, best practices and best policies. The needs, proposed by Kolcaba, are geared towards relief, relaxation and transcendence. While the contexts of human experience are defined as: physical, psychospiritual, environmental and sociocultural. ⁽⁶⁾

Kolcaba argues that in stressful health care situations, comfort needs are resolved by nurses. Thus, comfort needs, must be identified and interventions must move problems in a positive direction, through facilitating or strategic forces. ⁽¹⁶⁾

The practice of promoting comfort measures is essential to humanized care, however, it is often minimized in the face of technologies in complex environments. For the restoration of the individual's health, through comfort measures, nurses and their team promote hope, comfort and quality care. It provides better nurse-patient interaction and enables the establishment of an effective relationship, translated by trust in the professional. ⁽¹⁷⁾

Kolcaba defined the levels of comfort that can be achieved (relief, tranquility and transcendence) and the context where these can occur or be perceived by the person and through this analysis built the taxonomic structure of comfort. ⁽⁶⁾

By identifying the needs of caregivers, theories, scales and questionnaires have been used to recognize adverse impacts on care activities and assist health professionals in planning actions aimed at this population, in order to improve the quality of life of those who assume the function of caring and, consequently, be able to improve the care provided to sick family members. ⁽¹⁸⁾

Multidimensional assessment on the well-being of informal caregivers

From the taxonomic structure of the concept of comfort, Kolcaba developed the General Comfort Questionnaire (GCQ), with items that encompassed all possible combinations between the three types of comfort needs and the four contexts of human experience in which the satisfaction of these needs must manifest. The instrument was tested by Kolcaba and Fox in the United States in 51 patients and their caregivers and presented strong reliability and safety, with Cronbach's alpha coefficient equal to 0.97, with an excellent psychometric property. ⁽¹⁹⁾

In a study with palliative care patients and their caregivers, which aimed to evaluate scales to measure comfort levels and psychometric properties, Novak and colleagues considered the GCQ as a useful option for assessing the comfort of patients and their companions, as well as for the develop-



Em pesquisa com pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores, que teve como objetivo avaliar escalas para medir os níveis de conforto e as propriedades psicométricas, Novak e colaboradores consideraram o GCQ como uma opção útil para avaliação do conforto de pacientes e seus acompanhantes, bem como para o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências. A utilização do GCQ possibilita identificar as necessidades de conforto dos cuidadores e assim, o planejamento de intervenções que possam satisfazê-las. ⁽²⁰⁾

Em um estudo de revisão crítica foram analisados alguns dos principais instrumentos padronizados e disponíveis na literatura utilizados para avaliar a qualidade de vida do cuidador de pacientes dependentes e apontou-se o GCQ, criado a partir da Teoria do Conforto, como uma ferramenta que possibilita a avaliação multidimensional sobre o bem-estar do cuidador. ⁽²¹⁾

Para Rezende e colaboradores o GCQ oferece uma oportunidade de ampliar o campo de pesquisa na área de cuidados, pois abrange várias dimensões, tais como o apoio social, a resolução de conflitos, o meio ambiente, as crenças espirituais e as expectativas. O mesmo acontece com outros fatores mais relacionados aos cuidadores, como o encorajamento, a necessidade de descanso e a socialização. ⁽²¹⁾

A maioria dos instrumentos padronizados para avaliar qualidade de vida do cuidador não aborda todas as dimensões (física, psicológica, social, ambiental, econômica e espiritual) dos cuidados que devem ser oferecidos aos pacientes. O GCQ é um dos poucos instrumentos que inclui questões relacionadas à espiritualidade e ao meio ambiente, indo de encontro à necessidade de avaliação multidimensional e oferecendo a possibilidade de ampliar as pesquisas nas áreas que envolvem também a saúde do cuidador. ⁽²²⁾

Esse instrumento foi traduzido e validado para o Brasil por Rezende e cols. no ano de 2005. Para garantir a confiabilidade da tradução do GCQ, foi utilizada a técnica de retro-tradução desenvolvida por Werner e Campbell, associada ao método bilíngue, que envolve mais de um tradutor, e o procedimento de pré-testagem, condições indispensáveis para uma tradução adequada. Foi mantido cuidado considerável para assegurar que a tradução atingisse um nível de uso habitual da linguagem, equivalente à fonte inicial e, ao mesmo tempo, compatível com a linguagem usada pelos sujeitos em questão, chegando-se a uma tradução consensual, na qual cada afirmação trouxesse o significado mais aproximado do questionário em Inglês. ⁽²¹⁾

O referido questionário foi utilizado no Brasil, pela primeira vez, junto a 133 cuidadores de pacientes internados na enfermaria oncológica de um hospital público, nos estudos de Rezende e colaboradores e recebeu o nome de Questionário de Avaliação do Bem-Estar Global (BEG). O Alpha de Cronbach, encontrado nesse estudo foi de 0,83, o que indica a adequação da escala e excelente consistência interna entre seus itens. ⁽²²⁾

O BEG consiste em um instrumento de autopreenchimento, mas que pode também ser aplicado pelo pesquisador. Contém 49 perguntas que são respondidas por meio de uma escala tipo Likert, com variação numérica de um a seis. Os números entre os dois extremos devem ser assinalados de acordo com o quão forte é a sensação/impressão sobre a disponibilidade ou não do recurso/condição. O escore final do BEG é construído como uma escala começando com 49 pontos, péssimo bem-estar, e finalizando com 294 pontos, excelente bem-estar. ⁽²¹⁾

ment of evidence-based interventions. The use of the GCQ is possible to identify the comfort needs of caregivers and thus, the planning of interventions that can satisfy them. ⁽²⁰⁾

In a critical review study, some of the main instruments available in the literature used to assess the quality of life of caregivers of dependent patients were analyzed and the GCQ, created from the Comfort Theory, was pointed out as a tool that enables multidimensional assessment of the caregiver's well-being. ⁽²¹⁾

For Rezende and collaborators, the GCQ offers an opportunity to expand the field of research in the area of care, as it covers several dimensions, such as social support, conflict resolution, the environment, spiritual beliefs and expectations. The same is true of other factors more related to caregivers, such as encouragement, the need for socialization. ⁽²¹⁾

Most available instruments to assess the caregiver's quality of life do not address all dimensions (physical, psychological, social, environmental, economic and spiritual) of the care that should be offered to patients. The GCQ is one of the few instruments that includes issues related to spirituality and the environment, meeting the need for multidimensional evaluation and offering the possibility of expanding research in areas that also involve caregiver health. ⁽²²⁾

This instrument was translated and validated for Brazil by Rezende et al. in 2005. To ensure the reliability of the translation of the GCQ, the back-translation technique developed by Werner and Campbell was used, associated with the bilingual method, which involves more than one translator, and the pre-testing procedure, indispensable conditions for an adequate translation. Considerable care was taken to ensure that the translation reached a level of habitual use of language, equivalent to the initial source and, at the same time, compatible with the language used by the subjects in question, reaching a consensual translation, in which each statement brought the most approximate meaning of the questionnaire in English. ⁽²¹⁾

This questionnaire was used in Brazil for the first time, with 133 caregivers of patients hospitalized in the oncologic ward of a public hospital, in the study of Rezende and collaborators and was named the Global Well-Being Assessment Questionnaire (BEG). Cronbach's Alpha, found in this study was 0.83, which indicates the adequacy of the scale and excellent internal consistency among its items. ⁽²²⁾

The BEG consists of a self-completed instrument, but can also be applied by the researcher. It contains 49 questions that are answered using a Likert scale, with numerical variation from one to six. The numbers between the two extremes should be marked according to how strong the feeling/impression is about the availability or not of the feature/condition. The final score of the BEG is constructed as a scale starting with 49 points, poor well-being, and finishing with 294 points, excellent well-being. ⁽²¹⁾

Other studies have also used the BEG and observed it as a support instrument in the planning of interventions, taking into account its multidimensional character and its applicability among informal caregivers. ⁽²³⁾



Outros estudos também se utilizaram do BEG e observaram-no como um instrumento de apoio no planejamento das intervenções de enfermagem, levando em consideração seu caráter multidimensional e sua aplicabilidade entre cuidadores informais.⁽²³⁾

Constatadas as necessidades não satisfeitas dos cuidadores, cabe aos enfermeiros definirem intervenções que possibilitem a satisfação dessas necessidades, considerando todas as variáveis e visando aumentar o conforto e bem-estar do cuidador, que se eleva na medida em que existe o compromisso do estabelecimento de comportamentos que melhorem a sua saúde, transcendam as barreiras existentes e estabeleçam uma relação de confiança e apoio emocional.

Considerações Finais

Promover bem-estar e conforto é conhecer todas as necessidades e contextos do indivíduo e proporcionar não apenas o conforto imediato, mas desenvolver estratégias, em conjunto com o sujeito, capazes de produzir efeitos em médio e longo prazo, bem como medidas de adequação que estimulem a pessoa em zelar pelo seu bem-estar.

Assim, identificar e estimular os fatores positivos e protetores relacionados ao processo de cuidar possibilita prevenir precocemente problemas de saúde dos familiares que cuidam e favorecem o plano de intervenções do enfermeiro que visa à melhoria do conforto e bem-estar dos cuidadores.

Questões para Reflexão

1. Comente sobre as principais consequências do cuidado ao idoso dependente na saúde física e emocional do cuidador informal.
2. Na sua opinião, como o enfermeiro pode atuar na promoção do conforto e do bem-estar do cuidador informal de idosos dependentes?

Referências

1. Barbosa KTF, Costa KNFM, Pontes MLF, Batista PSS, Oliveira FMRL, et al. Aging and individual vulnerability: a panorama of older adults attended by the family health strategy. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2020 May 29]; 26(2):e2700015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200306&lng=en&tlng=en
2. Kreuz G, Franco MHP. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento - Revisão Sistemática de Literatura. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2017 [cited 2020 May 29]; 69(2):168-186. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v69n2/12.pdf>

Once the needs of the caregivers are verified, nurses define interventions that enable the satisfaction of these needs, considering all variables and aiming to increase the comfort and well-being of the caregiver, which rises to the extent that there is a commitment to establish behaviors that improve their health, transcend existing barriers and establish a relationship of trust and emotional support.

Final Considerations

To promote well-being and comfort is to know all the needs and contexts of the individual and provide not only immediate comfort, but to develop strategies, together with the subject, capable of producing effects in the medium and long term, as well as adequacy measures that stimulate the person to ensure his/her well-being.

Thus, identifying and stimulating the positive and protective factors related to the care process makes it possible to prevent early health problems of family members who care for and favor the nurse's intervention plan aimed at improving the comfort and well-being of caregivers.

Questions For Reflection

1. Comment on the main consequences of care for dependent elderly people on the physical and emotional health of informal caregivers.
2. In your opinion, how can nurses act in promoting the comfort and well-being of the informal caregiver of dependent elderly?

References

1. Barbosa KTF, Costa KNFM, Pontes MLF, Batista PSS, Oliveira FMRL, et al. Aging and individual vulnerability: a panorama of older adults attended by the family health strategy. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2020 May 29]; 26(2):e2700015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200306&lng=en&tlng=en
2. Kreuz G, Franco MHP. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento - Revisão Sistemática de Literatura. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2017 [cited 2020 May 29]; 69(2):168-186. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v69n2/12.pdf>
3. Mocelin C, Silva TG, Celich K, Madureira VF, Souza SS, Colliselli L. The care of dependent elderly on the family context. *Rev Fun Care Online*. 2017 [cited 2020 May 29]; 9(4):1034-1039. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505754110021.pdf>



3. Mocelin C, Silva TG, Celich K, Madureira VF, Souza SS, Colliselli L. The care of dependent elderly on the family context. *Rev Fun Care Online*. 2017 [cited 2020 May 29]; 9(4):1034-1039. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505754110021.pdf>

4. Gonçalves LTH, Leite, MT, Hildebrandt LM, Bisogno, SC, Biasuz S, Falcade BL. Living together and family care at the fourth age: quality of life for seniors and their caregivers. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2013 [cited 2020 May 29]; 16(2):315-325. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgb/v16n2/11.pdf>

5. Instituto Brasileiro de Coaching. O que é wellness coaching. 2015 [cited 2020 May 29]. Available from: <http://www.ibccoaching.com.br/portal/coaching/o-que-e-wellness-coaching/>.

6. Kolcaba, K. *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer publishing company, Inc. 2003.

7. Moura MMD, Veras RP. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. *Revista de Saúde Coletiva*. 2017 [cited 2020 May 29]; 27(1): 19-39. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v27n1/0103-7331-physis-27-01-00019.pdf>

8. Rocha BMP, Pacheco JEP. Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Acta paul. enferm. [online]*. 2013 [cited 2020 May 29]; 26(1): 50-56. Available from: https://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/en_09.pdf

9. Brandão FSR, Costa BGS, Cavalcanti ZR, Bezerra MR, Alencar LCA, Leal MCC. Overload of elderly people caregivers assisted by a home care service. *Rev enferm UFPE on line*. 2017 [cited 2020 May 29]; 11(Suppl. 1):272-279. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11905/14385>

10. Oliveira MC, Boaretto ML, Vieira L, Tavares KO. Percepção do cuidador familiar de idosos dependentes sobre o papel do profissional da saúde em sua atividade. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2014 [cited 2020 May 29]; 35, (2): 81-90. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/semnabio/article/view/19157>

11. Wachholz PA, Santos RCC, Wolf LSP. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. *Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]*. 2013; [cited 2020 May 29]; 16(3): 513-526. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbgb/v16n3/v16n3a10.pdf>

12. Meneguim S, Ribeiro R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2016 [cited 2020 May 29]; 25(1): 1-7. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-777483>

13. Coelho do Vale R, Moreira I. *Estudo de Satisfação e Bem-estar à Sociedade Portuguesa. Observatório da Sociedade Portuguesa-Católica-Lisbon*, 2016.

14. Siqueira MMM, Padovam VAR. Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2008 [cited 2020 May 29]; 24(2): 201-209. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/09.pdf>

4. Gonçalves LTH, Leite, MT, Hildebrandt LM, Bisogno, SC, Biasuz S, Falcade BL. Living together and family care at the fourth age: quality of life for seniors and their caregivers. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2013 [cited 2020 May 29]; 16(2):315-325. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgb/v16n2/11.pdf>

5. Instituto Brasileiro de Coaching. O que é wellness coaching. 2015 [cited 2020 May 29]. Available from: <http://www.ibccoaching.com.br/portal/coaching/o-que-e-wellness-coaching/>.

6. Kolcaba, K. *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer publishing company, Inc. 2003.

7. Moura MMD, Veras RP. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. *Revista de Saúde Coletiva*. 2017 [cited 2020 May 29]; 27(1): 19-39. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v27n1/0103-7331-physis-27-01-00019.pdf>

8. Rocha BMP, Pacheco JEP. Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Acta paul. enferm. [online]*. 2013 [cited 2020 May 29]; 26(1): 50-56. Available from: https://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/en_09.pdf

9. Brandão FSR, Costa BGS, Cavalcanti ZR, Bezerra MR, Alencar LCA, Leal MCC. Overload of elderly people caregivers assisted by a home care service. *Rev enferm UFPE on line*. 2017 [cited 2020 May 29]; 11(Suppl. 1):272-279. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11905/14385>

10. Oliveira MC, Boaretto ML, Vieira L, Tavares KO. Percepção do cuidador familiar de idosos dependentes sobre o papel do profissional da saúde em sua atividade. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2014 [cited 2020 May 29]; 35, (2): 81-90. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/semnabio/article/view/19157>

11. Wachholz PA, Santos RCC, Wolf LSP. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. *Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]*. 2013; [cited 2020 May 29]; 16(3): 513-526. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbgb/v16n3/v16n3a10.pdf>

12. Meneguim S, Ribeiro R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2016 [cited 2020 May 29]; 25(1): 1-7. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-777483>

13. Coelho do Vale R, Moreira I. *Estudo de Satisfação e Bem-estar à Sociedade Portuguesa. Observatório da Sociedade Portuguesa-Católica-Lisbon*, 2016.

14. Siqueira MMM, Padovam VAR. Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2008 [cited 2020 May 29]; 24(2): 201-209. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/09.pdf>

15. Souza EM, Souza EN, Oliveira NA, Luchesi BM, Gratão ACM, Orlandi FS, Pavarini SCI. Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores. *Texto Contexto Enferm*. 2017 [cited 2020 May 29]; 26(3): 1-8. Available from: https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/en_0104-0707-tce-26-03-e6780015.pdf



15. Souza EM, Souza EN, Oliveira NA, Luchesi BM, Gratão ACM, Orlandi FS, Pavarini SCI. Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores. *Texto Contexto Enferm.* 2017 [cited 2020 May 29]; 26(3): 1-8. Available from: https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/en_0104-0707-tce-26-03-e6780015.pdf
16. Kolcaba K. The comfort line. 2012. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/>. cited 2020 May 29.
17. Pott FS, Stahlhoefer T, Felix JVC, Meier MJ. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Rev. bras. enferm.* 2013 [cited 2020 May 29]; 66(2): 174-179. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/04.pdf>
18. Almeida RR, Borges CD, Shuhama R. The process of caring for the elderly restricted at home: Perceptions of family caregivers. *Sau. & Transf. Soc.* 2016 [cited 2020 May 29]; 7(2):93-105. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4040/4551>
19. Kolcaba K, Fox C. The effects of guided imagery on comfort of women with early breast cancer undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Fórum.* 1999 [cited 2020 May 29]; 26(1): 67-72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9921569/>
20. Novak B, Kolcaba K, Steiner R, Dowd T. Measuring comfort in caregiver and patients during late end-of-life care. *Am J Hosp Palliat Care*, 2001 [cited 2020 May 29]; 18(3): 170-80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11406893/>
21. Rezende, VL, Derchain SM, Botega NJ, Via DL. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. *Rev Bras Cancerol.* 2005 [cited 2020 May 29]; 51(1): 79-87. Available from: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_51/v01/pdf/revisao5.pdf
22. Rezende VL, Derchain D, Botega NJ, Sarian LO, Vial DL, Morais SS, et al. Psychological assessment of the caregivers of women with cancer through the General Comfort Questionnaire. *Paidéia.* 2010 [cited 2020 May 29]; 20(46), 229-237. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n46/09.pdf>
23. Oliveira WT, Sales SA, Fernandes CAM, Haddad MCL. Avaliação do bem-estar de cuidadores familiares de adultos com neoplasia maligna no âmbito domiciliar. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2015 [cited 2020 May 29]; 17(2): 340-349. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/28714>

16. Kolcaba K. The comfort line. 2012. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/>. cited 2020 May 29.
17. Pott FS, Stahlhoefer T, Felix JVC, Meier MJ. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Rev. bras. enferm.* 2013 [cited 2020 May 29]; 66(2): 174-179. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/04.pdf>
18. Almeida RR, Borges CD, Shuhama R. The process of caring for the elderly restricted at home: Perceptions of family caregivers. *Sau. & Transf. Soc.* 2016 [cited 2020 May 29]; 7(2):93-105. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4040/4551>
19. Kolcaba K, Fox C. The effects of guided imagery on comfort of women with early breast cancer undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Fórum.* 1999 [cited 2020 May 29]; 26(1): 67-72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9921569/>
20. Novak B, Kolcaba K, Steiner R, Dowd T. Measuring comfort in caregiver and patients during late end-of-life care. *Am J Hosp Palliat Care*, 2001 [cited 2020 May 29]; 18(3): 170-80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11406893/>
21. Rezende, VL, Derchain SM, Botega NJ, Via DL. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. *Rev Bras Cancerol.* 2005 [cited 2020 May 29]; 51(1): 79-87. Available from: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_51/v01/pdf/revisao5.pdf
22. Rezende VL, Derchain D, Botega NJ, Sarian LO, Vial DL, Morais SS, et al. Psychological assessment of the caregivers of women with cancer through the General Comfort Questionnaire. *Paidéia.* 2010 [cited 2020 May 29]; 20(46), 229-237. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n46/09.pdf>
23. Oliveira WT, Sales SA, Fernandes CAM, Haddad MCL. Avaliação do bem-estar de cuidadores familiares de adultos com neoplasia maligna no âmbito domiciliar. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2015 [cited 2020 May 29]; 17(2): 340-349. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/28714>



CAPÍTULO 15

CUIDAR DE SI E DO OUTRO: IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL DE CUIDADORES DE IDOSOS

Sarah Giulia Bandeira Felipe¹
Camila Evangelista de Sousa Oliveira²
Marina de Meneses Silva³
Cynthia Roberta Dias Torres Silva⁴
Khelyane Mesquita Carvalho⁵
Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁶

Considerações iniciais

O progressivo crescimento do número de idosos acompanhado por mudanças significativas no perfil epidemiológico acentua a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁽¹⁾, que somadas às alterações ocasionadas pelo próprio envelhecimento resulta em indivíduos com limitações e incapacidade funcional⁽²⁾. Essa conjuntura apresenta-se como uma temática contemporânea de relevância, uma vez que acentua a demanda de cuidados prolongados na modalidade domiciliar e impulsiona a necessidade de um cuidador⁽³⁾.

O cuidador é conceituado como o indivíduo que oferece apoio físico, emocional e auxílio nas tarefas de autocuidado e de interação social⁽⁴⁾. No Brasil, a atividade do cuidador de idosos é regulamentada por meio da Portaria n. 1.395/99 do Ministério da Saúde que dispõe que o cuidador de idoso, membro ou não da família, é aquele que, com ou sem recebimento de salário, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, a exemplo de alimentação, higiene pessoal, medicação rotineira, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano, tais como idas aos bancos ou farmácias⁽⁵⁾.

Para a compreensão da atividade do cuidar, faz-se necessária a distinção entre os cuidadores primários, secundários e terciários. Os cuidadores primários são aqueles que executam a maioria das tarefas e possuem o maior nível de responsabilidade e decisão; os cuidadores secundários atuam ape-

1 Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil

2 Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

3 Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

4 Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem. Mestre em Enfermagem – UFPI. Universidade Federal do Pernambuco. Teresina, Piauí, Brasil

5 Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem. Doutora em Enfermagem – UFPI. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí – Brasil.

6 Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem. Doutora em Enfermagem – UFPI. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí – Brasil.

CHAPTER 15

CARING FOR ONESELF AND FOR OTHERS: IMPLICATIONS FOR THE MENTAL HEALTH OF CAREGIVERS OF OLDER PEOPLE

Sarah Giulia Bandeira Felipe¹
Camila Evangelista de Sousa Oliveira²
Marina de Meneses Silva³
Cynthia Roberta Dias Torres Silva⁴
Khelyane Mesquita Carvalho⁵
Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁶

Initial considerations

The progressive growth in the number of older people accompanied by significant changes in the epidemiological profile accentuates the prevalence of chronic non-communicable diseases (NCDs)⁽¹⁾. This situation allied to the changes caused by aging itself results in individuals with limitations and functional disability⁽²⁾. This situation represents a contemporary theme of relevance, since it increases the demand for long-term care in the home-based modality and drives the need for caregivers⁽³⁾.

Caregivers are defined as individuals who offer physical, emotional support and assistance in tasks of self-care and social interaction⁽⁴⁾. In Brazil, the activities of caregivers of older people are regulated through Ordinance 1,395/99 of the Ministry of Health, which establishes that these caregivers, whether family members or not, are people who take care of sick or dependent elders in the exercise of their daily activities, such as feeding, personal hygiene, routine medication, visits to health services or other essential services in daily life, such as trips to banks or pharmacies, developing these activities either as a paid or unpaid work⁽⁵⁾.

In order to understand the caregiving activity, it is necessary to distinguish between primary, secondary and tertiary caregivers. Primary caregivers are those who perform most tasks and have the highest level of responsibility and decision; secondary caregivers work only in intermittent periods and do not have the same level of responsibility as primary caregivers; tertiary caregivers, on the other

1 Nurse. Federal University of Piauí. Teresina, Piauí, Brazil.

2 Nurse. Federal University of Piauí. Teresina, Piauí, Brazil.

3 Nurse. Federal University of Piauí. Teresina, Piauí, Brazil.

4 Nurse. Professor of the Nursing course. Master in Nursing - UFPI. Federal University of Pernambuco. Teresina, Piauí, Brazil.

5 Nurse. Professor of the Nursing course. PhD in Nursing - UFPI. Federal University of Piauí. Teresina, Piauí, Brazil.

6 Nurse. Professor of the Nursing course. PhD in Nursing - UFPI. Federal University of Piauí. Teresina, Piauí, Brazil.



nas em períodos intermitentes e não possuem o mesmo nível de responsabilidade que os anteriores; já os cuidadores terciários são auxiliares, substituindo o cuidador primário por curtos períodos, de forma eventual e, geralmente, realizam tarefas específicas não diretamente ligadas ao próprio cuidado⁽⁶⁾.

A presença de dois ou mais cuidadores configura-se como um efeito protetor face ao aparecimento de sobrecarga, principalmente ao nível da redução da intensidade do cuidar, favorecendo a possibilidade de desempenhar outras atividades, minimizando as limitações sociais e permitindo o compartilhamento dos problemas e das necessidades daquele que é cuidado⁽⁷⁾ o que impacta na auto-percepção da sua saúde e qualidade de vida (QV)⁽⁸⁾.

Estudo realizado por Jesus e seus colaboradores (2018) com 86 cuidadores de idosos em um município do interior Paulista evidenciou perfil sociodemográfico predominante de pessoas do sexo feminino, casados, de baixa escolaridade e poder econômico. Do mesmo modo, estudo desenvolvido com 81 cuidadores em um município do Rio de Janeiro identificou prevalência de cuidadores do sexo feminino, com renda entre 1 e 3 salários mínimos, e que coabitavam com o idoso⁽⁹⁻¹¹⁾.

Nessa perspectiva, a prática do cuidado a idosos no Brasil é geralmente desempenhada em caráter informal, por um familiar, vizinho ou voluntário, sem treinamento específico e vínculo empregatício. Logo, o principal elemento de suporte ao idoso é a família e isto se justifica pela proximidade física e por uma questão cultural^(12,13).

A presença da família é regulamentada pelo artigo 230 da Constituição Federal, o qual confere, “à família, à sociedade e ao Estado o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Logo, o contexto familiar é tido como o cenário apropriado para a dispensação de cuidados ao idoso, visto que, há uma relação de afetividade entre os entes que interfere positivamente no cuidado prestado⁽¹⁴⁾.

A atividade de cuidar gera sentimentos subjetivos baseados nas crenças e valores de cada família. Essa subjetividade apresenta-se com aspectos positivos relacionadas ao sentimento de dever cumprido, de auto-satisfação e reciprocidade, como também em aspectos negativos referentes à sobrecarga, conflitos familiares, insegurança, sentimento de culpa, raiva, tristeza, cansaço, ansiedade e desespero⁽¹⁵⁾.

Em contrapartida, a família deve receber suporte de profissionais da saúde, em especial dos enfermeiros, que possuem habilidades para identificar situações de vulnerabilidade e são capazes de realizar intervenções para aprimorar e qualificar o cuidado realizado⁽¹⁶⁾. A ausência de treinamento e capacitação de cuidadores familiares favorece o aparecimento de sentimentos negativos, insegurança e estresse frente a inaptidão para a execução de cuidados no domicílio⁽¹⁷⁾.

Ressalta-se ainda, que o cuidador geralmente presta cuidados de maneira ininterrupta ao idoso, não dispondo de tempo para suas atividades recreativas e de autocuidado. Em virtude disso, normalmente manifestam sintomas de sobrecarga que podem comprometer a qualidade do cuidado prestado. Essa conjuntura altera o estilo de vida do cuidador, para suprir as necessidades do idoso, e

hand, are helpers, substituting the primary caregiver during short, occasional periods, and usually perform specific tasks not directly linked to care itself⁽⁶⁾.

The presence of two or more caregivers has a protective effect against the appearance of overload, mainly because it reduces the intensity of the caregiving activity and favors the possibility of performing other activities. This way, social limitations are minimized and the responsibility with the problems and needs of the care recipient are shared⁽⁷⁾, causing an impact on the self-perception of health and quality of life (QoL) of caregivers⁽⁸⁾.

A study carried out by Jesus and collaborators (2018) with 86 caregivers of older people in a municipality in the countryside of São Paulo showed a predominant sociodemographic profile of female caregivers, married, with low education and low economic power. Likewise, a study developed with 81 caregivers in a city in Rio de Janeiro identified a prevalence of female caregivers, with an income between 1 and 3 minimum wages, and who lived with the older person⁽⁹⁻¹¹⁾.

In this perspective, the practice of caring for an elderly person in Brazil is generally performed informally, by a family member, neighbor or volunteer, without specific training and employment. Thus, the main element of support for older people is the family and this is justified by the physical proximity and cultural reasons^(12,13).

The presence of the family is regulated by article 230 of the Federal Constitution, which attributes to “the family, society and the State the duty to support the elderly, ensuring their participation in the community, defending their dignity and well-being, and ensuring the right to life”. Thus, the family context is seen as the appropriate scenario for the provision of care to older people, since there is an affective relationship between people which positively interferes with the care provided⁽¹⁴⁾.

The caregiving activity generates subjective feelings based on the beliefs and values of each family. This subjectivity presents itself with positive aspects related to the feeling of accomplishment, self-satisfaction and reciprocity, but also negative aspects related to overload, family conflicts, insecurity, guilt, anger, sadness, tiredness, anxiety and despair⁽¹⁵⁾.

On the other hand, the family must receive support from health professionals, especially nurses, who have the ability to identify situations of vulnerability and are able to perform interventions to improve and qualify the care provided⁽¹⁶⁾. The absence of training and qualification of family caregivers favors the appearance of negative feelings, insecurity and stress in face of the inability to perform home care⁽¹⁷⁾.

It should also be noted that caregivers generally provide care to older people uninterruptedly, and because of that, they lack time for their recreational and self-care activities. As a result, they usually manifest symptoms of overload that can compromise the quality of the care provided. This situation alters the lifestyle of caregivers to meet the needs of the elderly and has a negative effect on their own health^(18,19), resulting in physical and emotional disorders, as well as situations of conflict, tension, social isolation and prolonged state^(20,21).



repercute negativamente na sua saúde^(18,19), acarretando em desordens físicas e emocionais, bem como situações de conflito, tensões, isolamento social e estado de estresse prolongado^(20,21).

Objetivos

Neste capítulo o leitor poderá refletir sobre a ocupação do cuidador, suas distinções e sua importância frente à saúde integral do idoso. Além disso, poderá compreender as principais implicações na atividade do cuidar e suas consequências para a saúde mental.

Um olhar sobre a saúde mental de cuidadores de idosos

A prestação de cuidados ao idoso tem se tornado uma tarefa comum na sociedade, principalmente em virtude do crescimento populacional e do aparecimento das doenças crônico-degenerativas, entretanto, quando exercida a longo tempo tem sido encarada como uma árdua tarefa, podendo trazer impactos negativos à saúde mental dos cuidadores⁽²²⁾.

A saúde mental é considerada como a habilidade do ser humano em se situar em três eixos, nos quais estão: a relação consigo próprio, na relação com os outros e na relação com a vida, refere-se, portanto, a um sentimento de bem-estar centrado na harmonia intrínseca do indivíduo. A literatura evidencia que esse aspecto está ligado a fatores e experiências individuais, interações sociais, estruturas e recursos da sociedade e valores culturais, e é experimentada como parte da vida cotidiana normal. Os problemas da saúde mental estão correlacionados com o stress pessoal e podem apresentar-se temporariamente como falta de motivação, dificuldades de concentração e aborrecimento⁽²³⁾.

O cuidar do idoso, especialmente daqueles em condição de dependência, pode afetar o funcionamento harmonioso do organismo do cuidador, com o surgimento de doenças mentais, que podem se manifestar através de uma variedade de sintomas de diferentes intensidades e durações, resultando numa multiplicidade de desfechos negativos⁽²⁰⁾.

O processo de cuidar acarreta, ainda, diversas adaptações físicas, sociais, cognitivas e emocionais, podendo se revelar um processo difícil, desgastante ou mesmo comprometer o bem-estar do cuidador. As implicações maiores são impostas ao cuidador informal por se deparar confrontado por uma situação que não lhe propicia escolha e por estar vinculado a valores culturais e afetivos⁽¹⁵⁾.

Desse modo, a diminuição do tempo para cuidar de si compromete diretamente a qualidade das suas relações sociais, ocasionando diminuição dos contatos e isolamento, o que coloca o cuidador em uma situação de fragilidade emocional e maior vulnerabilidade a perturbações de cunho mental, acarretando em problemas relacionados à saúde. Dentre os problemas enfrentados destacam-se: alte-

Objectives

In this chapter, the reader will be able to reflect on the caregivers' occupation, its distinctions and its importance in relation to the comprehensive health of the elderly. In addition, the reader will be able to understand the main implications for the caregiving activity and its consequences on mental health.

A look at the mental health of caregivers of older people

The provision of care to older people has become a common task in society, mainly due to the population growth and the appearance of chronic-degenerative diseases. However, when exercised for a long time, caregiving has been seen as an arduous task, which can bring negative impacts on the mental health of the caregivers⁽²²⁾.

Mental health is considered to be the ability of the human being situated in three axes, namely: the relationship with self, relationship with others, the relationship with life. Mental health therefore refers to a feeling of well-being focused on the intrinsic harmony of the individual. The literature shows that this aspect is linked to individual factors and experiences, social interactions, structures and resources of society and cultural values, and is experienced as part of normal everyday life. Mental health problems are correlated with personal stress and can temporarily be manifested as lack of motivation, difficulties in concentration and boredom⁽²³⁾.

Caring for older people, especially those in conditions of dependence, can affect the harmonious functioning of the caregiver's body. Mental illnesses may appear and be manifested through a variety of symptoms of different intensities and durations, resulting in a multiplicity of negative outcomes⁽²⁰⁾.

The care process also causes several physical, social, cognitive and emotional adaptations, which may prove to be a difficult, exhausting process or even compromise the caregiver's well-being. Greater implications are imposed on the informal caregivers because they face a situation which does not give them choice and because it is linked to cultural and affective values⁽¹⁵⁾.

Thus, the decreased time for self-care directly compromises the quality of their social relationships, causing a decrease in contacts and isolation, taking caregivers to a situation of emotional fragility and greater vulnerability to mental disorders, leading to health problems. Among the problems faced, the following stand out: altered sleep, high level of stress, decreased social bonds, dissatisfaction with current life, presence of chronic diseases, and musculoskeletal disorders⁽²⁴⁾.



ração do sono, nível elevado de estresse, diminuição dos vínculos sociais, insatisfação com a vida atual, presença de doenças crônicas e distúrbios músculo-esqueléticos⁽²⁴⁾.

Ressalta-se que a saúde mental de cuidadores se associa diretamente ao grau de dependência do idoso cuidado, bem como das particularidades e necessidades apresentadas em cada caso. A dependência no idoso pode ser completa, em que há comprometimento de todas as funções influenciadas pela cultura e aprendizado e, também, das funções vegetativas simples, incluindo a capacidade de alimentar-se sozinho ou incompleta, na qual se observa o comprometimento de uma das funções vegetativas simples - transferência e/ou continência -, além de, por decorrência lógica, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro)⁽²⁵⁾.

Mendes e seus colaboradores (2019), desenvolveram um estudo com 208 cuidadores informais de idosos na cidade de Teresina-PI para avaliar a sobrecarga física, emocional e social e identificaram que a média total de sobrecarga foi de 71,7 ($\pm 26,3$) entre os cuidadores e que existe uma relação significativa entre a sobrecarga percebida pelo cuidador e as características, sociodemográficas, clínicas e as características da própria atividade. De forma semelhante, Kobayasi et al., 2019 realizaram uma pesquisa em São Paulo com 94 idosos e seus cuidadores informais e evidenciaram uma associação entre a sobrecarga do cuidador e a dependência do idoso para as atividades instrumentais da vida diária, estresse emocional e o domínio interação social^(26,27).

Outros autores também, como Santana e sua equipe (2018), constataram que existem níveis de sobrecarga relacionados ao cuidado prestado ao idoso com dependência funcional no município de Caculé-BA. Este, fornece uma relação positiva entre a dependência funcional de idosos e maior sobrecarga do cuidador, fato este que pode ser explicado pelo desgaste físico e emocional, falta de apoio familiar, a perda da identidade do cuidador, e principalmente pela multiplicidade de tarefas que devem ser executadas para manutenção da saúde do idoso⁽²⁸⁾.

Desse modo, a responsabilidade de cuidar de um idoso com dependência desencadeia elevada tensão no seu papel devido à constante alternância de sentimentos. Impotência, solidão, falta de apoio tecnológico, emocional, físico e social, além da incapacidade de cumprir suas obrigações e a falta de preparo em assistir ao idoso podem ocasionar ao cuidador adoecimento e inabilidade para a função⁽²⁹⁾.

Pesquisas nacionais apontam para efeitos negativos sobre a saúde física e mental do cuidador, em que se constata uma maior prevalência de transtornos psiquiátricos, maior incidência no uso de medicações psicotrópicas, doenças somáticas, isolamento social, estresse pessoal, sentimento de responsabilidade e dever para o exercício da função e entre outros^(28,29).

Esses efeitos referem-se a ônus físico e financeiro; falta de informações sobre a doença e atitudes de manejo com o idoso; sentimentos negativos em relação ao idoso e do idoso em relação ao cuidador; falta de reconhecimento pelos familiares sobre o trabalho exercido pelo cuidador e inversão de papéis⁽²⁸⁾.

Logo, em virtude da tensão e da natureza repetitiva e contínua, o ato de cuidar corrobora para o aparecimento de distúrbios neuropsiquiátricos, como a ansiedade e depressão. A primeira, é carac-

It is noteworthy that the mental health of the caregiver is directly associated with the degree of dependence of the elderly care recipient, as well as with the particularities and needs present in each case. Dependence in the elderly can be total - when there is a compromise of all functions influenced by culture and learning, and also of simple vegetative functions, including the ability to eat alone - or partial - when there is impairment of one of the simple vegetative functions, such as transference and/or continence, and for logical reasons, bathing, dressing, and using the bathroom⁽²⁵⁾.

Mendes and collaborators (2019) developed a study with 208 informal caregivers of older people in the city of Teresina-PI to assess the physical, emotional and social burden and identified that the total average burden among caregivers was 71.7 (± 26.3) and that there was a significant relationship between the burden perceived by caregivers and sociodemographic, clinical and caregiving characteristics. Similarly, Kobayasi et al. (2019) conducted a survey in São Paulo with 94 elderly people and their informal caregivers and showed an association between caregiver's burden and the elderly's dependence on instrumental activities of daily living, emotional stress and social interaction^(26,27).

Other authors, such as Santana and his team (2018), found that there are levels of burden related to the care provided to older people with functional dependence in the municipality of Caculé-BA. This study showed a positive relationship between the elderly's functional dependence and greater caregiver's burden, a fact that can be explained by physical and emotional stress, lack of family support, loss of identity on the part of the caregiver, and mainly the multiplicity of tasks that must be carried out in order to maintain the health of the older person⁽²⁸⁾.

Thus, the responsibility of caregivers to care for a dependent elderly person triggers high tension in their role due to the constant alternation of feelings. Impotence, loneliness, lack of technological, emotional, physical and social support, in addition to the inability to fulfill their obligations and the lack of preparation to assist the elderly can cause illnesses in the caregivers and inability to play the function⁽²⁹⁾.

National surveys point to negative effects on the caregivers' physical and mental health, in which there is a higher prevalence of psychiatric disorders, greater incidence of use of psychotropic medications, somatic diseases, social isolation, personal stress, feeling of responsibility and duty towards the exercise of the function, among others^(28,29).

These effects refer to physical and financial burden; lack of information about the disease and management attitudes towards the elderly; negative feelings of the caregiver towards the older person and vice versa; lack of recognition by family members about the work performed by the caregivers; and change of roles⁽²⁸⁾.

Therefore, due to the tension and the repetitive and continuous nature of the work, the caregiving act corroborates with the appearance of neuropsychiatric disorders such as anxiety and depression. The first is characterized by excessive worry, fatigue, irritability, insomnia, and tachycardia, among



terizada pela preocupação excessiva, fadiga, irritabilidade, insônia, taquicardia e entre outros sintomas que podem interferir na qualidade do sono, na atenção e concentração. E a segunda, é classificada com um transtorno de humor, em que o indivíduo costuma apresentar sintomas de tristeza profunda, falta de apetite, perda da energia, sentimento de culpa, desesperança, perda do prazer em coisas que antes eram prazerosas e ainda pensamentos de morte e suicídio. Comumente, a depressão e a ansiedade apresentam-se concomitantes, potencializando o esgotamento psíquico^(8,22).

Somado a isto, os cuidadores experimentam níveis variados de estresse, que pode ser conceituado como uma reação do organismo que pode gerar comprometimentos físicos, psicológicos e afetar, especialmente, as pessoas que se encontram em situações de potencial e constante tensão, tais como os cuidadores⁽²⁶⁾.

Como identificar sinais e sintomas de alterações psíquicas em cuidadores de idosos?

Conhecer o universo dos cuidadores é de suma importância, assim como seu relacionamento com o idoso. Evidencia-se a necessidade de ampliação de estratégias que tenham o cuidador como sujeito principal e o desenvolvimento de estudos voltados para reconhecimento das demandas dos cuidadores familiares, criação de uma rede de suporte e amparo a esses cuidadores, além da (re) elaboração de políticas públicas de saúde voltada ao público idoso⁽¹⁸⁾.

Destaca-se ainda que o cuidador de idoso, quando comparado a um indivíduo não cuidador, está mais vulnerável a adquirir determinadas doenças, dentre as quais realça-se: tristeza, choro, sobrecarga, redução do prazer e fala de vontade, diminuição da autoconfiança, irritação, desânimo, dificuldade em relacionar-se com outras pessoas, e diminuição da autonomia. Visto isso, ressalta-se a atuação dos enfermeiros como profissionais habilitados na prevenção, diagnóstico e tratamento desses sintomas, por meio de uma assistência integral e terapêutica que contemple ações de promoção e reabilitação em saúde⁽¹⁹⁾.

Para isto, alguns instrumentos que podem ser utilizados no rastreio desses sintomas, entre eles o Inventário da Depressão de Beck (BDI) e o Inventário da Ansiedade de Beck (BAI).

O um instrumento de avaliação de sintomas característicos de ansiedade foi criado por Beck e colaboradores em 1988 e traduzido e validado Gorenstein e Andrade (1996) para medir a intensidade de sintomas de ansiedade. É composto por 21 questões que refletem manifestações somáticas, cognitivas e afetivas características de ansiedade e refere-se aos sintomas que incomodaram o indivíduo na última semana. Cada questão pode ser pontuada em quatro níveis de ansiedade em uma escala Likert que varia de 0 a 3, com escore total variando de 0 a 63. O nível de ansiedade é classificado em ansiedade normal quando o escore total varia entre 0 e 9 pontos, ansiedade leve a moderada quando se obtém escore total entre 10 e 18 pontos, ansiedade moderada a severa quando varia de 19 a 29 pontos e ansiedade severa de 30 a 63 pontos⁽³⁰⁾.

other symptoms that can interfere with sleep quality, attention and concentration. And depression is classified as a mood disorder, in which the individual usually presents symptoms of deep sadness, lack of appetite, loss of energy, feeling of guilt, hopelessness, loss of pleasure in things that were pleasurable in former times, and suicidal and death ideation. Depression and anxiety are commonly concomitant, potentiating psychological exhaustion^(8,22).

Caregivers also experience varying levels of stress, which can be conceptualized as a reaction of the body that generates physical and psychological impairments and especially affects people who are in situations of potential and constant tension, such as caregivers⁽²⁶⁾.

How to identify signs and symptoms of psychic changes in caregivers of older people?

Knowing the universe of caregivers as well as their relationship with the elderly is of paramount importance. It is evident that there is a need to expand strategies that have caregivers as main subjects and develop studies aimed at recognizing the demands of family caregivers, creating a support network for them, in addition to the (re)elaboration of public health care policies aimed at the elderly public⁽¹⁸⁾.

It is also noteworthy that caregivers of older people are more vulnerable to certain diseases when compared to non-caregivers, among which the psychiatric ones stand out. The appearance of the following symptoms is frequent: sadness, crying, overload, reduced pleasure, and lack of willingness, decreased self-confidence, irritation, discouragement, difficulty in relating to other people, and decreased autonomy. In view of this, the role of nurses stands out as qualified professionals in the prevention, diagnosis and treatment of these symptoms, through comprehensive and therapeutic assistance that includes health promotion and rehabilitation actions⁽¹⁹⁾.

For this, some instruments can be used to screen these symptoms, including the Beck Depression Inventory (BDI) and the Beck Anxiety Inventory (BAI).

The instrument for assessing trait anxiety symptoms was created by Beck and collaborators in 1988 and translated and validated by Gorenstein and Andrade (1996) to measure the intensity of the symptoms. The instrument consists of 21 questions that reflect somatic, cognitive and affective manifestations of trait anxiety and refer to the symptoms that bothered the individual in the last week. Each question can be scored on a four-level Likert scale ranging from 0 to 3, with a total score ranging from 0 to 63. The level of anxiety is classified into normal, when the total score lies between 0 and 9 points; mild to moderate when it lies between 10 and 18 points; moderate to severe when it lies between 19 and 29 points; and severe when it lies between 30 and 63 points⁽³⁰⁾.



Já o inventário para avaliação dos sintomas de depressão foi criado em 1961 por Beck e colaboradores e objetiva medir as manifestações comportamentais e avaliar a intensidade da depressão. Constitui-se de 21 itens, cada um contendo quatro alternativas que expressam níveis de gravidade dos sintomas depressivos em relação a última semana, podendo variar de 0 a 63. O escore para cada categoria varia de zero a três, em que zero representa a ausência de sintomas depressivos e três a presença de sintomas intensos, em que o indivíduo assinala apenas uma das alternativas. Utilizar-se-á a seguinte categorização para avaliar os sintomas de depressão: Escores de 0 a 14 – sem sintomas de depressão; escores de 15 a 19 – sintomas de disforia; escores 20 ou mais – sintomas de depressão, utilizada anteriormente em outros estudos brasileiros⁽³⁰⁾.

Quadro 1. Instrumentos para avaliação da depressão e ansiedade, segundo Beck.

INSTRUMENTO	OBJETIVO	PONTOS DE CORTE
Inventário da Depressão de Beck (BDI)	Avaliar a presença de sintomas de depressão por meio de 21 questões que contemplam os seguintes domínios: tristeza, desânimo, fracasso, prazer, culpa, punição, decepção, inferioridade, suicídio, choro, irritação, interesse, autonomia, autopercepção, desempenho, sono e repouso, cansaço, apetite, emagrecimento, preocupação e libido	Depressão mínima: < 10 pontos. Depressão leve a moderada: 10 a 18 pontos. Depressão moderada a grave: 19 a 29 pontos. Depressão grave: 30 a 63 pontos.
Inventário da Ansiedade de Beck (BAI)	Avaliar a presença de sintomas de ansiedade através de 21 questões constituídas pelas seguintes dimensões: adormecimento, calor, tremores, em membros inferiores, tensão, medo do pior, tontura, taquicardia, desequilíbrio, terror, nervosismo, sufocação, tremores em membros superiores, tremura, medo, asfixia, medo da morte, susto, azia, desmaio, abrasão, perspiração	Ansiedade normal: 0 a 9 pontos. Ansiedade leve a moderada: 10 a 18 pontos. Ansiedade moderada a severa: 19 a 29 pontos. Ansiedade severa: 30 a 63 pontos

Fonte: (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996)

A utilização de instrumentos de avaliação, validados para a população brasileira, possibilitam melhorias tanto para os cuidadores como também para os pacientes, já que a ausência de sobrecarga

The inventory for assessing symptoms of depression was created in 1961 by Beck and collaborators and aims to measure behavioral manifestations and assess the intensity of depression. It consists of 21 items, each containing four alternatives that express levels of severity of depressive symptoms in relation to the last week, ranging from 0 to 63. The score for each category varies from zero to three, where zero represents absence depressive symptoms and three represents presence of intense symptoms, in which the individual indicates only one of the alternatives. The following categorization is used to assess symptoms of depression: scores from 0 to 14 - no symptoms of depression; scores from 15 to 19 - symptoms of dysphoria; scores of 20 or more - symptoms of depression, previously used in other Brazilian studies⁽³⁰⁾.

Box 1. Instruments for assessing depression and anxiety according to Beck.

INSTRUMENT	OBJECTIVE	CUT-OFF POINTS
Beck Depression Inventory (BDI)	To assess the presence of symptoms of depression through 21 questions covering the following domains: sadness, discouragement, failure, pleasure, guilt, punishment, disappointment, inferiority, suicide, crying, irritation, interest, autonomy, self-perception, performance, sleep and rest, tiredness, appetite, weight loss, worry and libido.	Minimal depression: <10 points; Mild to moderate depression: 10 to 18 points; Moderate to severe depression: 19 to 29 points; Severe depression: 30 to 63 points.
Beck Anxiety Inventory (BAI)	To assess the presence of symptoms of anxiety through 21 questions covering the following dimensions: sleep, sensation of heat, tremors in lower limbs, tension, fear of the worst, dizziness, tachycardia, lack of balance, dread, nervousness, suffocation, tremors in upper limbs, trembling, fear, choking, fear of death, fright, heartburn, fainting, abrasion, perspiration	Normal anxiety: 0 to 9 points; Mild to moderate anxiety: 10 to 18 points; Moderate to severe anxiety: 19 to 29 points; Severe anxiety: 30 to 63 points; Normal anxiety: 0 a 9

Source: (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996)

The use of assessment instruments validated for the Brazilian population allows improvements for both caregivers and patients, since the absence of burden and discomfort for caregivers allow care to be developed more efficiently, with appropriate and safe practices⁽²⁴⁾.



e desconfortos do cuidador possibilitará que o cuidado seja desenvolvido de forma mais eficiente, com práticas adequadas e seguras⁽²⁴⁾.

Considerações finais

A rotina diária do cuidador, na maioria das vezes, é composta por um excesso de atividades específicas e trabalhosas que demandam tempo e esforço físico, impondo níveis variados de sobrecarga e restrição de tempo para manter seu autocuidado e relações sociais. Esse contexto pode favorecer o aparecimento de distúrbios de ordem física e mental, sinalizando risco em potencial ao cuidado prestado e à saúde do cuidador.

No Brasil, o perfil do cuidador se constitui predominantemente por uma rede autônoma e desintegrada dos serviços de saúde, carente de orientações e suporte dos profissionais de saúde, com problemas nos âmbitos emocionais, pessoais e interpessoais, de apoio econômico, de apoio prático-instrumental, de orientação e percepção de recursos para responder às demandas do cuidado.

A permanência do idoso no seu domicílio é importante para mantê-lo estimulado pela vida, diminuindo as dificuldades e os limites impostos pela idade avançada. O bem-estar do idoso dependerá de retaguarda familiar, uma vez que esta continua sendo a principal fonte de sustento e cuidado em todo o mundo. Portanto, é mister a relevância do estabelecimento da tríade família, equipe e cuidador, compartilhando saberes, poderes e responsabilidades, atuando como importante dispositivo facilitador para promoção da saúde.

Dessa forma, evidencia-se necessidade de atenção aos aspectos da saúde mental de cuidadores de idosos, bem como uma reestruturação na capacitação desses indivíduos que possa interferir positivamente na sua QV.

Em suma, essa problemática sucinta a operacionalização de maiores pesquisas, investigações e estudos relacionados aos cuidadores familiares, sua realidade, qualidade e condições de vida, de modo que, possam subsidiar os profissionais de saúde no auxílio a estes indivíduos, além de direcionar o desenvolvimento de políticas públicas que direcionem o cuidado ao idoso dependente, favorecendo melhor assistência tanto para os membros que envelhecem, quanto para seus familiares cuidadores.

Questões para reflexão?

- 1- A atual política governamental contempla ações direcionadas para a saúde mental do cuidador de idosos?
- 2- Reflita sobre possíveis intervenções na manutenção da saúde mental do cuidador de idosos.

Final considerations

The daily routine of caregivers, in most cases, is composed of an excess of specific and arduous activities that demand time and physical effort, imposing varying levels of overload and restricting the time for their own self-care and social relationships. This context is conducive to the appearance of physical and mental disorders and represents a potential risk to the care provided and the caregivers' health.

In Brazil, the profile of caregivers is predominantly constituted by an autonomous and unconnected network of health services, lacking guidance and support from health professionals, with problems in the spheres of emotional, personal and interpersonal relationships, economic support, practical-instrumental support, guidance, and perception of resources to respond to the demands of care.

The permanence of older people at home is important to keep them stimulated by life, reducing the difficulties and limitations imposed by advanced age. The well-being of the elderly depends on the family background, as this remains the main source of support and care everywhere in the world. Therefore, it is important to establish the triad family-team-caregiver, sharing knowledge, powers and responsibilities, acting as an important facilitating device for health promotion.

Thus, there is a need for attention to mental health aspects of caregivers of older people, as well as for restructuring in the training of these individuals that may positively interfere in their QoL.

In short, this problem calls for more research, investigations and studies on topics related to family caregivers, their reality, QoL and living conditions. They could subsidize health professionals to help these individuals and give directions in the development of public policies targeted at the care of dependent elderly, favoring better assistance both for aging family members and their family caregivers.

Questions for reflection?

- 1 - Does the current government policy include actions aimed at the mental health of caregivers of older people?
- 2 - Reflect on possible interventions to maintain the mental health of caregivers of older people.



Referências

1. Tavares DMDS, Pelizaro PB, Pegorari MS, Paiva MMD, Marchiori GF. Prevalência de morbidades autorreferidas e fatores associados entre idosos comunitários de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 3305-3313, 2019.
2. Couto AM, Caldas CP, Castro EAB. Cuidado domiciliar a idosos dependentes de cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, p. 944-950, 2019.
3. Anjos KF, de Oliveira Boery RNS, Santos VC, Boery EN, da Silva JK, Santa Rosa DDO. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos. *Ciencia y Enfermería*, 24, 2018.
4. Vaz LCS, Santos KOB, Ferraz DD. Condições de saúde e trabalho entre cuidadores de idosos frágeis. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 8(3): 319-329, 2018.
5. _____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006b. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528_pnspi.pdf. Acesso em: 13 de janeiro de 2019.
6. Cestari TY, Oliveira MA. F, Soares RH, Reis AF. Intervenções da enfermagem na assistência a pacientes com transtornos somatoformes: revisão integrativa. *Revista Uningá*. 2018; 55(1): 20-27.
7. Veiga CBZ, Parizotto APAV, Sehnem SB, Kroth A. (2016). Avaliação do nível de stress em cuidadores de pacientes com diagnóstico de câncer de colo de útero e ovário em tratamento em um hospital universitário do meio-oeste de Santa Catarina. *Pesquisa em Psicologia-anais eletrônicos*. 2016: 27-38.
8. Queiroz RSD, Camacho ACLF, Gurgel JL, Assis CRDCD, Santos LM. D, Santos MLSCD. Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de cuidadores de idosos com demência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2018; 21(2): 205-214.
9. Nunes DP, Brito TRPD, Duarte YADO, Lebrão ML. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2019; 21: e180020.
10. Santos WP, Freitas FBD, Sousa VAG, Oliveira AMD, Santos JMDMP, Gouveia BDLA. Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes. *Revista Cuidarte*. 2019; 10(2).
11. Hedler HC, Faleiros VDP, Santos MDJS, Almeida MADA. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. *Revista Katálysis*. 2016; 19(1): 143-153.
12. Moreira ACA, Silva MJD, Darder JJT, Coutinho JFV, Vasconcelos MIO, Marques MB. Efetividade da intervenção educativa no conhecimento-atitude-prática de cuidadores de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018; 71(3):1055-1062.

References

1. Tavares DMDS, Pelizaro PB, Pegorari MS, Paiva MMD, Marchiori GF. Prevalência de morbidades autorreferidas e fatores associados entre idosos comunitários de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 3305-3313, 2019.
2. Couto AM, Caldas CP, Castro EAB. Cuidado domiciliar a idosos dependentes de cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, p. 944-950, 2019.
3. Anjos KF, de Oliveira Boery RNS, Santos VC, Boery EN, da Silva JK, Santa Rosa DDO. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos. *Ciencia y Enfermería*, 24, 2018.
4. Vaz LCS, Santos KOB, Ferraz DD. Condições de saúde e trabalho entre cuidadores de idosos frágeis. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 8(3): 319-329, 2018.
5. _____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006b. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528_pnspi.pdf. Acesso em: 13 de janeiro de 2019.
6. Cestari TY, Oliveira MA. F, Soares RH, Reis AF. Intervenções da enfermagem na assistência a pacientes com transtornos somatoformes: revisão integrativa. *Revista Uningá*. 2018; 55(1): 20-27.
7. Veiga CBZ, Parizotto APAV, Sehnem SB, Kroth A. (2016). Avaliação do nível de stress em cuidadores de pacientes com diagnóstico de câncer de colo de útero e ovário em tratamento em um hospital universitário do meio-oeste de Santa Catarina. *Pesquisa em Psicologia-anais eletrônicos*. 2016: 27-38.
8. Queiroz RSD, Camacho ACLF, Gurgel JL, Assis CRDCD, Santos LM. D, Santos MLSCD. Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de cuidadores de idosos com demência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2018; 21(2): 205-214.
9. Nunes DP, Brito TRPD, Duarte YADO, Lebrão ML. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2019; 21: e180020.
10. Santos WP, Freitas FBD, Sousa VAG, Oliveira AMD, Santos JMDMP, Gouveia BDLA. Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes. *Revista Cuidarte*. 2019; 10(2).
11. Hedler HC, Faleiros VDP, Santos MDJS, Almeida MADA. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. *Revista Katálysis*. 2016; 19(1): 143-153.
12. Moreira ACA, Silva MJD, Darder JJT, Coutinho JFV, Vasconcelos MIO, Marques MB. Efetividade da intervenção educativa no conhecimento-atitude-prática de cuidadores de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018; 71(3):1055-1062.



13. Diniz MAA, Melo BRDS, Neri KH, Casemiro FG, Figueiredo LC, Gaioli CCLDO, Gratão ACM. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23: 3789-3798.

14. Melo ASC. Políticas públicas e direitos dos Idosos. *Revista Esmat*. 2017; 2(2): 7-28.

15. Silva FM, Batista EC, Cerqueira GR. O Uso de Fármacos Ansiolíticos e Antidepressivos Pelo Cuidador de Idoso Acamado/The Drug Use Anxiolytics and Antidepressants the Elderly Caregiver of Bedridden. *Saúde em Foco*. 2017; 3(2): 62-76.

16. Mocelin C, Silva TGD, Celich K, Madureira VF, Souza SSD, Colliselli L. O cuidado do idoso dependente no contexto familiar. *Rev. pesqui. Cuid. Fundam.* 2017; 9(4): 1034-1039.

17. Castro LM, Souza D.N. Programa de intervenção psicossocial aos cuidadores informais familiares: o cuidar e o autocuidado. *Interações*. 2017; 12(42): 15-62.

18. Novaes GJ, Moraes L, Pereira LTS, Souza MR, Borges CJ. Cuidadoras de idosos e as relações estabelecidas no ato de cuidar. *Itinerarius Reflectionis*. 2018; 14(4): 01-17.

19. Fonseca RSB, Mendes PN, Figueiredo MDLF. O cuidado domiciliar de idosos frágeis: implicações para a qualidade de vida de cuidadores informais. *Revista Kairós: Gerontologia*. 2018; 21(4): 425-440.

20. Nunes DP, Brito TRPD, Duarte YADO, Lebrão ML. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2019; 21: e180020.

21. Santos WP, Freitas FBD, Sousa VAG, Oliveira AMD, Santos JMDMP, Gouveia BDLA. Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes. *Revista Cuidarte*. 2019; 10(2).

22. Sampaio LS, Santos Santana P, Silva MV, Sampaio TSO, Reis LA. Qualidade de vida e depressão em cuidadores de idosos dependentes. *Revista de APS*. 2018; 21(1).

23. André SMFS. Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral. *Revista de enfermagem referência*. 2013; 11: 85-94

24. Gratao ACM, Vendruscolo TRP, Talmelli LFDS, Figueiredo LC, Santos JLF, Rodrigues RAP. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2013; 21(2): 304-312.

25. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. *Organização Pan-Americana da Saúde*, 2018.

26. Mendes PN, Figueiredo MDLFF, dos Santos AMR, Fernandes MA, Fonseca RSB. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2019; 32(1): 87-94.

13. Diniz MAA, Melo BRDS, Neri KH, Casemiro FG, Figueiredo LC, Gaioli CCLDO, Gratão ACM. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23: 3789-3798.

14. Melo ASC. Políticas públicas e direitos dos Idosos. *Revista Esmat*. 2017; 2(2): 7-28.

15. Silva FM, Batista EC, Cerqueira GR. O Uso de Fármacos Ansiolíticos e Antidepressivos Pelo Cuidador de Idoso Acamado/The Drug Use Anxiolytics and Antidepressants the Elderly Caregiver of Bedridden. *Saúde em Foco*. 2017; 3(2): 62-76.

16. Mocelin C, Silva TGD, Celich K, Madureira VF, Souza SSD, Colliselli L. O cuidado do idoso dependente no contexto familiar. *Rev. pesqui. Cuid. Fundam.* 2017; 9(4): 1034-1039.

17. Castro LM, Souza D.N. Programa de intervenção psicossocial aos cuidadores informais familiares: o cuidar e o autocuidado. *Interações*. 2017; 12(42): 15-62.

18. Novaes GJ, Moraes L, Pereira LTS, Souza MR, Borges CJ. Cuidadoras de idosos e as relações estabelecidas no ato de cuidar. *Itinerarius Reflectionis*. 2018; 14(4): 01-17.

19. Fonseca RSB, Mendes PN, Figueiredo MDLF. O cuidado domiciliar de idosos frágeis: implicações para a qualidade de vida de cuidadores informais. *Revista Kairós: Gerontologia*. 2018; 21(4): 425-440.

20. Nunes DP, Brito TRPD, Duarte YADO, Lebrão ML. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2019; 21: e180020.

21. Santos WP, Freitas FBD, Sousa VAG, Oliveira AMD, Santos JMDMP, Gouveia BDLA. Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes. *Revista Cuidarte*. 2019; 10(2).

22. Sampaio LS, Santos Santana P, Silva MV, Sampaio TSO, Reis LA. Qualidade de vida e depressão em cuidadores de idosos dependentes. *Revista de APS*. 2018; 21(1).

23. André SMFS. Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral. *Revista de enfermagem referência*. 2013; 11: 85-94

24. Gratao ACM, Vendruscolo TRP, Talmelli LFDS, Figueiredo LC, Santos JLF, Rodrigues RAP. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2013; 21(2): 304-312.

25. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. *Organização Pan-Americana da Saúde*, 2018.

26. Mendes PN, Figueiredo MDLFF, dos Santos AMR, Fernandes MA, Fonseca RSB. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2019; 32(1): 87-94.



27. Kobayasi DY, Rodrigues RAP, Fhon JRS, Silva LM, de Souza AC, Chayamiti EMPC. Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. *Avances en Enfermería*.2019; 37(2): 140-148.

28. Santana MS, de Oliveira DL, Santos MM, Rangel RL, Chaves RN, dos Reis LA. Sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos com dependência funcional. *Revista Kairós: Gerontologia*. 2018; 21(1): 337-353.

29. Cesário VAC, Leal MCC, Marques APDO, Claudino KA. Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. *Saúde em Debate*.2017; 41: 171-182.

30. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 29(4), 453-457, 1996.

27. Kobayasi DY, Rodrigues RAP, Fhon JRS, Silva LM, de Souza AC, Chayamiti EMPC. Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. *Avances en Enfermería*.2019; 37(2): 140-148.

28. Santana MS, de Oliveira DL, Santos MM, Rangel RL, Chaves RN, dos Reis LA. Sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos com dependência funcional. *Revista Kairós: Gerontologia*. 2018; 21(1): 337-353.

29. Cesário VAC, Leal MCC, Marques APDO, Claudino KA. Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. *Saúde em Debate*.2017; 41: 171-182.

30. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 29(4), 453-457, 1996.



CAPÍTULO 16

SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS DEPENDENTES

Polyana Norberta Mendes¹
Mariana Lustosa de Carvalho²
Luana Ruth Braga Campos³
Sarah Giulia Bandeira Felipe⁴
Fernando Gabriel Aires Nogueira do Nascimento⁵
Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁶

Considerações iniciais

O fenômeno, chamado envelhecimento populacional, unido à transição epidemiológica tem modificado a composição etária da população brasileira, com o aumento da parcela de pessoas de sessenta anos ou mais. Concomitante a todo este processo, surge um novo papel social, o cuidador informal. Este emerge principalmente em uma condição de dependência do idoso⁽¹⁾.

O principal suporte social para aqueles que envelhecem, ainda é a família, amigos, vizinhos, ou seja, o suporte informal. Eles realizam os cuidados nos seus domicílios, muitas vezes sem assistência e sofrem com a invisibilidade, o que pode trazer implicações negativas para sua saúde e qualidade de vida, dentre elas, a sobrecarga física, emocional e social⁽²⁾.

A literatura evidencia que os cuidadores se deparam com uma realidade em que, além do trabalho, dos afazeres domésticos e dos cuidados com os outros familiares, ainda são responsáveis pela demanda de cuidados variados da qual necessita o idoso dependente. Isso constitui um fator estressor, que pode trazer repercussões para sua saúde, e para o idoso, com o aumento dos riscos de maus-tratos⁽³⁾.

O cuidador informal de idosos e a sobrecarga desse cuidado aparecem como uma preocupação emergente para a sociedade contemporânea, pois evoca dilemas éticos, morais, econômicos,

1 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente no Centro Universitário Santo Agostinho

2 Enfermeira, Mestranda em Enfermagem no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPI

3 Enfermeira, Mestranda em Enfermagem no Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade da UFPI

4 Enfermeira, Mestranda em Enfermagem no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPI

5 Graduando em Enfermagem na Universidade Federal do Piauí

6 Enfermeira, Doutora, Docente na Universidade Federal do Piauí

CHAPTER 16

OVERLOAD OF INFORMAL CAREGIVERS OF DEPENDENT ELDERLY

Polyana Norberta Mendes¹
Mariana Lustosa de Carvalho²
Luana Ruth Braga Campos³
Sarah Giulia Bandeira Felipe⁴
Fernando Gabriel Aires Nogueira do Nascimento⁵
Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁶

Initial considerations

The phenomenon known as population aging, combined with epidemiological transition, has changed the age composition of the Brazilian population, with an increase in the share of people aged sixty or over. A new social role emerges in this whole process: the informal caregiver. This caregiver is mainly present in situations of dependence of the elderly⁽¹⁾.

The main social support for people in old age is still composed of family, friends, neighbors, that is, informal supporters. They perform care in their homes, often without assistance, and suffer due to invisibility, which can have negative implications for their health and quality of life, including physical, emotional and social overload⁽²⁾.

The literature shows that caregivers face a reality in which they have to carry out not only job activities, household chores, and care for other family members, but they are also responsible for many care measures required by dependent elderly. This constitutes a stressor and can have repercussions on their health, and also affect the elderly, leading to greater risk of maltreatment⁽³⁾.

The informal caregiver of elderly people and the overload caused by providing this care appear as an emerging concern in contemporary society, as they evoke ethical, moral, economic, social, and market dilemmas. A search in the literature conducted for the construction of this work revealed gaps

1 Nurse, Master of Nursing, Professor at the Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)

2 Nurse, Master's student of the Graduate Nursing Program at UFPI

3 Nurse, Master's student of the Graduate Program in Health and Community at UFPI

4 Nurse, Master's student of the Graduate Nursing Program at UFPI

5 Undergraduate student of the Nursing course at UFPI

6 Nurse, Doctor, Professor at the Federal University of Piauí



sociais e de mercado. Com a busca da literatura produzida para construção deste trabalho, constataram-se lacunas nas produções científicas nacionais acerca da sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade.

Objetivos

Neste capítulo você irá revisar os conteúdos sobre envelhecimento e capacidade funcional; Sistematizar o conhecimento a respeito do cuidado ao idoso no domicílio, entender quem são os principais agentes desse cuidado e as implicações para a saúde do cuidador; Com a leitura, será possível apreender a importância da equipe multidisciplinar na assistência ao idoso dependente no domicílio, bem como, ao cuidador informal.

O Idoso e o estado de dependência funcional

A saúde do idoso está relacionada à sua funcionalidade global. Estar saudável é uma característica do ser que vai além da ausência de doenças e é observado na sua capacidade de desenvolver com independência e autonomia as atividades diárias, bem como, nos impactos que o adoecimento tem sobre o funcionamento e bem-estar do idoso.

As pessoas envelhecem de maneiras diferentes e parte dessa diversidade reflete a herança genética e as relações com os ambientes físicos e sociais, da forma em que estes podem oferecer barreiras ou incentivos que influenciam os comportamentos ao longo da vida. Desta forma, a idade avançada não implica em declínio funcional e dependência, mas sim, a soma desses diversos fatores⁽⁴⁾.

A avaliação funcional é determinante na medição do grau de dependência e no planejamento dos cuidados que deverão ser prestados. Essa avaliação se dá pelos relatos de dificuldades na realização de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais de Vida (AIVD). As ABVD incluem a habilidade para alimentar-se, vestir-se, tomar banho, usar o toalete, levantar-se (ou transferir-se da cama para uma cadeira) e, às vezes, caminhar em um cômodo no mesmo andar. As atividades AIVD se referem a como administrar o próprio dinheiro, fazer compras, usar transporte e cuidar da casa⁽⁵⁾.

As perdas representadas nesses dois tipos de atividades se fazem presentes nos dependentes físicos, mentais, financeiros e nos portadores de uma ou mais patologias. Essa condição se agrava para aqueles mais pobres e os que moram com famílias pobres, pois acumulam mais carências de alimentação, medicamentos, acomodações adequadas, cuidados e de cuidadores⁽⁶⁾.

in the national scientific productions about the overload of informal caregivers of dependent elderly people in the community.

Objectives

In this chapter you will review the contents on aging and functional capacity, systematize the knowledge about care for the elderly at home, and understand who are the main agents of this care as well as which are the implications for the caregivers' health. The reading will allow a more comprehensive understanding of the importance of multidisciplinary teams in assisting dependent elderly at home as well as their informal caregivers.

The Elderly and the state of functional dependence

The health of elderly people is associated to their global functionality. Being healthy is a characteristic that goes beyond the absence of disease. It is observed in the elderly's ability to develop daily activities with independence and autonomy, as well as in the impacts that illness has on their functioning and well-being.

Aging happens in different ways among people, and part of that diversity reflects genetic inheritance and relationships with physical and social environments, so that they can offer barriers or incentives that influence behaviors throughout life. Thus, advanced age does not imply functional decline and dependence, but the sum of these diverse factors⁽⁴⁾.

Functional assessment is a determining factor in the measurement of the degree of dependence and in the planning of the care that should be provided. This assessment is based on reports of difficulties in carrying out Basic Activities of Daily Living (BADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL). The first includes the ability to eat, dress, bathe, use the toilet, get up (or move from bed to a chair), and eventually walk in a room on the same floor. In turn, IADL refer to the ability to manage the own money, making purchases, use transportation, and take care of the home⁽⁵⁾.

The losses represented in these two types of activities are present in physically, mentally, financially dependent people and in people with one or more pathologies. Loses are greater among the poorest people and those who live with poor families, as they accumulate more needs for food, medication, adequate accommodation, care, and caregivers⁽⁶⁾.

Data from the National Health Survey show a prevalence of functional disability of 8.4% among the elderly population, being higher, among women and among the oldest people, 75 years old or old-



Dados da Pesquisa Nacional de Saúde evidenciam uma prevalência de incapacidade funcional de 8,4% entre a população idosa, sendo maior, no sexo feminino e naqueles mais longevos de 75 anos ou mais e sem nível de instrução. E ainda, a região Nordeste apresenta uma maior proporção de idosos com limitações para as atividades básicas de vida diárias⁽⁷⁾.

Os idosos com cuidadores, na maioria, são os mais dependentes, pois quando a independência ou autonomia dos maiores é prejudicada surge à necessidade de um cuidador^(8,9).

Cuidados domiciliares e o cuidador informal como principal agente.

Sabe-se que mais de 90% dos idosos residem com suas famílias e mais de 27% das casas brasileiras têm pelo menos uma pessoa idosa. Várias ações precisam ser realizadas para que os familiares entendam as mudanças típicas do envelhecimento e realizem o cuidado de forma adequada. Como estratégias, são apresentadas três ações principais: adaptação da casa, mudança de comportamento e apoio aos cuidadores. Desta forma, urge a necessidade de elaboração de meios que ajudem o cuidador⁽¹⁰⁾.

Cuidar do idoso dependente em domicílio é uma estratégia para mantê-lo em seu ambiente familiar com atenção mais humanizada e diminuir as consequências nefastas das hospitalizações tradicionais e em contrapartida, estimular e potencializar o autocuidado⁽¹¹⁾.

As características de quem necessita de cuidados no domicílio são distintas das que se observam em um ambiente hospitalar, onde o plano terapêutico e os cuidados podem ser cumpridos com eficiência com a integração de toda a equipe. No âmbito domiciliar, para a maioria dos domicílios, existe apenas a figura do cuidador, sobre o qual recaem todas as responsabilidades assistências e sua condição de leigo, o faz vulnerável⁽¹¹⁾.

No que diz respeito à prática de cuidados, estudos internacionais evidenciam que quanto maior a complexidade e a quantidade dos cuidados, maiores serão as repercussões que afetam a saúde dos cuidadores. A sobrecarga está também relacionada ao tempo percebido gasto na assistência ao idoso⁽¹²⁾.

Os determinantes da quantidade de cuidados prestados são: a baixa capacidade funcional do paciente, o apoio reduzido do serviço social municipal, a relação estreita com o paciente, o comprometimento cognitivo, a curta distância entre a casa do cuidador e a do paciente e o sexo do paciente. Os membros da família que fornecem maior apoio, estando em ordem de maior frequência são os cônjuges, filhos, vizinhos e netos envolvidos no cuidado aos idosos⁽¹³⁾.

Para a compreensão da temática, é necessário entender alguns conceitos, são eles: cuidador formal e informal. Usa-se a denominação 'cuidador formal', para todo aquele que realiza os cuidados

er, and without schooling. Moreover, the Northeast region has a higher proportion of elderly people with limitations for BADL⁽⁷⁾.

Elderly people with caregivers are usually the most dependent, because when the independence or autonomy is impaired, the need for a caregiver arises^(8,9).

Home care and informal caregivers as main agents

It is known that more than 90% of the elderly live with their families and more than 27% of Brazilian homes have at least one elderly person. Several actions need to be carried out so that family members understand the typical changes of aging and carry out care properly. There are three main actions that represent strategies: adapting the house, changing behaviors, and receiving support from caregivers. Thus, there is an urgent need to develop means to help caregivers⁽¹⁰⁾.

Caring for a dependent elderly in the home context is a strategy to keep them in their family environment, with more humanized care, and to reduce the harmful consequences of traditional hospitalizations, at the same time that self-care is encouraged and enhanced⁽¹¹⁾.

The characteristics of people who need care at home are different from those of the hospital environment, where the therapeutic plan and the care can be carried out efficiently through the integration of the entire team. At home, on the other hand, in the majority of households, there is only one caregiver, on whom all care responsibilities fall, and whose situation is vulnerable in view of his/her lay condition⁽¹¹⁾.

With regard to the practice of care provision, international studies have shown that greater complexity and quantity of care leads to greater repercussions on the caregivers' health. Overload is also related to the perceived time spent on assisting the elderly⁽¹²⁾.

The determinants of the amount of care to be provided are: the patient's low functional capacity; little support from municipal social services; close relationship with the patient; cognitive impairment; short distance between caregiver and the patient's home; and sex of the patient. Family members who provide most of the support, in decreasing order of frequency, are spouses, children, neighbors and grandchildren⁽¹³⁾.

To comprehend the theme, it is necessary to understand some concepts of formal and informal caregiver. The term 'formal caregiver' is used for any person who performs care as a professional activity and receives remuneration for this work. "Informal caregiver" is used for family members, friends and community volunteers.

Informal caregivers are the alternative in the case of 80 to 90% of families with elderly people presenting disabilities for self-care. Despite the predominance of adult caregivers, there are a large



como atividade profissional e recebe remuneração para isso e 'cuidador informal' para familiares, amigos e voluntários da comunidade.

Os cuidadores informais são a alternativa para 80 a 90% das famílias que possuem idosos com incapacidades para o autocuidado. Apesar do predomínio de adultos cuidadores, há a presença de grande número de idosos que também são cuidadores de outros idosos. Estes são filhos ou cônjuges, sendo, predominante, o sexo feminino. Geralmente, os homens participam do cuidado de uma forma secundária, por meio de ajuda financeira ou em tarefas externas, como o transporte do paciente e pagamento de contas⁽¹⁴⁾.

A sobrecarga do cuidador informal pode estar relacionada a fatores próprios do cuidador, do idoso acamado, como da atividade de cuidar em si.

Sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal de idosos

O declínio da capacidade funcional dos idosos, as características próprias dos seus cuidadores e a elevada demanda de cuidados intensos e prolongados, fazem com que o familiar vivencie a atividade de assistência ao idoso de forma negativa. A restrição nas atividades sociais e pessoais, o medo, a insegurança, a solidão, a dificuldade em enfrentar a morte e a falta de apoio emocional, prático e de informações são potenciais fatores para aumentar a vulnerabilidade do cuidador, para além, de poderem ser fatores de risco para vários agravos⁽¹⁵⁾.

Geralmente o papel de cuidador costuma ser assumido pelo membro da família que já provê as necessidades da pessoa adoecida, visando manter a coerência do funcionamento familiar. Ao assumir o papel de cuidador, o familiar se preocupa em ver a melhora do paciente e a percepção de que o outro está precisando de mais atenção que ele faz com que os familiares escondam suas dores e sofrimentos, negando a si mesmo, abrindo mão de suas necessidades físicas, psicológicas e sociais em prol do bem-estar do outro^(16,17).

A sobrecarga gerada pelo processo de cuidar, além de apresentar um conceito multidimensional, está associada a características do idoso e do próprio cuidador. A sobrecarga tem sido definida como uma resistência à prestação de cuidados, ocasionada pela inclusão ou ampliação de atividades desempenhadas no cuidado. E essa variável tem sido mensurada por meio de escalas validadas e traduzidas para diferentes idiomas, em seus vários aspectos, sendo eles: físico, emocional e social^(18, 19,20).

A sobrecarga engloba um conjunto de modificações com implicações na vida pessoal, como a percepção da sua condição de saúde, o esforço físico dispensado no cuidado, tempo disponível, os planos para o futuro e sua vida social. A sobrecarga emocional é um conjunto de emoções negativas, sendo elas a sensação de cansaço, o desejo de fuga e os conflitos internos. Acrescenta-se ainda, ao con-

number of elders who are also caregivers of other elderly people. They are children or spouses, predominantly female. Generally, men participate in care in a secondary way, through financial aid or in external tasks, such as transporting the patient and paying bills⁽¹⁴⁾.

The overload of informal caregivers may be related to factors specifically linked to them or to the bedridden elderly person, such as the very activity of providing care.

Physical, emotional and social overload of informal caregivers of elderly people

The decline in the functional capacity of the elderly, the characteristics of their caregivers, and the high demand for intensive and long-term care make the family member experience the caregiving task in a negative way. Restricted social and personal activities, fear, insecurity, loneliness, difficulty in facing death, and the lack of emotional and practical support and information are potential factors to increase the vulnerability of the caregiver, besides the possibility of becoming risk factors for several diseases⁽¹⁵⁾.

Generally, the role of caregiver is usually assumed by the family member who already provides for the sick person's needs, in order to maintain the coherence of family functioning. When assuming the role of caregiver, the family member is concerned with seeing the patient's improvement. The perception that the sick person is in need of more attention than the caregiver makes the latter to hide the pain and suffering, expressing self-denial, giving up their physical, psychological and social needs for the well-being of the other^(16,17).

The overload generated by the care process not only represents a multidimensional concept but it is also associated with characteristics of the elderly and the caregiver. Overload has been defined as a resistance to the provision of care caused by the inclusion or expansion of activities performed in care. And this variable has been measured using validated scales, translated into different languages, in its various aspects, namely: physical, emotional and social^(18,19,20).

Overload of caregivers encompasses a set of changes with implications for personal life, such as the self-perception of health, physical effort spent on care, free time, plans for the future, and social life. Emotional overload is a set of negative emotions, including the feeling of tiredness, the desire to escape, and internal conflicts. Negative feelings such as the perception of being manipulated, or the presence of a behavior on the part of the caretaker capable of causing emotional overload further contribute to the concept of overload^(20,21).

The overload related to the care of dependent elderly indicates that the informal caregiver must receive as much attention as the elderly person, as this activity has an impact on his/her health, well-being and quality of life.



ceito de sobrecarga os sentimentos negativos como a percepção de ser manipulado, ou a presença de comportamentos por parte do receptor de cuidados, capazes de provocar sobrecarga emocional^(20, 21).

A sobrecarga relacionada ao cuidado de idosos dependentes faz com que o informal mereça atenção tanto quanto o idoso por ele cuidado, pois essa atividade tem impacto em sua saúde, bem-estar e qualidade de vida.

O idoso, quando portador de uma ou mais doenças, maior é a sobrecarga emocional, como também, maiores são as implicações na vida pessoal desse cuidador, maior a sobrecarga financeira e menor a satisfação com o papel desempenhado⁽²²⁾.

Unido à sobrecarga, cuidar de um idoso dependente pode desencadear outros problemas de saúde para o cuidador que realiza essa atividade por tempo integral e sem auxílio. Maiores são as chances de distúrbios depressivos e ansiedade, pior estado de saúde do cuidador, além do consumo de substância, entre eles hipnóticos e ansiolíticos, e o tabagismo^(15, 23,24).

Considerações Finais

A sobrecarga percebida pelo cuidador informal relaciona-se com as suas características sociodemográficas e clínicas, as características próprias da atividade, bem como as características sociodemográficas e clínicas do idoso receptor dos cuidados.

Cuidar de um idoso dependente tem o objetivo de suprir as suas necessidades de autocuidado que estão comprometidas, em razão, na maioria das vezes, pelas sequelas de uma doença crônica-incapacitante. Conforme aumenta o grau de dependência dos pacientes, também cresce a dificuldade enfrentada pelo cuidador, por falta de conhecimento a cerca desse cuidado e condicionamento físico.

O grau de parentesco com o receptor de cuidados está relacionado aos maiores níveis de sobrecarga. Ainda existe o valor cultural da família se responsabilizar pelo cuidado dos seus membros. Os familiares que cuidam dos idosos, ainda que se sintam satisfeitos por este papel, estão sujeitos a inúmeras fontes de estresse, decorrente das definições de tarefa de um papel para qual, frequentemente, não estão preparados, assim como, das repercussões na sua vida diária.

Nesse contexto, a sobrecarga, sentimentos de medo, de dor, de perda e de falta de controle percebido, de culpa, frequentemente presentes no processo de cuidar, propiciam deficiência do autocuidado da saúde do próprio cuidador.

A problemática da sobrecarga dos cuidadores informais vem sendo investigada em diversos contextos pelos profissionais da saúde. Cuidar de um idoso acamado com heterogenias morbididades não é apenas um problema individual que envolve vários aspectos de ordem física e emocional do cuidador, mas de âmbito social que deve ser visto pela comunidade científica e órgãos da sociedade em

When elderly people have one or more diseases, the emotional overload is greater, as well as the implications for the personal life of these caregivers, with greater financial burden and the less satisfaction with the role played⁽²²⁾.

Besides overload, caring for a dependent elderly person can trigger other health problems for the caregiver who performs this activity full time and without help. The chances of depressive disorders and anxiety are higher, the health status is worse, and the use of substances, including hypnotic and anxiolytic drugs, and smoking are more frequent^(15, 23,24).

Final considerations

The overload perceived by the informal caregivers is related to its sociodemographic and clinical characteristics, the characteristics of the activity, as well as the sociodemographic and clinical characteristics of the elderly receiving care.

Caring for a dependent elderly aims to meet their self-care needs, which are compromised, in most cases due to the consequences of a chronic-disabling disease. As the degree of dependence of patients increases, so does the difficulty faced by the caregivers, due to lack of knowledge about this care and physical conditioning.

The degree of kinship with the caretaker is related to higher levels of overload. There is still the cultural value that established that the family must take on the responsibility for caring for its members. Family members who care for the elderly, even when they are satisfied with this role, are subject to numerous sources of stress resulting from the task definitions of a role for which they are often not prepared, as well as the repercussions in their daily lives.

In this context, overload, feelings of fear, pain, loss and lack of perceived control, and guilt, often present in the care process, lead to a deficiency in the caregiver's own health care.

The problem of overload of informal caregivers has been investigated in different contexts by health professionals. Caring for a bedridden elderly with heterogeneous morbidities is not only an individual problem that involves several aspects of the caregiver's physical and emotional nature, but also of a social essence that deserves attention from scientific community and society bodies due to the demographic aging process. There is an urgent need to intervene based on scientific evidence of the factors that interact and interfere in the well-being of informal caregivers.

Effective interventions are encouraged to ensure the support for the elderly/caregiver binomial and to minimize the impact of the identified factors that are related to the caregivers' overload. Furthermore, qualification of professionals, especially primary care nurses, aiming at the development



ração do processo de envelhecimento demográfico. Urge se intervir com base nas evidências científicas dos fatores que interatuam e interferem no bem-estar dos cuidadores informais.

Estimula-se a elaboração de intervenções eficazes que garantam suporte ao binômio idoso/cuidador e minimizem o impacto dos fatores identificados e que estão relacionados à sobrecarga do cuidador. Bem como, a qualificação profissional, em especial do Enfermeiro na atenção básica, para o desenvolvimento de um cuidado holístico e humanístico do núcleo família, com vista ao processo de envelhecimento ativo do cuidador.

Questões para reflexão

1. A sobrecarga tem sido definida como uma resistência à prestação de cuidados, ocasionada pela inclusão ou ampliação de atividades desempenhadas no cuidado. Ela pode ter repercussões em diversos aspectos da vida do prestador de cuidados. Como a equipe de Enfermagem pode avaliar essa variável e intervir para a melhoria da saúde do cuidador?
2. Quais fatores estão relacionados a sobrecarga do cuidador informal?

Referências

1. World Health Organization (WHO). 10 facts on ageing and health. 2015
2. Mosquera I, Vergara I, Larrañaga I, Machón M, del Río M, Calderón C. Measuring the impact of informal elderly caregiving: a systematic review of tools. *Qual Life Res.* 2016 May;25(5):1059–92.
3. Rodríguez-González AM, Rodríguez-Míguez E, Duarte-Pérez A, DíazSanisidro E, Barbosa-Álvarez A, Clavería A, et al. [Cross-sectional study of informal caregiver burden and the determinants related to the care of dependent persons]. *Aten Primaria.* 2017;49(3):156-65. Spanish
4. World Health Organization (WHO). Summary: World Report on Aging and Health. Brasília: Pan American Health Organization, 2015.
5. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3317-3325.
6. Pilger C, Menon M H, Mathias TAF. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2011; 19(5):1230-1238.
7. Oliveira-Figueiredo DST, Felisbino-Mendes MS, Malta DC, Velasquez-Melendez G. Prevalence of functional disability in the elderly: analysis of the National Health Survey. *Rev Rene* 2017; 18(4): 468-75.

of holistic and humanistic care of the family nucleus, is also encouraged, with a view to the active aging process of the caregiver.

Questions for reflection

1. Overload has been defined as a resistance to the provision of care caused by the inclusion or expansion of activities performed in care. Overload can have repercussions on different aspects of the caregivers' life. How can the nursing team evaluate this variable and intervene to improve the caregivers' health?
2. What factors are related to the overload of informal caregivers?

References

1. World Health Organization (WHO). 10 facts on ageing and health. 2015
2. Mosquera I, Vergara I, Larrañaga I, Machón M, del Río M, Calderón C. Measuring the impact of informal elderly caregiving: a systematic review of tools. *Qual Life Res.* 2016 May;25(5):1059–92.
3. Rodríguez-González AM, Rodríguez-Míguez E, Duarte-Pérez A, DíazSanisidro E, Barbosa-Álvarez A, Clavería A, et al. [Cross-sectional study of informal caregiver burden and the determinants related to the care of dependent persons]. *Aten Primaria.* 2017;49(3):156-65. Spanish
4. World Health Organization (WHO). Summary: World Report on Aging and Health. Brasília: Pan American Health Organization, 2015.
5. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3317-3325.
6. Pilger C, Menon M H, Mathias TAF. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2011; 19(5):1230-1238.
7. Oliveira-Figueiredo DST, Felisbino-Mendes MS, Malta DC, Velasquez-Melendez G. Prevalence of functional disability in the elderly: analysis of the National Health Survey. *Rev Rene* 2017; 18(4): 468-75.
8. Tavares DMS, Dias FA, Santos NMF, Haas A J, Miranzi SCS. Factors associated with the quality of life of elderly men. *Rev. esc. enferm. USP.* 2013; 47(3): 678-685.



8. Tavares DMS, Dias FA, Santos NMF, Haas A J, Miranzi SCS. Factors associated with the quality of life of elderly men. *Rev. esc. enferm. USP.* 2013; 47(3): 678-685.

9. Gratão ACM, Talmelli LFIS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Functional dependence of the elderly and the burden of the caregiver. *Rev. esc. enferm. USP* 2013; 47(1): 137-144.

10. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.

11. Puchia C, Jara P. Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. *Enfermería Universitaria*, 2015; 12(4): 219-225.

12. Ganapathy V, Graham GD, DiBonaventura MD, Gillard PJ, Goren A, Zorowitz RD. Caregiver burden, productivity loss, and indirect costs associated with caring for patients with poststroke spasticity. *Clin Interv Aging.* 2015;6(10):1793-802

13. Olai L, Borgquist L, Svärdsudd K. Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. *Ups J Med Sci.* 2015; 120(4): 290-8.

14. Pereira RA, dos Santos EB, Fhon JR, Marques S, Rodrigues RA. [Burden on caregivers of elderly victims of cerebrovascular accident]. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(1):185-92. Portuguese.

15. Delalibera M, Presa J, Barbosa A, Leal I. Overload in care and its repercussions on caregivers of end-of-life patients: a systematic review of the literature. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(9):2731-47.

16. Nascimento ARA, Trindade ZA, Gianordoli-Nascimento IF, Pereira FB, Silva SATC, Cerello AC. Masculinities and health practices in the metropolitan region of Belo Horizonte - MG. *Saude soc.*2011; 20(1): 182-194.

17. Sales CA, Matos PCB, Mendonça DPR, Marcon SS. Caring for a family member with cancer: the impact on the caregiver's daily life. *Rev. Eletr. Enf.* 2010;12(4):616-21.

18. Nardi EFR, Sawada NO, Santos JLF. Association between the functional disability of the elderly and the overload of the family caregiver. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21(5): 1096-1103.

19. Pereira MF. Informal caregivers of Alzheimer's patients: physical, emotional and social overload and psychopathology [dissertation]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar, Universidade do Porto; 2011.

20. Monteiro EA, Mazin SC, Dantas RA. The Informal Caregiver Burden Assessment Questionnaire: validation for Brazil. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(3):364-70.

21. Martins T, Ribeiro JP, Garret C. Questionnaire for evaluation of informal caregiver overload (QASCI): reevaluation of psychometric properties. *Rev Referência.* 2004;(11):17-31.

9. Gratão ACM, Talmelli LFIS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Functional dependence of the elderly and the burden of the caregiver. *Rev. esc. enferm. USP* 2013; 47(1): 137-144.

10. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.

11. Puchia C, Jara P. Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. *Enfermería Universitaria*, 2015; 12(4): 219-225.

12. Ganapathy V, Graham GD, DiBonaventura MD, Gillard PJ, Goren A, Zorowitz RD. Caregiver burden, productivity loss, and indirect costs associated with caring for patients with poststroke spasticity. *Clin Interv Aging.* 2015;6(10):1793-802

13. Olai L, Borgquist L, Svärdsudd K. Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. *Ups J Med Sci.* 2015; 120(4): 290-8.

14. Pereira RA, dos Santos EB, Fhon JR, Marques S, Rodrigues RA. [Burden on caregivers of elderly victims of cerebrovascular accident]. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(1):185-92. Portuguese.

15. Delalibera M, Presa J, Barbosa A, Leal I. Overload in care and its repercussions on caregivers of end-of-life patients: a systematic review of the literature. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(9):2731-47.

16. Nascimento ARA, Trindade ZA, Gianordoli-Nascimento IF, Pereira FB, Silva SATC, Cerello AC. Masculinities and health practices in the metropolitan region of Belo Horizonte - MG. *Saude soc.*2011; 20(1): 182-194.

17. Sales CA, Matos PCB, Mendonça DPR, Marcon SS. Caring for a family member with cancer: the impact on the caregiver's daily life. *Rev. Eletr. Enf.* 2010;12(4):616-21.

18. Nardi EFR, Sawada NO, Santos JLF. Association between the functional disability of the elderly and the overload of the family caregiver. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21(5): 1096-1103.

19. Pereira MF. Informal caregivers of Alzheimer's patients: physical, emotional and social overload and psychopathology [dissertation]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar, Universidade do Porto; 2011.

20. Monteiro EA, Mazin SC, Dantas RA. The Informal Caregiver Burden Assessment Questionnaire: validation for Brazil. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(3):364-70.

21. Martins T, Ribeiro JP, Garret C. Questionnaire for evaluation of informal caregiver overload (QASCI): reevaluation of psychometric properties. *Rev Referência.* 2004;(11):17-31.



22. Mendes PN, Figueiredo ML, Santos AM, Fernandes MA, Fonseca RS. Physical, emotional and social burdens of informal caregivers of the elderly. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(1):87-94.

23. Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, MartínezAguilera P. Overload and burnout among aged informal caregivers. *Enferm Univ.* 2015;12(1):19-27

24. Almeida L, Azevedo RCS, Reiners AAO, Sudré MRS. Care performed by the family caregiver to the dependent elderly, at home, in the context of the Family Health strategy. *Texto contexto – enferm.* 21(3): 543-548.

22. Mendes PN, Figueiredo ML, Santos AM, Fernandes MA, Fonseca RS. Physical, emotional and social burdens of informal caregivers of the elderly. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(1):87-94.

23. Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, MartínezAguilera P. Overload and burnout among aged informal caregivers. *Enferm Univ.* 2015;12(1):19-27

24. Almeida L, Azevedo RCS, Reiners AAO, Sudré MRS. Care performed by the family caregiver to the dependent elderly, at home, in the context of the Family Health strategy. *Texto contexto – enferm.* 21(3): 543-548.



CAPÍTULO 17

SÍNDROME DE BURNOUT EM CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS: ANÁLISE REFLEXIVA

Mauriely Paiva de Alcântara e Silva¹

Josélia Cassia Silva do Nascimento²

Grazielly Sobreira Marinho³

Rutielle Ferreira Silva⁴

Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁵

Considerações Iniciais

A diminuição na taxa de natalidade, aliada à crescente melhoria da qualidade de vida tem proporcionado um aumento significativo da população com 60 anos ou mais de idade nos últimos anos. O processo de envelhecimento envolve, naturalmente, uma série de transformações, capazes de afetar de forma progressiva a capacidade cognitiva e funcional da pessoa idosa⁽¹⁾.

Diante da incapacidade funcional, o idoso, não será capaz de manter sua independência e autonomia no desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD). A determinação da capacidade funcional do idoso é um indicador imprescindível para adequar os cuidados necessários a serem prestados a pessoa idosa, sendo essa uma definição apropriada para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso⁽²⁾.

No Brasil, é elevada a prevalência de incapacidades funcionais entre idosos. Diante disso, surge a demanda por cuidados especiais, atividade essa desempenhada pelo cuidador, que será o responsável por assistir e auxiliar o idoso dependente na execução de suas AVD⁽³⁾. O cuidado pode ser prestado tanto pela família (cuidadores informais) como por profissionais (cuidadores formais)⁽⁴⁾. O cuidado informal envolve uma infinidade de atividades complexas, fornecidas por cuidadores que na maioria das vezes são familiares, amigos e até vizinhos da pessoa idosa⁽³⁾.

Embora, cuidar seja um ato nobre, este poderá conduzir o cuidador informal a um processo contínuo de estresse, tendo em vista que, esses são submetidos a uma exaustiva jornada de trabalho, ao envolver um cuidado contínuo ao idoso, o que contribui para a fragilização do cuidador e piora de

1 Graduanda em enfermagem pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Teresina, Piauí, Brasil.

2 Graduanda em enfermagem pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Teresina, Piauí, Brasil.

3 Graduanda em enfermagem pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Teresina, Piauí, Brasil.

4 Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Teresina, Piauí, Brasil.

5 Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem. Doutora em Enfermagem – UFPI. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí – Brasil

CHAPTER 17

BURNOUT SYNDROME IN INFORMAL CAREGIVERS OF ELDERLY PEOPLE: REFLECTIVE ANALYSIS

Mauriely Paiva de Alcântara e Silva¹

Josélia Cassia Silva do Nascimento²

Grazielly Sobreira Marinho³

Rutielle Ferreira Silva⁴

Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁵

Initial considerations

Decreased birth rates coupled with growing quality of life has led to a significant increase in the population aged 60 years or older in recent years. The aging process naturally involves a series of transformations, capable of progressively affecting the elderly person's cognitive and functional capacity⁽¹⁾.

Due to functional disability, elderly people are not able to maintain their independence and autonomy in the performance of Activities of Daily Living (ADL). Functional capacity of the elderly is an essential indicator of the need to adapt the necessary care to be provided to them, which is an appropriate definition to to instrumentalize and operationalize the health care of the elderly⁽²⁾.

In Brazil, the prevalence of functional disabilities among the elderly is high, and this causes a demand for special care, an activity performed by caregivers, who become responsible for assisting the dependent elderly in the execution of their ADL⁽³⁾. Care can be provided both by the family (informal caregivers) and by professionals (formal caregivers)⁽⁴⁾. Informal care involves a multitude of complex activities, provided by caregivers who are most often family members, friends and even neighbors of the elderly⁽³⁾.

Although providing care is a noble act, it may lead informal caregivers to a continuous process of stress, considering that they are subjected to exhaustive workdays, because the task involves continuous care for the elderly, something that contributes to the fragility of the caregivers and worsening of

1 Nursing Student at the Federal University of Piauí – UFPI. Teresina, Piauí, Brazil.

2 Nursing Student at the Federal University of Piauí – UFPI. Teresina, Piauí, Brazil.

3 Nursing Student at the Federal University of Piauí – UFPI. Teresina, Piauí, Brazil.

4 Master in Nursing from the Federal University of Piauí-UFPI. Teresina, Piauí, Brazil.

5 Nurse. Professor of the Nursing course. PhD in Nursing - UFPI. Federal University of Piauí. Teresina, Piauí - Brazil



sua qualidade de vida. Em resposta aos estressores advindos do trabalho, o cuidador estará vulnerável a desenvolver a Síndrome de Burnout (SB), um quadro de exaustão extrema, estresse e esgotamento físico⁽⁵⁾.

Diante da realidade dos cuidadores informais de idosos, é necessária uma reflexão quanto aos principais fatores que desencadeiam a SB nesses indivíduos, bem como sobre as possíveis estratégias que possam minimizar o estresse e a exaustão física advindas do processo de cuidar, além de disseminar e despertar na comunidade científica o interesse pela temática.

Objetivos

Refletir sobre a Síndrome de Burnout em cuidadores informais de idosos, evidenciando os fatores que desencadeiam a síndrome.

A Síndrome de Burnout

Diante da globalização e do incremento de novas tecnologias, torna-se preocupante o bem-estar dos trabalhadores, sendo os pertencentes a área da saúde e da educação os que mais experienciam as consequências deste fenômeno, tais como aumento da responsabilidade no trabalho, a necessidade de aperfeiçoamento constante dos conhecimentos e de suprir as demandas pessoais e sociais. Essa inquietação constante aumenta a incidência de profissionais com sintomas de Burnout.

A SB é um processo de deterioração da saúde que se manifesta em resposta a estressores crônicos e interpessoais advindos de fatores laborais⁶. No entanto, enfatiza-se que esse conceito não está relacionado apenas a carga de trabalho, mas também a aspectos críticos dos relacionamentos interpessoais existentes nesse ambiente. Essa síndrome é determinada por um conjunto de sinais e sintomas agrupados em três dimensões distintas e relacionadas: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e redução da Realização Pessoal (RP)⁽⁷⁾.

A EE se refere a um sentimento de fadiga, desgaste e esgotamento emocional. A DE corresponde ao desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas, distanciadas e desumanizadas e consequente distanciamento interpessoal. Já na redução da RP o profissional se auto avalia de forma negativa, mostrando-se insatisfeito com seu desempenho profissional⁽⁸⁾.

A síndrome se desenvolve de maneira insidiosa apresentando alguns fatores desencadeadores e potenciadores, as quais, cita-se as características pessoais (idade, sexo, nível educacional, filhos, dentre outras); de trabalho (tipo de ocupação, tempo de trabalho diário, sobrecarga, relacionamento entre os colegas de trabalho, conflito, suporte organizacional, satisfação, pressão, responsabilidade, dentre outras); organizacionais (ambiente físico, normas institucionais, comunicação, autonomia, a segurança e a recompensas), e sociais (suporte familiar e social, cultura e o prestígio)⁽⁹⁾.

their quality of life. In response to stressors arising from work, caregivers become vulnerable to developing Burnout Syndrome (BS), a condition of extreme fatigue, stress and physical exhaustion⁽⁵⁾.

Given the reality of informal caregivers of elderly people, it is necessary to reflect on the main factors that trigger BS in these individuals, as well as on the possible strategies that can minimize stress and physical exhaustion resulting from the care process, in addition to disseminate and awake interest in the topic among the scientific community.

Objectives

To reflect on the BS in informal caregivers of elderly people, highlighting the factors that trigger the syndrome.

Burnout syndrome

In the face of globalization and increasing novel technologies, the well-being of workers becomes a reason of concern. Particularly workers belonging to the health and education area are the ones who most experience the consequences of this phenomenon, such as increased responsibility at work, need for constant improvement of knowledge, and need to meet personal and social demands. This constant concern increases the incidence of professionals with symptoms of burnout.

Burnout syndrome is a process of deterioration of health that is manifested in response to chronic and interpersonal stressors arising from work factors⁽⁶⁾. However, it is important emphasize that this concept is not only related to workload, but also to critical aspects of interpersonal relationships existing in this environment. This syndrome is determined by a set of signs and symptoms grouped into three distinct and related dimensions: Emotional Exhaustion (EE), Depersonalization (DE) and reduced Personal Achievement (PA)⁽⁷⁾.

Emotional exhaustion refers to a feeling of fatigue, wear and emotional depletion. Depersonalization corresponds to the development of negative, detached and dehumanized feelings and attitudes and consequent interpersonal detachment. In terms of PA reduction, the professional has a negative self-evaluation, showing dissatisfaction toward his own professional performance⁽⁸⁾.

The syndrome develops in an insidious way, presenting some triggering and potentiating factors, which include personal characteristics (age, sex, educational level, presence of children, among others); work characteristics (type of occupation, daily work time, overload, relationship between co-workers, conflicts, organizational support, satisfaction, pressure, responsibility, among others); organizational characteristics (physical environment, institutional norms, communication, autonomy, security and rewards); and social characteristics (family and social support, culture and prestige)⁽⁹⁾.



Como principais sintomas da SB, destacam-se a fadiga constante e progressiva, dores musculares, insônia, enxaqueca, perda de apetite, transtornos cardiovasculares, falta de atenção e concentração, alterações de memória, solidão, impaciência, labilidade emocional, baixa autoestima, desânimo, negligência, irritabilidade, agressividade, perda de interesse pelo trabalho, aumento de consumo de substâncias (medicamentos, bebidas alcoólicas, drogas), comportamento de alto risco e suicídio^(6,10).

Mesmo diante de vasta sintomatologia, é necessário levar em consideração que o indivíduo com SB não manifesta necessariamente todos esses sintomas, já que o grau, o tipo e o número de sinais e sintomas apresentados dependem de fatores ambientais e individuais, além da etapa em que esse se encontra no processo de desenvolvimento da síndrome⁽⁹⁾.

Atualmente existem diversos instrumentos de avaliação e diagnóstico da SB, porém o mais empregado, é o Maslach Burnout Inventory (MBI) elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson. Trata-se de um questionário auto administrado, constituído por 22 itens, pontuado com a Escala de Likert, em que 9 itens são relativos à EE, 5 à DE e 8 à RP. O diagnóstico para a SB é dado pela obtenção de nível alto para EE e DE e nível baixo para RP⁽¹⁰⁾.

Em relação as estratégias utilizadas para prevenir o desenvolvimento da síndrome, tem-se que intervenções que visem evitar o esgotamento do profissional e a despersonalização são importantes⁽¹¹⁾. A prevenção da SB se dá por meio de intervenções como: capacitar os profissionais para o desenvolvimento de suas atividades, fazer programas de combate ao estresse, estratégias individuais e em grupos e programas de socialização, condições melhores de trabalho. Além disso, é importante investir na qualidade de vida e do trabalho, identificando precocemente os profissionais acometidos para que possam receber tratamento o mais precocemente possível⁽¹²⁾.

A Síndrome de Burnout em cuidadores informais de idosos

A SB em cuidadores informais de idosos ocorre em consequência da associação entre o estresse e a carga de cuidados, além de aspectos críticos que esses estabelecem com sua ocupação⁽¹³⁾. Percebe-se no cuidador com SB um quadro clínico de exaustão emocional, percepção sobre si mesmo alterada e diminuição da realização da tarefa executada. Em seguida o esgotamento evolui ao estado de sentimentos e atitudes negativas e finaliza com o sentimento de insatisfação pessoal, insensibilidade afetiva, o que acaba por afetar a eficiência e a habilidade do profissional frente a realização de suas tarefas no trabalho, incidindo também em problemas referentes a adequar-se à organização⁽¹⁴⁾.

Diversos fatores se inter-relacionam para determinar o impacto que o cuidado causará na vida e na saúde do cuidador informal, dentre os quais destacam-se o fato desse, geralmente, ser um familiar, acima dos 60 anos, com baixo nível de escolaridade, além do fato desse não ter um horário de trabalho estabelecido e não receber pagamento^(15,16,17). Em vista disso, destaca-se que, quando o cuidador informal se responsabiliza pelo cuidado, em tempo integral, sem que haja um intervalo de descanso, tem-se uma sobrecarga extrema, com evidente deterioração de seu quadro de saúde. Por esse motivo, são considerados um grupo de risco para a SB.

The main symptoms of BS include constant and progressive fatigue, muscle pain, insomnia, migraine, loss of appetite, cardiovascular disorders, lack of attention and concentration, changes in memory, loneliness, impatience, emotional lability, low self-esteem, discouragement, negligence, irritability, aggressiveness, loss of interest in work, increased consumption of substances (medicines, alcoholic beverages, drugs), high-risk behavior, and suicide^(6,10).

Despite the wide range of symptoms, it is necessary to take into account that the individuals with BS do not necessarily manifest all these symptoms, since the degree, type and number of signs and symptoms presented depend on environmental and individual factors, in addition to the stage at which they are in the process of developing the syndrome⁽⁹⁾.

Currently, there are several instruments available for the assessment and diagnosis of BS, but the most used is the Maslach Burnout Inventory (MBI) developed by Christina Maslach and Susan Jackson. It is a 22-item self-administered questionnaire, scored through a Likert Scale, in which 9 items are related to EE, 5 to DE, and 8 to PA. The diagnosis for BS is indicated by high levels of EE and DE associated with a low level of PA⁽¹⁰⁾.

Regarding the strategies used to prevent the development of the syndrome, interventions that aim to avoid exhaustion and depersonalization in professionals are extremely important⁽¹¹⁾. The syndrome can be prevented through interventions such as: training professionals for the development of their activities; creating programs to combat stress; individual and group strategies; socialization programs; and better working conditions. In addition, it is important to invest in the quality of life and work, identifying the affected professionals as early as possible so that they may receive treatment⁽¹²⁾.

Burnout syndrome in informal caregivers of elderly people

Burnout syndrome in informal caregivers of the elderly occurs as a result of the association between stress and overload of care, in addition to the critical aspects that they establish with their occupation⁽¹³⁾. A clinical picture of EE is perceived in caregivers with BS, altered perception about themselves, and decreased performance of the task. Exhaustion evolves to the state of negative feelings and attitudes and ends causing the feeling of personal dissatisfaction, emotional insensitivity, ultimately affecting the professionals' efficiency and ability to perform their tasks at work, also affecting problems related to fit the organization⁽¹⁴⁾.

Several factors are interrelated to determine the impact that the task of providing care will have on the life and health of the informal caregivers, among which we highlight the fact that they are usually relatives above 60 years old, with low level of education, in addition to the fact that they do not have an established work schedule and do not receive payment^(15,16,17). In view of this, it is highlighted that when informal caregivers are responsible for providing care full time, without leaving time to rest,



O cuidador informal, quando familiar, tem uma predisposição a desenvolver o estresse, pois possui um vínculo afetivo com o idoso, diante disso, apresentam sentimentos de angústia, ansiedade, raiva, dor, tristeza, impotência e apego, muitas vezes, deixando “de lado” a sua própria vida^(3,18). Tais sentimentos, muitas vezes, encontram-se reforçados pelo isolamento social, imposto pela responsabilidade de assistir ao idoso, somado a falta de conhecimentos sobre técnicas necessárias ao ato de cuidar⁽¹⁹⁾. Diante dessa situação, o cuidador familiar poderá apresentar problemas psicológicos, os quais acabam por influenciar no cuidado ofertado a pessoa idosa.

O nível de sobrecarga de trabalho está diretamente relacionado ao grau de dependência da pessoa idosa^(5,19). Além de ser um indicador de impacto que poderá afetar seu estado físico, psicológico, emocional e financeiro¹⁵. Ressalta-se, ainda, que com o passar do tempo, tem-se uma acentuação no declínio funcional do idoso, tornando-o dependente para executar uma maior quantidade de AVD, ampliando a demanda de cuidados, aumentando a sobrecarga de trabalho do cuidador e, consequentemente, elevando o risco para o desenvolvimento da SB⁽²⁰⁾.

Diversas situações devem ser levadas em consideração no momento de realizar o diagnóstico da síndrome, dentre as quais se destacam: o fato do cuidador trabalhar diariamente com idosos portadores de doenças crônicas e situações complexas, os significados que ele tem atribuído ao seu trabalho, a presença de conflitos com familiares, confrontar-se com situações de perda de capacidades e morte. Em adição, fatores como o excesso de burocracia, excesso de responsabilidade, complexidade de funções e fraca participação na tomada de decisão, parecem influenciar como indutor não só de exaustão emocional, mas também da síndrome propriamente dita⁽²¹⁾.

É uma síndrome prevalente entre cuidadores informais de idosos, porém, ainda, subdiagnosticada e negligenciada pelos profissionais de saúde. Na Turquia, em pesquisa realizada com 120 cuidadores de idosos com doenças de Alzheimer, constatou-se que 54% dos cuidadores apresentavam a SB⁷. Dados como este nos fazem refletir acerca da sobrecarga de cuidados exigida para com pacientes com demência, inferindo-se que quanto maior a dependência do idoso, maior será a sobrecarga do cuidador⁽¹¹⁾. Em pacientes com demência, constata-se que comportamentos como agitação, agressão, irritabilidade, alucinações e comportamento motor anormal contribuem para o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas característicos da SB⁽²²⁾.

O cuidador informal com SB manifesta sintomas como cansaço, fadiga, dores musculares, distúrbios do sono, transtornos cardiovasculares, nervosismo, irritabilidade, ansiedade, esgotamento físico e mental, estado depressivo, que se refletirão no distanciamento social e até mesmo familiar⁽²³⁾. O cuidado se torna de má qualidade, com negligência e imprudência. O idoso pode ser tratado de forma grosseira, e pode-se observar comportamentos abusivos⁽²³⁻²⁴⁾. Estas atitudes estão relacionadas a fase da despersonalização, que dentre as demais dimensões é a que mais se destaca, onde o cuidador experimenta sentimentos de frieza emocional e insensibilidade, em resposta a EE⁽²⁴⁾.

Diante dessa realidade, salienta-se que maior atenção deve ser dedicada ao cuidador informal⁽²⁵⁻²⁶⁾, ofertando-lhe apoio psicológico e social, sendo estas estratégias fundamentais para que o cuidador possa desempenhar suas funções de maneira satisfatória. Tem-se, ainda, a necessidade de criação de grupos de apoio, pelos profissionais da atenção primária, direcionados ao cuidador infor-

there is an extreme overload, with evident deterioration of their health condition. For this reason, they are considered a risk group for BS.

When the informal caregiver is a relative, he/she is prone to develop stress, because there is an affective bond with the elderly. They present feelings of anguish, anxiety, anger, pain, sadness, helplessness and attachment, often leaving their own life “aside”^(3,18). Such feelings are often enhanced by social isolation, imposed by the responsibility of assisting the elderly, in addition to the lack of knowledge about techniques necessary for the act of caring⁽¹⁹⁾. Faced with this situation, the family caregiver may present psychological problems, which end up influencing the care offered to the elderly.

The level of work overload is directly related to the degree of dependence of the elderly^{5,19}. Furthermore, it is an indicator of the impact that can affect the physical, psychological, emotional and financial status of the caregivers⁽¹⁵⁾. It is also noteworthy that, over time, the functional decline of the elderly is accentuated, making them dependent on others to perform most of ADL, thus increasing the demand for care, the workload of the caregivers and, consequently, the risk for the development of BS in the latter⁽²⁰⁾.

Several situations must be taken into account for the diagnosis of the syndrome. Some of the most relevant include: the fact that caregivers work on a daily basis with elderly people presenting chronic diseases and complex situations, the meanings they attribute to their work, the presence conflicts with family members, the need to face situations of loss of abilities and death. Moreover, factors such as excessive bureaucracy, excessive responsibility, complexity of functions, and poor participation in decision-making are all things that seem to influence not only EE, but also the syndrome itself⁽²¹⁾.

Burnout is a prevalent syndrome among informal caregivers of elderly people, but it is still underdiagnosed and neglected by health professionals. In Turkey, in a survey of 120 caregivers of elderly people with Alzheimer's disease, it was found that 54% of the caregivers had BS⁽⁷⁾. Data like these make us reflect on the overload of care required by patients with dementia, indicating that the greater the elderly's dependence, the greater is the caregiver's overload⁽¹¹⁾. Behaviors such as agitation, aggression, irritability, hallucinations and abnormal motor behavior in patients with dementia contribute to the appearance of the first signs and symptoms typical of BS in informal caregivers⁽²²⁾.

Informal caregivers with BS manifest symptoms such as tiredness, fatigue, muscle pain, sleep disorders, cardiovascular disorders, nervousness, irritability, anxiety, physical and mental exhaustion, depressive state, which are eventually reflected in social isolation and even family strangement⁽²³⁾. Care becomes of poor quality, characterized by negligence and recklessness. The elderly may be treated rudely, and abusive behaviors can be observed⁽²³⁻²⁴⁾. These attitudes are related to the DE phase of BS, which among the other dimensions is the one that stands out the most; it is when the caregiver experiences feelings of emotional coldness and insensitivity in response to EE⁽²⁴⁾.

In view of this reality, it is emphasized that greater attention should be paid to informal caregivers⁽²⁵⁻²⁶⁾, offering them psychological and social support. These strategies are fundamental to enable caregivers to perform their functions in a satisfactory manner. There is also a need for the creation of



mal⁽²⁵⁾. Em adição, Pereira e Soares enfatizam que o lazer também deverá ser destaque na promoção da saúde do cuidador⁽²⁶⁾. Essas ações se tornam primordiais ao passo que contribuem para o bem-estar e a qualidade de vida do cuidador informal.

Além disso, deve-se implementar uma reorganização do modo de trabalho. É importante que haja a percepção do significado do trabalho e que o cuidador se sinta engajado e responsável por aquilo que faz, sem sentir-se coagido por normas e políticas rígidas. Assim, uma das principais estratégias para prevenir a síndrome é enfatizar a promoção dos valores humanos no ambiente de trabalho, para fazer dele uma fonte de saúde e realização⁽⁶⁾.

Para que a assistência prestada a pessoa idosa seja integral e qualificada, a qualificação do cuidador informal, torna-se primordial, uma vez que, possibilita que o cuidador disponha de mais recursos para auxiliar a pessoa idosa no desempenho de suas AVD, favorecendo a autonomia do idoso, além de oferecer um cuidado integral e humanizado⁽²⁷⁾.

Porém, um dos pontos que chamam a atenção é o fato de que a maioria dos cuidadores informais não possuem capacitação para atuarem no cuidado a idosos. Diante disso, observa-se a importância de capacitar e treinar estes profissionais, através da instituição de políticas públicas voltadas a esse público, para que possam atender as necessidades da pessoa idosa, e, ao mesmo tempo, diminuir a sobrecarga inerente ao ato de cuidar.

Diante do exposto, observa-se que os cuidadores informais de idosos dependentes estão expostos constantemente a fatores de risco que desencadeiam a SB, fato que torna essencial o seu diagnóstico precoce. Em adição, enfatiza-se que intervenções e estratégias focadas nesse grupo podem ajudar a melhorar a saúde mental e física do cuidador, além de promover a prestação de um cuidado de qualidade ao idoso com declínio na capacidade funcional.

Considerações Finais

Paralelamente ao aumento da população idosa, ocorre o aumento da necessidade de cuidadores, tendo em vista que, o envelhecimento traz consigo a diminuição da capacidade funcional para realização das AVD pelo idoso. Nesse sentido, observa-se que o ato de cuidar, especialmente em situações de dependência, pode ser uma condição estressante. As atividades desempenhadas pelos cuidadores informais, na maioria das vezes, geram uma sobrecarga, que poderá desencadear a SB.

Torna-se evidente a importância da minimização dos agentes estressores presentes no ambiente de trabalho do cuidador informal, sendo indispensável, cuidar de quem cuida, valorizando e dignificando o papel do cuidador informal, tendo em vista que, os próprios profissionais de saúde tendem a centrar suas ações no idoso dependente, esquecendo-se do cuidador, figura tão importante para assegurar a continuidade do cuidado.

Mesmo com o aumento da incidência da SB em cuidadores informais, ainda, são escassos estudos que avaliem a temática, mostrando-se a necessidade de mais pesquisas interdisciplinares sobre a SB, bem como investigações referentes a identificação de possíveis fatores que a desencadeiam de

support groups by primary care professionals, aimed at informal caregivers⁽²⁵⁾. In addition, Pereira and Soares emphasize that leisure should also be highlighted in promoting the caregivers' health²⁶. These actions become paramount as they contribute to the well-being and quality of life of informal caregivers.

A reorganization of the way of working must also be implemented. A perception of the meaning of work is necessary, and caregivers must feel engaged and responsible for what they do, without feeling coerced by rigid rules and policies. Thus, one of the main strategies to prevent the syndrome is to emphasize the promotion of human values in the workplace, to make it a source of health and fulfillment⁽⁶⁾.

In order that the assistance provided to the elderly people may be comprehensive and qualified, it is of great importance that informal caregivers be qualified because this will allow the caregivers to have more resources to assist the elderly in the performance of their ADL, favoring their autonomy, in addition to offering comprehensive and humanized care⁽²⁷⁾.

However, one of the points that draw attention is the fact that the majority of informal caregivers do not have training to work in the care of the elderly. There is, therefore, a need to qualify and train these professionals through the creation of public policies aimed at this public, so that they can meet the needs of the elderly, and, at the same time, reduce the overload inherent in the act of caring.

Given the above, it is observed that informal caregivers of dependent elderly people are constantly exposed to risk factors that trigger BS, a fact that makes their early diagnosis essential. Furthermore, we stress that interventions and strategies focused on this group can help improve the caregivers' mental and physical health, as well as promote the provision of quality care to elderly people with loss of functional capacity.

Final considerations

In parallel with the increase in the elderly population, there has been a growing need for caregivers, considering that aging brings with it loss of functional capacity to perform ADL on the part of the elderly. In this sense, it is observed that the act of providing care, especially in situations of dependence, can be stressful. The activities performed by informal caregivers, in most cases, generate an overload that may ultimately trigger BS.

Minimizing the stressors present in the work environment of informal caregivers is important. It is fundamental to give attention to the caregivers, valuing and dignifying their role, considering that the health professionals themselves tend to focus their actions on the dependent elderly while little attention is given to the caregivers, actors who are indispensable to ensure the continuity of care.

Despite the increase in the incidence of BS among informal caregivers, there are still few studies evaluating this theme, showing the need for more interdisciplinary research on BS, as well as inves-



forma a propor novas condutas intervencionistas. Soma-se, a importância de se desenvolverem políticas públicas que deem suporte ao cuidador, aliviando sua sobrecarga laboral e emocional, evitando assim o seu adoecimento.

Questões para reflexão

1. A síndrome de Burnout é determinada por um conjunto de sinais e sintomas que são agrupados em três dimensões distintas e relacionadas. Acerca das dimensões da síndrome associe a coluna A com a B:

Coluna A	Coluna B
(1) Exaustão Emocional	() O profissional se avalia de forma negativa, mostrando-se insatisfeito com seu desempenho profissional.
(2) Despersonalização	() Refere-se a um sentimento de fadiga, desgaste e esgotamento emocional.
(3) Redução da realização pessoal	() Corresponde ao desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas, distanciadas e desumanizadas e consequente distanciamento interpessoal.

Assinale a alternativa correta:

- a. 1, 2, 3
- b. 2, 3, 1
- c. 2, 1, 3
- d. 3, 1, 2
- e. 3, 2, 1

2. Assinale a assertiva correta.

- a. São fatores que desencadeiam a síndrome de Burnout em cuidadores de idosos a idade, a sobrecarga de trabalho, o nível de capacitação do cuidador informal.
- b. O principal instrumento utilizado para o diagnóstico da síndrome de Burnout é o Maslach Burnout Inventory, avaliando a exaustão emocional e a despersonalização, apenas.
- c. O cuidador informal está imune ao aparecimento da síndrome de Burnout tendo em vista que não possui vínculo afetivo com o idoso.
- d. Até o momento, ainda não se tem informações acerca das possíveis intervenções destinadas a prevenção da síndrome de Burnout.
- e. A presença de demência no idoso não pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento da síndrome de Burnout em cuidadores informais.

tigations about the identification of possible factors that trigger it, in order to propose new interventionist approaches. It is also important to develop public policies that support caregivers, relieve their work and emotional overload, and thus prevent them from becoming ill.

Questions for reflection

1. Burnout syndrome is determined by a set of signs and symptoms that are grouped into three distinct and related dimensions. Regarding these dimensions, associate column A with B:

Column A	Column B
(1) Emotional exhaustion	() The professional has a negative self-evaluation, showing dissatisfaction toward his own professional performance.
(2) Depersonalization	() It refers to a feeling of fatigue, wear and emotional depletion.
(3) Reduction of personal achievement	() It corresponds to the development of negative, detached and dehumanized feelings and attitudes and consequent interpersonal detachment.

Check the correct alternative:

- a. 1, 2, 3
- b. 2, 3, 1
- c. 2, 1, 3
- d. 3, 1, 2
- e. 3, 2, 1

2. Check the correct statement.

- a. The factors that trigger the Burnout syndrome in caregivers of elderly people are age, work overload, and level of training of the informal caregiver.
- b. The main instrument used for the diagnosis of Burnout syndrome is the Maslach Burnout Inventory, which evaluates emotional exhaustion and depersonalization only.
- c. Informal caregivers are immune to the appearance of Burnout syndrome, since they have no affective bond with the elderly.
- d. So far, there is still no information about possible interventions aimed at preventing Burnout syndrome.
- e. The presence of dementia in the elderly cannot be considered a risk factor for the development of Burnout syndrome in informal caregivers.



Referências

1. Prado AS, Carvalho SMR, Carvalho, TR, Lopes FS, Nobre TAO, Lopes BS. Relação entre esgotamento profissional, qualidade de vida e tempo de serviço em cuidadores de idosos. *Revista Kairós: Gerontologia*, 2017; 20 (3): 179-189.
2. Roquete FF, Batista CCRF, Arantes RC. Demandas assistenciais e gerenciais das instituições de longa permanência para idosos: uma revisão integrativa (2004-2014). *Rev. Bras. de Geriatria e Gerontologia*, 2017; 20 (2).
3. Oliva-Moreno J, Peña-Longobardo LM, García-Mochón L, Del Rio Lozano M, Mosquera Metcalfe I, García-Cavalcante MDM. The economic value of time of informal care and its determinants (The CUIDARSE Study). *PLoS One*, 2019;14(5): e0217016.
4. Alves LCDS, Monteiro DQ, Bento SR, Hayashi VD, Pelegrini LNDC, Vale FAC. Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia: A systematic review. *Dementia & Neuropsychologia*, 2019; 13(4): 415-421.
5. Brandão FSR, Costa BGS, Cavalcanti ZR, Bezerra MR, Alencar LCA, Leal MCC. Sobrecarga dos cuidadores idosos assistidos por um serviço de atenção domiciliar. *Rev Enferm UFPE*, 2017; 11 (1): 272-9.
6. Pêgo FPL, Pêgo DR. Síndrome de Burnout. *Rev Bras Med Trab*, 2016; 14 (2): 171-6.
7. Yildizhan E, Ören N, Erdoğan A, Bal F. The Burden of Care and Burnout in Individuals Caring for Patients with Alzheimer's Disease. *Community Ment Health J* 2019 Feb;55(2):304-10.
8. Santos SOS et al. A síndrome de Burnout e os Profissionais de Saúde: Uma Revisão Integrativa. *Dê Ciência em Foco*, 2019; 3 (2): 111-119.
9. Benevides-Pereira A. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
10. Menezes PCM, Alves ESRC, Araújo Neto SA, Davim RMB, Guaré RO. Síndrome de Burnout: Uma Análise Reflexiva. *Rev enferm UFPE on line*, 2017; 12 (11): 5092-10.
11. Bakof KK, Schuch NJ, Boeck CR. Síndrome de Burnout em Cuidadores de Idosos com Demência. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*, 2019; 20 (2): 591-602.
12. Paula SA, Ferreira WFS, Oliveira EC, Dutra DA. Síndrome de Burnout: uma análise acerca de sua compreensão para a enfermagem. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 2018; 12 (13).
13. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*, 2014; 12 (10):1052-60.
14. Mazoco VA, Suguihura ALM, Wechsler AM. Impacto Psicológico em Cuidadores de Pessoas com a Doença de Alzheimer. *Psicologia - Saberes & Práticas*, 2017; 1 (1): 69-76.

References

1. Prado AS, Carvalho SMR, Carvalho, TR, Lopes FS, Nobre TAO, Lopes BS. Relação entre esgotamento profissional, qualidade de vida e tempo de serviço em cuidadores de idosos. *Revista Kairós: Gerontologia*, 2017; 20 (3): 179-189.
2. Roquete FF, Batista CCRF, Arantes RC. Demandas assistenciais e gerenciais das instituições de longa permanência para idosos: uma revisão integrativa (2004-2014). *Rev. Bras. de Geriatria e Gerontologia*, 2017; 20 (2).
3. Oliva-Moreno J, Peña-Longobardo LM, García-Mochón L, Del Rio Lozano M, Mosquera Metcalfe I, García-Cavalcante MDM. The economic value of time of informal care and its determinants (The CUIDARSE Study). *PLoS One*, 2019;14(5): e0217016.
4. Alves LCDS, Monteiro DQ, Bento SR, Hayashi VD, Pelegrini LNDC, Vale FAC. Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia: A systematic review. *Dementia & Neuropsychologia*, 2019; 13(4): 415-421.
5. Brandão FSR, Costa BGS, Cavalcanti ZR, Bezerra MR, Alencar LCA, Leal MCC. Sobrecarga dos cuidadores idosos assistidos por um serviço de atenção domiciliar. *Rev Enferm UFPE*, 2017; 11 (1): 272-9.
6. Pêgo FPL, Pêgo DR. Síndrome de Burnout. *Rev Bras Med Trab*, 2016; 14 (2): 171-6.
7. Yildizhan E, Ören N, Erdoğan A, Bal F. The Burden of Care and Burnout in Individuals Caring for Patients with Alzheimer's Disease. *Community Ment Health J* 2019 Feb;55(2):304-10.
8. Santos SOS et al. A síndrome de Burnout e os Profissionais de Saúde: Uma Revisão Integrativa. *Dê Ciência em Foco*, 2019; 3 (2): 111-119.
9. Benevides-Pereira A. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
10. Menezes PCM, Alves ESRC, Araújo Neto SA, Davim RMB, Guaré RO. Síndrome de Burnout: Uma Análise Reflexiva. *Rev enferm UFPE on line*, 2017; 12 (11): 5092-10.
11. Bakof KK, Schuch NJ, Boeck CR. Síndrome de Burnout em Cuidadores de Idosos com Demência. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*, 2019; 20 (2): 591-602.
12. Paula SA, Ferreira WFS, Oliveira EC, Dutra DA. Síndrome de Burnout: uma análise acerca de sua compreensão para a enfermagem. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 2018; 12 (13).
13. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*, 2014; 12 (10):1052-60.
14. Mazoco VA, Suguihura ALM, Wechsler AM. Impacto Psicológico em Cuidadores de Pessoas com a Doença de Alzheimer. *Psicologia - Saberes & Práticas*, 2017; 1 (1): 69-76.



15. Santos-Orlandi AA, Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM et al. Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. *Esc Anna Nery*, 2017; 21 (1): 1-8.

16. Alves LCS, Monteiro DQ, Bento SR, Hayashi VD, Pelegrini LNC, Vale FAC. Burnout syndrome in caregivers of patients with dementia. *Dement Neuropsychol*, 2019;13(4): 415-421.

17. Diniz MAA, Melo BRDS, Neri KH, Casemiro FG, Figueiredo LC, Gaioli CCLDO et al. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018: 23, 3789-3798.

18. Gomes NP, Pedreira LC, Gomes NP, Fonseca EOS, Reis LA, Santos AA. Health-related consequences of caring for dependent relatives in older adult caregivers. *Rev. esc. enferm. USP*, 2019; 53: e03446.

19. Pereira S, Duque E. Cuidar de Idosos Dependentes – A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares. *Revista Kairós - Gerontologia*, 2017; 20(1): 187-202.

20. Akbari M, Alavi M, Irajpour A, Maghsoudi J. Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: a narrative review. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 2018; 23 (5): 329-37.

21. Vicente CS, Oliveira RA. Burnout em Cuidadores Formais de Idosos e Doentes Crônicos-Atualidades. *Psychology, Community & Health*, 2015; 4 (3): 132-144.

22. Hiyoshi-Taniguchi K, Becker CB, Kinoshita A. What behavioral and psychological symptoms of dementia affect caregiver burnout? *Clin Gerontol*, 2018; 41 (3): 249-54.

23. Silveira ALP, Colleta TCD, Ono HRB, Woitas LR, Soares SH, Andrade VLA et al. Síndrome de Burnout: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. *Belo Horizonte. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 2016; 14 (3): 275-284

24. Cooper C, Marston L, Barber J, Livingston D, Rapaport P, Higgs P et al. Do care homes deliver person-centred care? A cross-sectional survey of staff-reported abusive and positive behaviours towards residents from the MARQUE (Managing Agitation and Raising Quality of Life) English national care home survey. *Plos One*, 2018; 13 (3): e0193399.

25. Souza LR, Hanus JS, Libera LBD, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2015; 23 (2): 140-149.

26. Pereira LSM, Soares SM. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Ciênc. saúde coletiva*, 2015; 20 (12): 3839-3851.

27. Zarit SH, Reamy AM. Future Directions in Family and Professional Caregiving for the Elderly. *Gerontology*, 2013; 59: 152-158.

15. Santos-Orlandi AA, Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM et al. Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. *Esc Anna Nery*, 2017; 21 (1): 1-8.

16. Alves LCS, Monteiro DQ, Bento SR, Hayashi VD, Pelegrini LNC, Vale FAC. Burnout syndrome in caregivers of patients with dementia. *Dement Neuropsychol*, 2019;13(4): 415-421.

17. Diniz MAA, Melo BRDS, Neri KH, Casemiro FG, Figueiredo LC, Gaioli CCLDO et al. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018: 23, 3789-3798.

18. Gomes NP, Pedreira LC, Gomes NP, Fonseca EOS, Reis LA, Santos AA. Health-related consequences of caring for dependent relatives in older adult caregivers. *Rev. esc. enferm. USP*, 2019; 53: e03446.

19. Pereira S, Duque E. Cuidar de Idosos Dependentes – A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares. *Revista Kairós - Gerontologia*, 2017; 20(1): 187-202.

20. Akbari M, Alavi M, Irajpour A, Maghsoudi J. Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: a narrative review. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 2018; 23 (5): 329-37.

21. Vicente CS, Oliveira RA. Burnout em Cuidadores Formais de Idosos e Doentes Crônicos-Atualidades. *Psychology, Community & Health*, 2015; 4 (3): 132-144.

22. Hiyoshi-Taniguchi K, Becker CB, Kinoshita A. What behavioral and psychological symptoms of dementia affect caregiver burnout? *Clin Gerontol*, 2018; 41 (3): 249-54.

23. Silveira ALP, Colleta TCD, Ono HRB, Woitas LR, Soares SH, Andrade VLA et al. Síndrome de Burnout: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. *Belo Horizonte. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 2016; 14 (3): 275-284

24. Cooper C, Marston L, Barber J, Livingston D, Rapaport P, Higgs P et al. Do care homes deliver person-centred care? A cross-sectional survey of staff-reported abusive and positive behaviours towards residents from the MARQUE (Managing Agitation and Raising Quality of Life) English national care home survey. *Plos One*, 2018; 13 (3): e0193399.

25. Souza LR, Hanus JS, Libera LBD, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2015; 23 (2): 140-149.

26. Pereira LSM, Soares SM. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Ciênc. saúde coletiva*, 2015; 20 (12): 3839-3851.

27. Zarit SH, Reamy AM. Future Directions in Family and Professional Caregiving for the Elderly. *Gerontology*, 2013; 59: 152-158.



PPGenf
Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da UFPI -



GEMESE/UFPI
Grupo de Estudos sobre a Multidimensionalidade
do Envelhecimento, Saúde e Enfermagem

Organizadores:

Maria do Livramento Fortes Figueiredo (Lider do Grupo)
Cynthia Roberta Dias Torres Silva
Rutielle Ferreira Silva
Sarah Giulia Bandeira Felipe

