

A MULTIDIMENSIONALIDADE DO ENVELHECIMENTO: conhecer para cuidar

A MULTIDIMENSIONALIDADE DO ENVELHECIMENTO: conhecer para cuidar



Ebook 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
Rutelle Ferreira Silva
Sarah Giulia Bandeira Felipe



edufpi
Teresina-PI
2020

E-Book - versão Português
Produção:
GEMESE/PPGEnf/UFPI
2020

A MULTIDIMENSIONALIDADE DO ENVELHECIMENTO: conhecer para cuidar

A MULTIDIMENSIONALIDADE DO ENVELHECIMENTO: conhecer para cuidar



Ebook 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:

Mana do Livramento Fortes Figueiredo (Lider do Grupo)
Cynthia Roberta Dias Torres Silva
Rubelle Ferreira Silva
Sarah Giulia Bandeira Felipe



edufpi
Teresina-PI
2020

E-Book - versão Português

Produção:

GEMESE/PPGEnf/UFPI

2020



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ
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 Reservado



Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

- M961 A multidimensionalidade do envelhecimento:
conhecimento 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 Bilingue.
Organização: Grupo de Estudos sobre a
Multidimensionalidade do Envelhecimento, Saúde e
Enfermagem – GEMESE/UFPI.
ISBN
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

Sumário

APRESENTAÇÃO	6
Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo	
PREFÁCIO	8
Profª Drª Maria Cecília Minayo	
CAPÍTULO 1- REFLEXÕES ACERCA DO ENVELHECIMENTO E DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA	12
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	23
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	55
Andreia Karla de Carvalho Barbosa Cavalcante Ana Paula Cardoso Costa Roslanny 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	68
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	84
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	95
Rutielle Ferreira Silva Maria do Livramento Fortes Figueiredo Jullyanne dos Santos Nolêto Jefferson Abraão Caetano Lira	
CAPÍTULO 8 -TRANSTORNO DO SONO EM IDOSOS	110
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	118
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	133
Jefferson Abraão Caetano Lira Débora dos Reis Soares Bianca Maria Aguiar de Oliveira Álvaro Sepúlveda Carvalho Rocha Lídyia Tolstenko Nogueira	
CAPÍTULO 11- SAÚDE MENTAL, ENVELHECIMENTO E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	142
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	153
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	170
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-BEM-ESTAR DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS ACAMADOS NO DOMICÍLIO 188

Ruth Suelle Barros

Maria do Livramento Fortes Figueiredo

CAPÍTULO 15- CUIDAR DE SI E DO OUTRO: IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL DE CUIDADORES DE IDOSOS 199

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

CAPÍTULO 16- SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS DEPENDENTES 211

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 220

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.

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.

Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Autora e Organizadora do E-Book – Bilíngue

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

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!

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. Conclui 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, conclui 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 conclama 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 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 seleto 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 enterrar, 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!

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 promoção 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 atendimento 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 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

Experencia-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 Eliade¹⁰, 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 credices, 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

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 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. Roach¹⁸ 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 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 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 busca 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.

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.
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.

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 2020¹.

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 idoso².

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.

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

²Doutora 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).

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

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

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 pensamento³.

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 Buzzi³ 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 envelhecer¹.

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 desconhecido⁴.

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 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 razão³.

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 Buzzi³, 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 universo³.

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 envelhecer⁵.

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.

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 relações⁶.

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 saúde⁷.

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 situação⁸.

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 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-científicos⁹.

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 cuidados¹⁰.

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 reportarmo-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 conseqüente sobrecarrega, 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.

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 idoso¹¹.

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 vivem¹².

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 intensivos¹².

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 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 profissionais¹³.

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 existência¹⁴.

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 pessoas³.

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 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 dinâmica 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 o 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. Interrogarmo-nos 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 gerontogeriátrica. *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 [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.

CAPÍTULO 3

ENVELHECIMENTO E VULNERABILIDADE DE IDOSOS

Leonardo Silva da Costa⁴

Jhorrana Tunu da Silva⁵

Sarah Giulia Bandeira Felipe⁶

Cynthia Roberta DiasTorres Silva⁷

Claúdia Fabiane Gomes Gonçalves⁸

Nelson Miguel Galindo Neto⁹

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 conseqüente 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⁾.

⁴Enfermeiro. Instituto Federal de Pernambuco. Pesqueira, Pernambuco, Brasil.

⁵Enfermeira. Instituto Federal de Pernambuco. Pesqueira, Pernambuco, Brasil.

⁶Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

⁷Enfermeira. Docente do curso de enfermagem. Instituto Federal de Pernambuco. Pesqueira, Pernambuco, Brasil

⁸Enfermeira. Docente do curso de enfermagem. Instituto Federal de Pernambuco. Pesqueira, Pernambuco, Brasil

⁹Enfermeiro. Docente do curso de enfermagem. Instituto Federal de Pernambuco. Pesqueira, Pernambuco, Brasil

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 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.

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⁾.

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 visitas domiciliares aos idosos no período de fevereiro de 2015 á 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

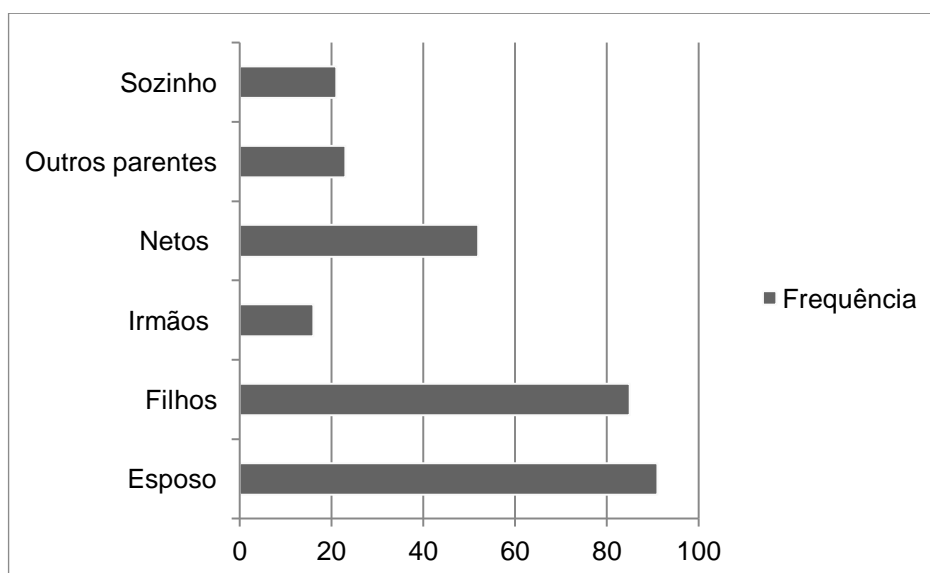
entrevista seguiu-se a avaliação de confiabilidade das respostas, sendo os questionários identificados com respostas não confiáveis excluídos da amostra final.

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%).

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



No presente estudo foi observado prevalência do público feminino. Tal dado corrobora com os estudos em âmbito nacional, que apontam o público feminino como o grupo de maior sobrevida 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)

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⁾.

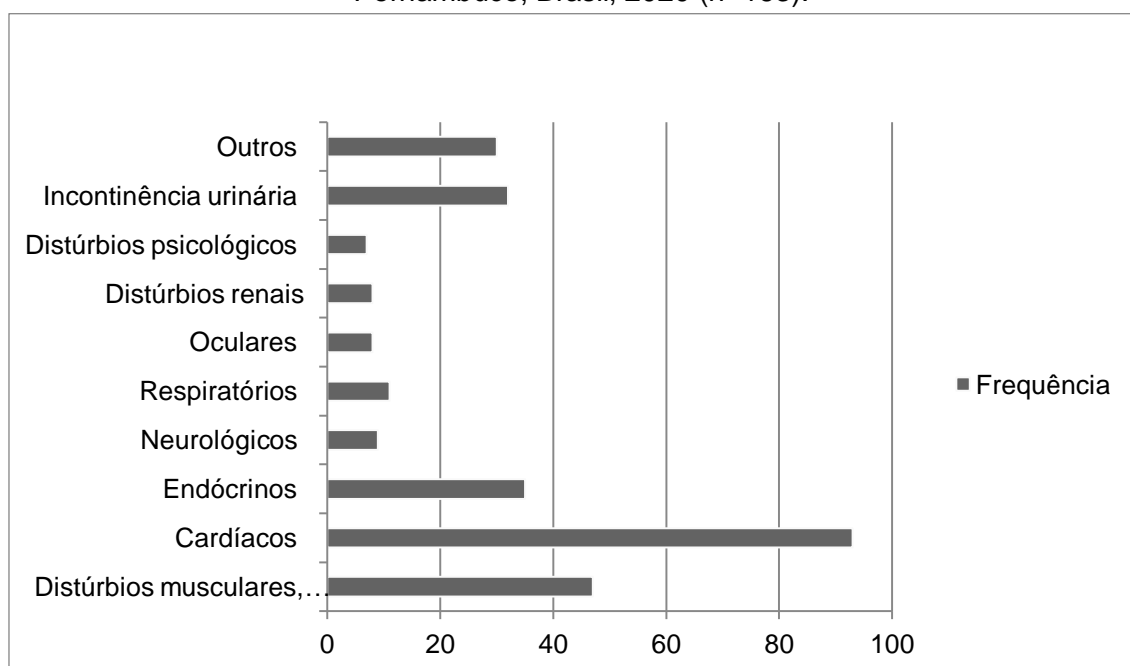
No cenário brasileiro, houve uma diminuição da disparidade entre os extremos de renda dos indivíduos, reduzindo as desigualdades sociais nos últimos anos. Todavia, essa mudança ainda não foi suficiente para influenciar positivamente na autoavaliação da saúde e na capacidade funcional dos idosos, demonstrando 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⁾.

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).

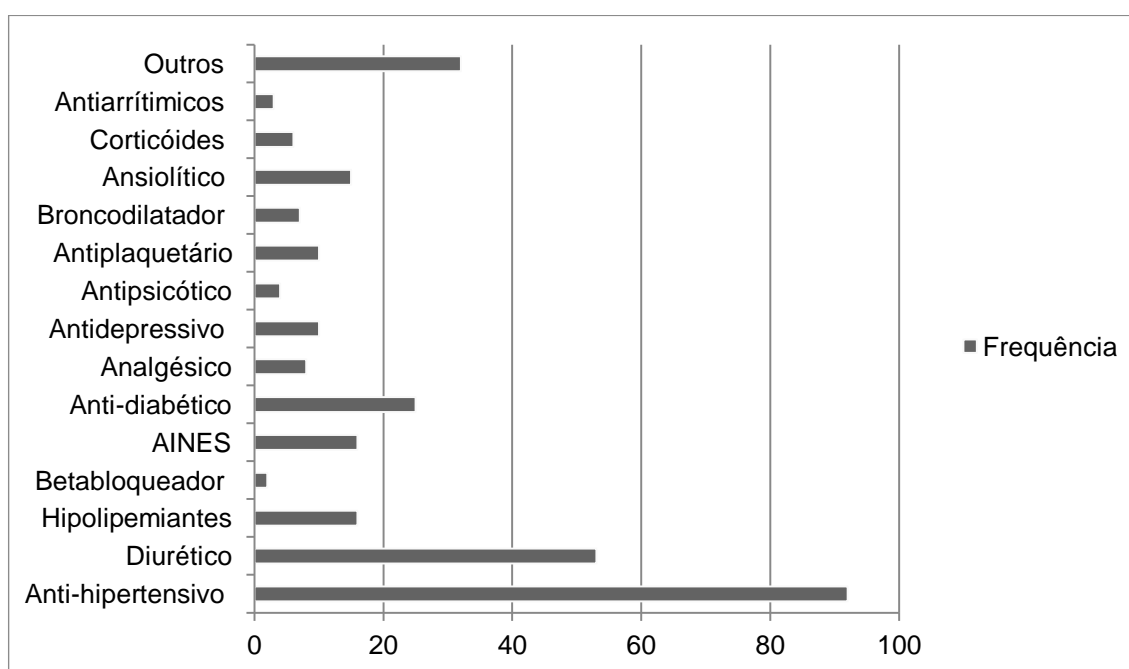


Dentre as patologias auto referidas pelos entrevistados, houve predomínio das doenças cardiovasculares. É notório que o processo de envelhecimento é permeado por doenças crônicas, de progressão gradual e alta capacidade de comprometer e reduzir a autonomia e independência do indivíduo. Em um estudo sueco, 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%).

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).

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 evidências 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.ph?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>
5. Vilhena J, Novaes JV, Rosa CM. The shadow of a body that presents itself: body image and aging. Rev Latinoam Psicopatol 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, Cançado 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/cuidadofundamental/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>

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 JRMC, Calazans 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>

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, Nasri F, 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&tlng=pt

34. Jones F. Ageing in the Caribbean and the human rights of older persons. Twin imperatives 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.pgsskroton.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. 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>

CAPÍTULO 4

FEMINIZAÇÃO DA VELHICE: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

Andreia Karla de Carvalho Barbosa Cavalcante¹⁰

Ana Paula Cardoso Costa¹¹

Rouslanny 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

¹⁰Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

¹¹Mestrando(a) em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

de envelhecimento e atuação interprofissional com a sua equipe, vislumbrando um cuidado holístico e imersivo na família. Esta estratégia 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 conseqüentemente 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.

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, seguidas 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 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 compreensão 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 Munglioli, 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⁾.

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 envolvidas 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 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?

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/trabalhoerendimento/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, Morais 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_home_m.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. Munglioli 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 Munglioli 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://bvsms.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 Sá¹²

Ana Maria Ribeiro dos Santos¹³

Julyanne dos Santos Nolêto¹⁴

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 saúde¹. 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

¹²Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – PPGENF/UFPI.

¹³Enfermeira, Doutora em Ciência, docente do PPGENF/UFPI.

¹⁴Enfermeira, 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

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 anos².

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 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 estabilidade³.

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 estados⁴.

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.

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 doméstico⁶⁻⁸.

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 população¹⁰.

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 funcionais¹¹⁻¹³.

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 inadequados¹¹⁻¹³.

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 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 perigoso¹⁴.

A queda pode ser classificada em¹⁵:

- 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 idosos¹⁶⁻¹⁸.

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 saúde¹⁹⁻²¹.

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 corporal²³.

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.

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 social²⁵.

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 fisiológicas²⁸.

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 saúde²⁸.

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 finanças²⁹.

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 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 saúde²⁹.

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 social³⁰⁻³¹.

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 futuro³³.

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 autocuidado³⁵.

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 incapacidades³⁶⁻³⁹.

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 paciente⁴⁰⁻⁴².

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 memória⁴¹⁻⁴².

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 completa⁴¹⁻⁴².

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 registos clínicos⁴³.

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: independência⁴³.

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.

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?

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/defthtm.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 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 geriatria e gerontologia. 3ª 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>
- 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, Meijide-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. 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. Acesso 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.

CAPÍTULO 6

FRAGILIDADE EM IDOSOS: ANÁLISE CONCEITUAL E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Cynthia Roberta Dias Torres Silva¹⁵

Sarah Giulia Bandeira Felipe¹⁶

Camila Evangelista de Sousa Oliveira¹⁷

Isadora Vieira Barros de Araújo¹⁸

Fernando Lopes Silva Júnior¹⁹

Maria do Livramento Fortes Figueiredo²⁰

Considerações iniciais

Nos últimos anos, observa-se mundialmente, a edificação de um modelo demográfico caracterizado pelo aumento progressivo da proporção de indivíduos idosos a redução relativa de idosos. Conseqüentemente, o envelhecimento humano que 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 consoante, 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

¹⁵Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Pernambuco. Teresina, Piauí, Brasil.

¹⁶Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

¹⁷Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

¹⁸Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil

¹⁹Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Doutor em Educação Física. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil

²⁰Docente do curso de Enfermagem. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

demográfica no Brasil, se deu de forma mais heterogênea, acelerada e polarizada, em decorrência principalmente das desigualdades socioeconômicas presentes no país ⁽⁴⁻⁵⁾.

A medida que a população envelhece, impulsiona-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⁾.

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% ⁽¹¹⁾, o que maximiza o quantitativo de idosos com incapacidades funcionais, limitações, alterações no padrão psicológico e cognitivo, e conseqüente aumento na demanda de cuidadores familiares e atenção pelos profissionais da saúde ^(12,13). Ressalta-se ainda que as diferentes prevalências podem 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 da fragilidade ser apontada como síndrome evitável e reversível, a grande proporção de idosos em vulnerabilidade e em processo de fragilização (pré-fragéis), indica urgente necessidade de implementação 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-frágeis tornaram-se frágeis em 4 anos ⁽¹⁰⁾. E 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 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.

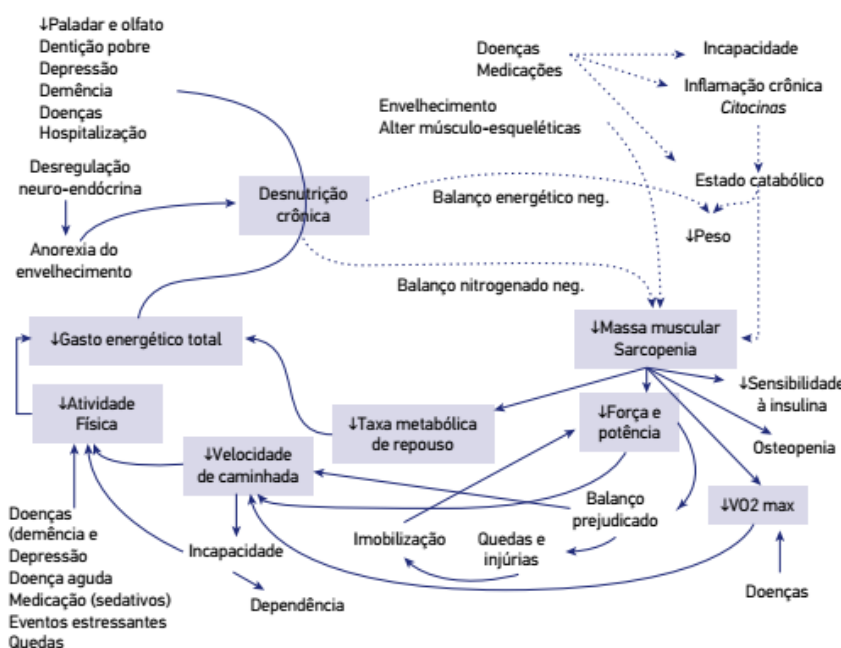


Figura 1. Ciclo decrescente de manifestações clínicas da fragilidade

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.

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 Concil 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, Bergam *et 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 - associado 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 rastreio 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).

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 preensão 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 <i>Center of Epidemiological Scale – Depression</i> (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 <i>Minnesota Leisure Time Activity</i> (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 Frail Scale* (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 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 *Vulnerable Elders 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 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 otimizará a identificação de medidas protetoras e tratamentos efetivos, podendo, inclusive, reduzir o número de incapacidades ocasionadas pela fragilidade avançada.

E 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, afim de minimizar os efeitos da fragilidade e seus desfechos negativos, além de permitirem a reorganização da atenção à população idosa.

Faz-se necessário ainda pontuar que a avaliação e identificação da fragilidade requer o conhecimento prévio acerca do envelhecimento e de suas alterações, com base em evidências científicas e alicerçado 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. *Rev Med 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 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 CADC, Jardim VMDR, 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, Karunananthan 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.
24. Freitas FFQ, Soares SM. Índice de vulnerabilidade clínico-funcional e as dimensões da funcionalidade em 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.

CAPÍTULO 7

SARCOPENIA: RASTREIO, DIAGNÓSTICO E GESTÃO

Rutielle Ferreira Silva²¹

Maria do Livramento Fortes Figueiredo²²

Jullyanne dos Santos Nolêto¹

Jefferson Abraão Caetano Lira²³

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 2030¹.

Tal fenômeno tem induzido a uma reorganização do sistema de saúde, tendo em vista a rápida mudança no perfil epidemiológico da população idosa, caracterizado pelo aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e das incapacidades funcionais, trazendo consigo grandes demandas econômicas, sociais e de saúde².

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 muscular²⁻⁴. 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 envelhecimento⁵. 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.

²¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

²²Enfermeira. 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). Teresina, Piauí, Brasil.

²³Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

Mundialmente, estima-se que a sarcopenia afetará mais de 200 milhões de idosos nos próximos 40 anos².

Diante do novo cenário em que a sarcopenia encontra-se inserida, a definição mais aceita é a do Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas (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 muscular⁶.

Sabe-se que a sarcopenia aumenta a probabilidade de resultados adversos, incluindo aumento do risco de quedas e de fraturas em idosos⁷⁻⁸, 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 saúde⁹⁻¹⁰. 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 M62.84¹².

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 EWGSOP⁹ 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 esquelético⁶.

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 grave⁶.

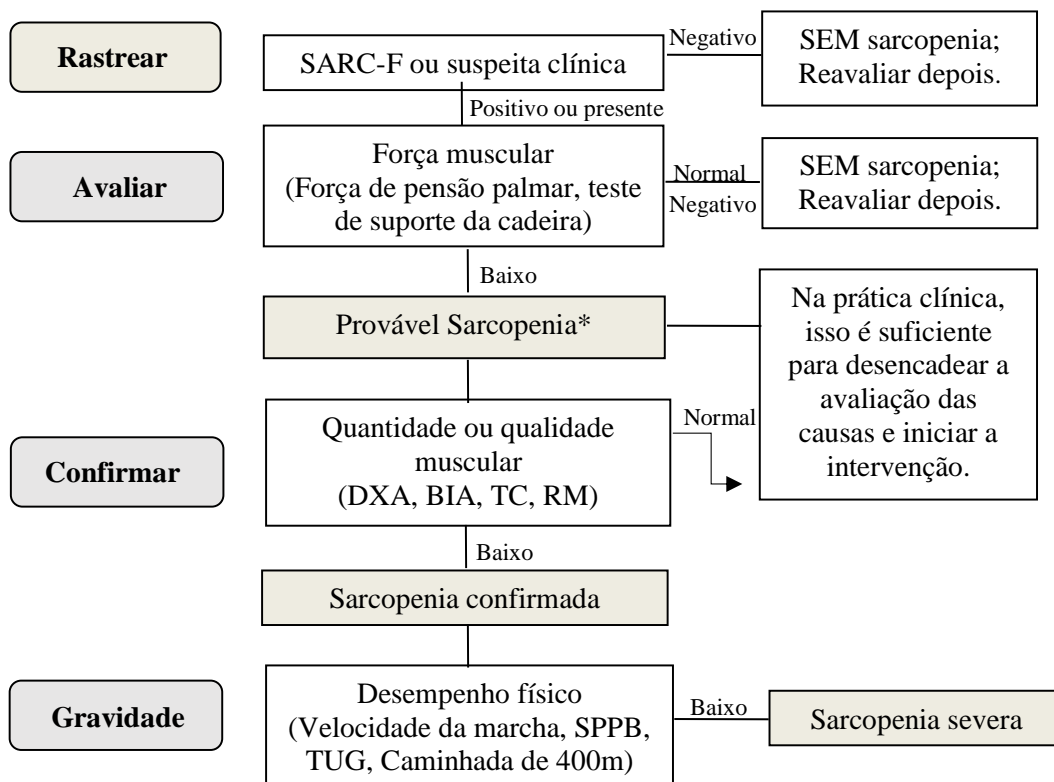
Tabela 1. Definição operacional da Sarcopenia, 2019.

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

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-F⁶.

O SARC-F foi desenvolvido e validado por Malmstrom e Morley, em 2013¹³. 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.

Barbosa-Silva, Menezes, Biellmann, Malmstrom e Gonzalez¹⁴, 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 homens⁶. 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 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}.

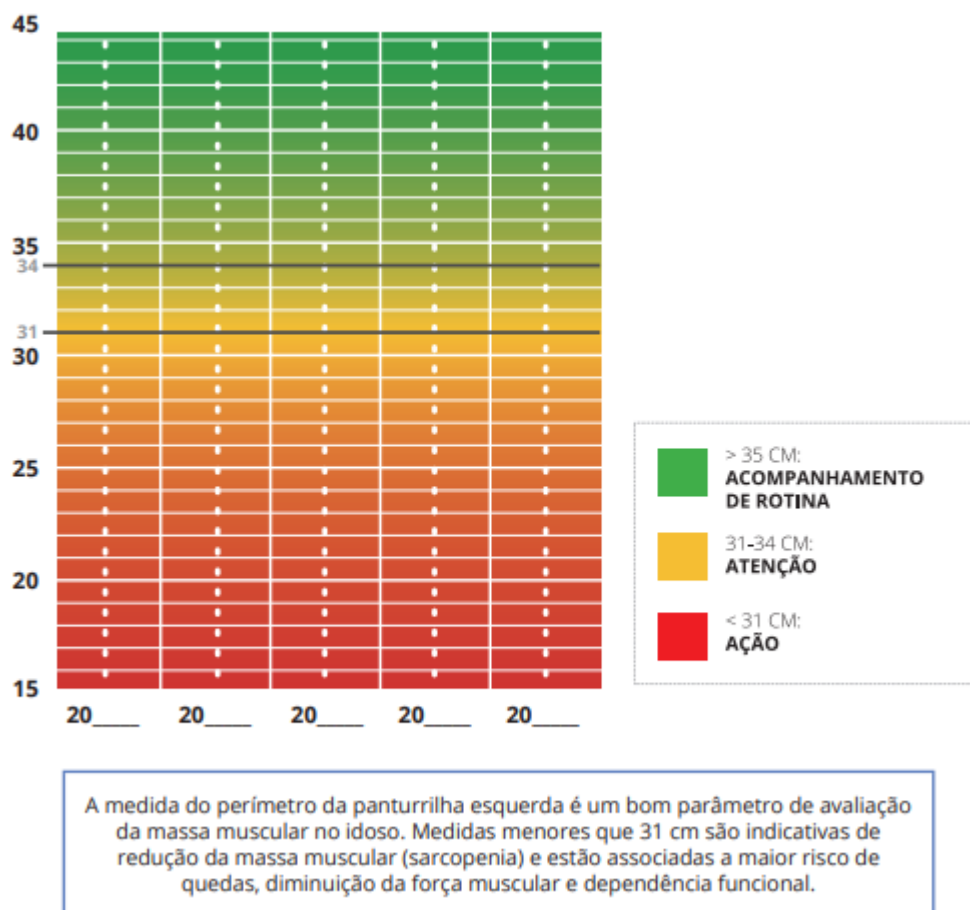
A absorptometria radiológica de dupla energia é uma técnica alternativa na avaliação da composição corporal. Apesar de ter um custo baixo, o instrumento ainda não é portátil, o que dificulta seu uso, além dos seus resultados sofrerem influência do estado de hidratação do idoso⁶.

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 muscular²⁰. Cálculos baseados na circunferência da panturrilha têm sido utilizados para correlacionar com a massa muscular²¹⁻²².

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 sarcopenia²³.

Figura 2. Perímetro da Panturrilha, 2017.



Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (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 indivíduo⁹.

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 cadeira⁹.

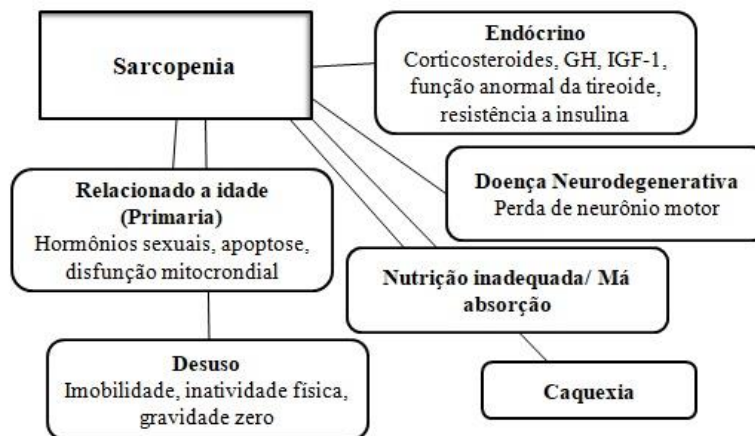
O *Short Physical Performance Battery* é um instrumento que avalia o desempenho físico, por meio de uma combinação de testes de equilíbrio, velocidade da marcha, além da força e resistência dos membros inferiores. Um instrumento completo, o qual tem sido recomendado como padrão ouro para avaliação do desempenho físico².

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 idade²⁴. 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.

Figura 3. Mecanismo de sarcopenia, 2010.



Fonte: Cruz-Jentoft, Baeyens, Bauer, Boirie, Cederholm, Landi, et al., 2010.⁹

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 morte⁶.

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 determinam²⁵. 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 idosos²⁷⁻²⁸.

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 muscular¹⁶.

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 QV¹¹.

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 QV²⁹.

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 administrado²⁹⁻³⁰. 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 doença¹¹.

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 intimamente 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 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 rastreio 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.
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 Aging*. 2012;16(2):184-7.
 11. Beaudart 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. Beaudart 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, Khaw 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.
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. Beudart 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 Carvalho²⁴

Cynthia Roberta Dias Torres Silva²⁵

Polyana Norberta Mendes²⁶

Ruth Suelle Barros Fonseca²⁷

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,

²⁴Enfermeira, Doutora, Professora na Universidade Federal do Piauí

²⁵Enfermeira, Doutoranda, Professora no Instituto Federal do Pernambuco

²⁶Enfermeira, Mestre, Professora do Centro Universitário Santo Agostinho

²⁷Enfermeira, Doutoranda, Técnico Administrativo na Universidade Federal do Piauí

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 feminino, 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 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⁾.

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 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.
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 Enfermería 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 Silva²⁸

Ana Clara dos Santos e Silva Costa²⁹

Eukália Pereira da Rocha³⁰

Considerações Iniciais

O envelhecimento populacional tem representando 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 preparem 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

²⁸Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí (UFPI)

²⁹Graduando em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí (UFPI)

³⁰Graduando em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí (UFPI)

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 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 a 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 a 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}.

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, gênero, etilismo, tabagismo, 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 a 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 maléficos 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 a 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}.

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 tem se evidenciado 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 conseqüente 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" à 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

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 a 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 como 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 mental ²².

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)

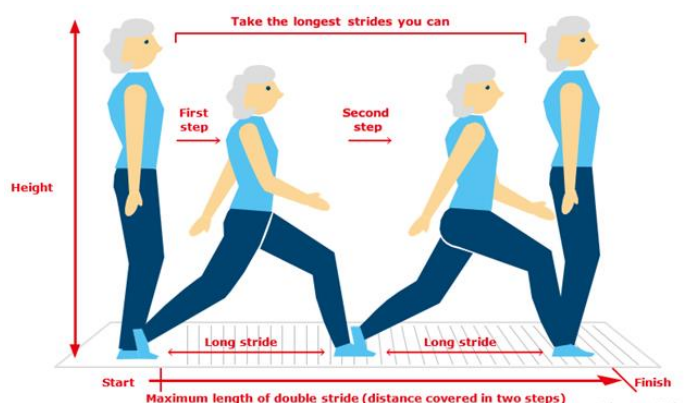
Já o two step test, consiste em avaliar a habilidade de caminhar, o equilíbrio e flexibilidade dos membros inferiores, a partir do comprimento da passada do

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 realizado 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 à 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.

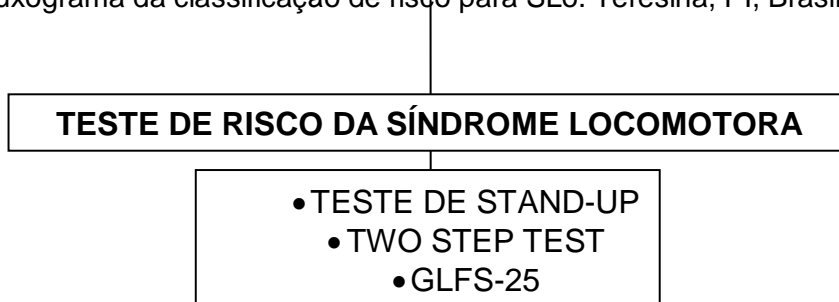
Logo, observa-se que já existem instrumentos validados e fundamentados em conhecimento científico, de fácil aplicação e de bom custo-benefício para rastreamento e diagnóstico da SLo.

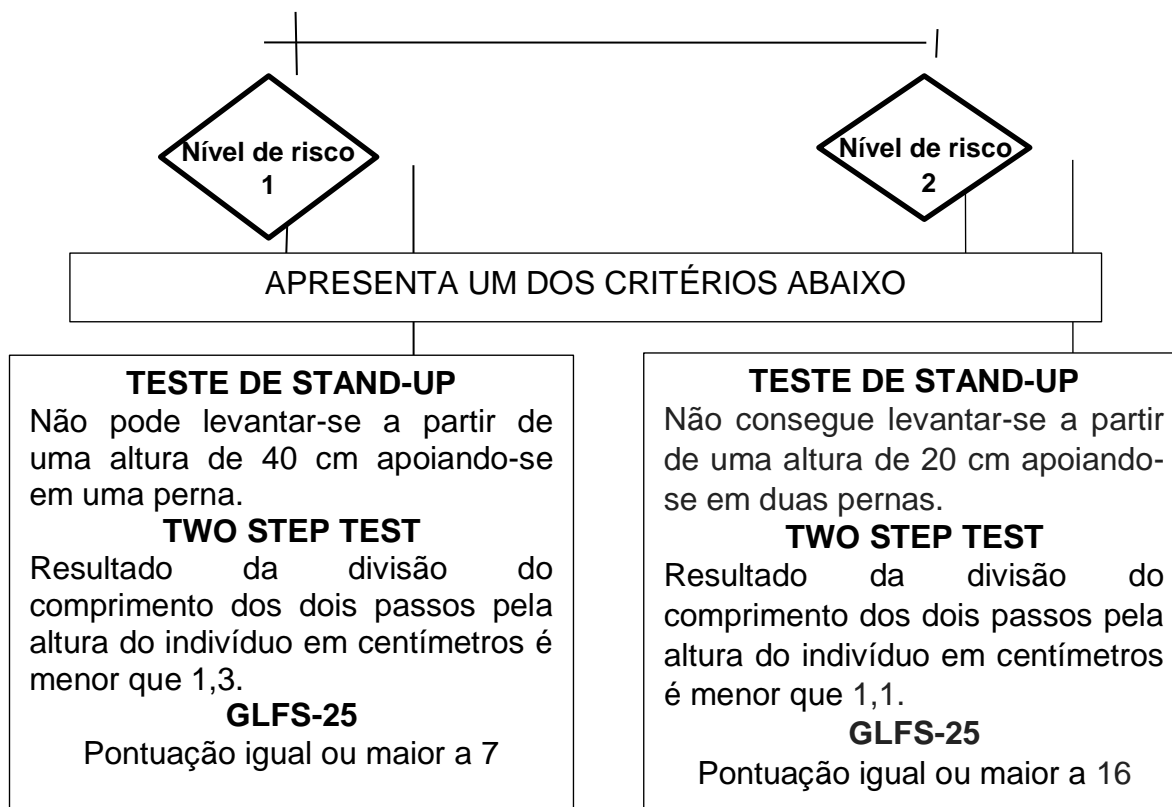
Figura 5. Ilustração do two step test.



Fonte: (JAPÃO, 2015)

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 a 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 gerado 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; tem se identificado 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 a 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 a 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 população 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. O envelhecimento populacional e o direito à saúde da pessoa idosa. Revista jurídica direito, sociedade e justiça [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. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. 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. Envelhecimento populacional e o surgimento de novas demandas de políticas públicas em Viana/ES. Espírito Santo, 2015. 239f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal do 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/. Acesso em: 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>.

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://bmcpublikealth.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://bmcgeriatr.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 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. Osteoarthr 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. Síndrome locomotora em idosos: tradução, adaptação cultural e validação brasileira do instrumento 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>.

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. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *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. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 10]; 4(4),41-49. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn4/serlVn4a05.pdf>.

CAPÍTULO 10

AUTOCUIDADO DOS PÉS PARA IDOSOS COM DIABETES MELLITUS

Jefferson Abraão Caetano Lira³¹

Débora dos Reis Soares³²

Bianca Maria Aguiar de Oliveira³³

Álvaro Sepúlveda Carvalho Rocha³⁴

Lídyia Tolstenko Nogueira³⁵

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 os 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.

³¹ Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Endereço eletrônico: j.abraaolira@gmail.com

³² Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Endereço eletrônico: deborareissoaress@gmail.com

³³ Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Endereço eletrônico: bianca-faculdade@hotmail.com

³⁴ Graduando em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Endereço eletrônico: alvaro_scr@hotmail.com

³⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Federal do Piauí. Endereço eletrônico: Lidyatn@gmail.com

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

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.

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

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, previne-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

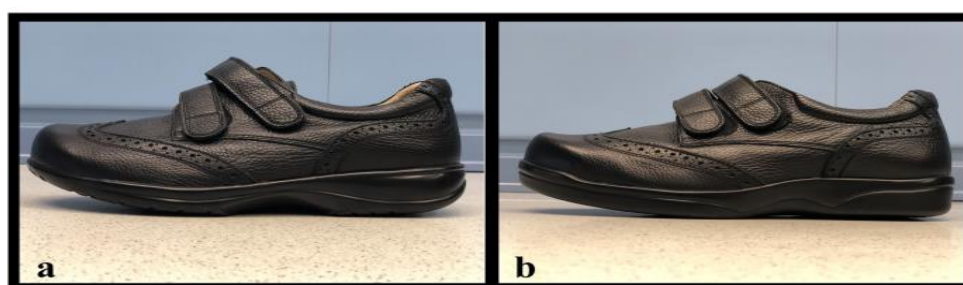


Figura 1. Exemplo de calçado rígido e semirrígido. (a) Sapato rígido; (b) Sapato semirrígido

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



Corte adequado



Corte inadequado

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 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

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 do 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

- ✓ 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?
- ✓ 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?

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.](#)
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 polyneuropathy: 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 Paula³⁶
Rutielle Ferreira Silva³⁷
Márcia Astrês Fernandes³⁸
Maria do Livramento Fortes Figueiredo³⁹

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

³⁶Mestre 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.

³⁷Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

³⁸Doutora 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).

³⁹Enfermeira. 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). Teresina, Piauí, Brasil.

idoso, tornam essa população vulnerável às doenças mentais, afetando sobremaneira a qualidade de vida e demanda de cuidados adequados.⁶⁻⁷

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.

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); de 27% (na cidade de São Paulo); 33% (na cidade de Salvador); 36,1% no estudo de Bourget e 30% nos estudos de Blay *et al* (ambos na cidade de São Paulo) ; 29,3% (na cidade de Monte Claro) 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, São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte e Minas Gerais, 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 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, Tauá e Fortaleza, 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

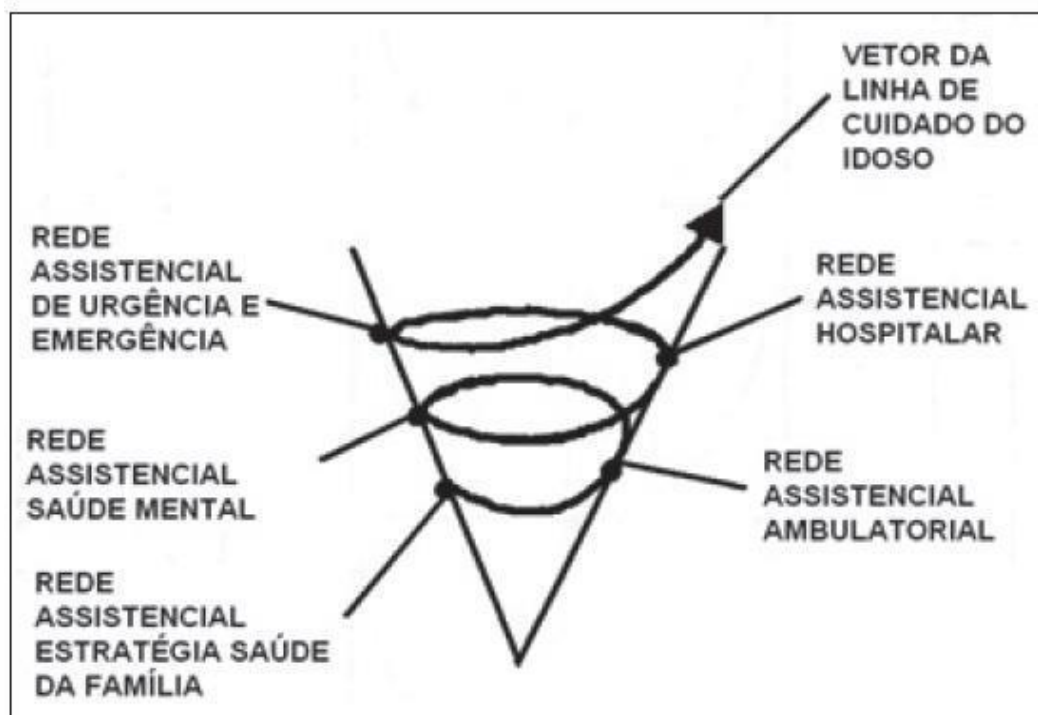
A Rede de Atenção à Saúde do Idoso

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.

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-degenerativas. 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, empatia, 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 intersetorialidade na atenção à pessoa idosa?

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.
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. *Ciê. 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.

CAPÍTULO 12

SABERES E PRÁTICAS DE ENFERMEIROS SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS POR IDOSOS

Edna Albuquerque Brito⁴⁰

Claudete Ferreira de Souza Monteiro⁴¹

Valéria Peixoto Bezerra⁴²

Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁴³

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 Unidas (2012) 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 abstinentes (ou bebedores) entre os anos de

⁴⁰Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

⁴¹Enfermeira. Doutora. Professora do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

⁴²Enfermeira. Doutora. Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

⁴³Enfermeira. Doutora. Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

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 1143 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 dependentes 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 coletada 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.

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 do Enfermeiro da ESF referentes ao consumo de álcool e outras drogas por idosos”; “Práticas da ESF quanto ao consumo de álcool e outras drogas por idosos”, “Estratégias utilizadas pelo Enfermeiro 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 sobre o consumo de álcool e outras drogas pelos 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 (P14);

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 notificação 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).

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 sobre o consumo de álcool e outras drogas pelos 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, conseqüentemente, 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 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 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 pelo Enfermeiro 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:

[...] 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 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);

[...]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 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.

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 NOVAFAPI, 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. Senger AEV, 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.

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 Ferreira⁴⁴

Paulo de Tarso Xavier Sousa Junior⁴⁵

Brenna Galtierrez Fortes Pessoa⁴⁶

George André Lando⁴⁷

Liana Maria Ibiapina do Monte Siqueira⁴⁸

Elaine Ferreira do Nascimento⁴⁹

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

⁴⁴Enfermeiro 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).

⁴⁵Graduação em Psicologia pela UniFacid| Wyden.

⁴⁶Graduada em Serviço Social (UNIFSA). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Política Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Auxiliar em Pesquisa da FIOCRUZ Piauí.

⁴⁷Pós-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

⁴⁸Assistente 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.

⁴⁹Assistente Social, Mestra e Doutora em Ciências. Coordenadora Adjunta e Pesquisadora da Fiocruz Piauí. Docente PPGPP-UFPI.

alicerçado no racismo, associado a isso, ainda temos os paradigmas sociais, como as diferenças socioculturais e inclusão social, presentes na diversidade das populações.¹

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 escolhas (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 lgbtfobia e adoção por casais

homoafetivos, estas pessoas sentem-se mais confortáveis para expressar quem elas são.⁵

Outro determinante social em destaque que realça 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 processo de envelhecimento com uma boa qualidade de vida, as pessoas idosas LGBTQI+ ainda vivenciam outros paradigmas e estereótipos em torno da velhice LGBTQI+.¹²

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:

Quadro 1 – Lista de referências contempladas por este estudo bibliográfico de caráter integrativo.

Artigo	Autores	Periódico e Ano de Publicação	Objetivos	Principais Resultados
A1	Salgado <i>et al.</i> ⁸	Ciencias	Identificar as	Percebe-se que as

		Psicológicas / 2017	representações sociais da velhice LGBT entre a população idosa.	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 <i>et al.</i> 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 <i>et al.</i> ¹⁸	The International Journal of Aging and Human	Descrever uma amostra de idosos portugueses LGB	O perfil dos participantes demonstra serem idosos que residem sozinhos,

		Development / 2019	que vivem no grande centro urbano de Lisboa.	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.
A8	Iacub <i>et al.</i> 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	Os resultados indicam que as mudanças socioculturais são vistas como algo positivo, embora surjam dúvidas sobre a profundidade e autenticidade das mudanças.

			relacionamento com os outros.	
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 <i>et al.</i> 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.
A12	Putney, Leafmeeker & 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	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

			elas se relacionam entre si e com o crescimento na vida adulta.	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 <i>queer</i> 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 <i>et al.</i> 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."
A16	Fredriksen-Goldsenet <i>al.</i> 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	Examinar a associação	Minoria sexual tem efeitos mais fracos no

		and Human Development / 2016	existente entre o envelhecimento e as minorias sexuais.	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 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. 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?

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. Idoso(a)s são acarretado(a)s com uma carga de preconceito de uma maneira maior do que seres de outras idades.

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 LGBTIQI+?
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

- ¹Caldas C. Um novo paradigma. *Rev. geriatr. gerontol.* 2015; 18(2): 237.
- ²Prado 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.
- ³Silva AKL. Diversidade sexual e de gênero: a construção do sujeito social. *Rev. NUFEN.* 2013; 5(1): 12-25.
- ⁴Butler J. *Corpos em aliança e a política das ruas: notas sobre uma teoria performativa de assembleia.* 1.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2018.
- ⁵Marques FD, Sousa, L. Portuguese older gay men: pathways to family integrity. *Paidéia.* 2016; 26(64): 149-159.
- ⁶Araújo LF. Aspectos psicossociais da velhice lgbt. *Psicologia em estudo.* 2016. 21(2): 359-361.
- ⁷Orel NA & Fruhauf CA. *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience.* Washington, DC: American Psychological Association; 2015.
- ⁸Salgado AGAT, Araújo LF, Santos JVO, Jesus LA, Fonseca LKS, Sampaio DS. Velhice LGBT: uma análise das representações sociais entre idosos brasileiros. *Ciencias Psicológicas.* 2017; 11(2): 155-163.

- ⁹Araújo LF, Carvalho VÂMDL. Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. *Mneme – Revista de Humanidades*. 2005; 6(13): 228-236.
- ¹⁰Mendes MR, Gusmão JLD, Faro ACM, Leite RDCBD. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta paulista de enfermagem*. 2005; 18(4); 422-426.
- ¹¹Camarano 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.
- ¹²Sampaio, DS. Velhice LGBT: uma análise das representações sociais entre idosos brasileiros. *Ciencias Psicológicas*. 2017; 11(2); 155-163.
- ¹³Ramalho Neto JM, Marques DKA, Fernandes MGM, Nóbrega MML. Meleis' Nursing Theories Evaluation: integrative review. *RevBrasEnferm*. 2016; 69(1); 162-8.
- ¹⁴Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. The integrative review method in organizational studies. *RevEletrGestaoSoc*. 2011; 5(11); 121-36.
- ¹⁵Marques FD, Sousa L. Portuguese Older Gay Men: Pathways to Family Integrity. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2016; 26(64); 149-159.
- ¹⁶Oswald A, Roulston K. Complex Intimacy: Theorizing Older Gay Men's Social Lives. *Journal of homosexuality*. 2018; 67(2); 223-243.
- ¹⁷Fredriksen-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. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2019; 88(4); 380-404.
- ¹⁸Pereira 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. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2019; 88(4); 422-439.
- ¹⁹Reygan F, Henderson N. All bad? Experiences of aging among LGBT elders in South Africa. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2019; 88(4); 405-421.
- ²⁰Lira KFS. Envelhecimento da população LGBT: desafios no Sertão de Pernambuco. *Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades*. 2018; 12(18).
- ²¹Iacub R, Arias CJ, Mansinho M, Winzeler M, Vazquez JR. Sociocultural Changes and the Construction of Identity in Lesbian and Gay Elderly People in Argentina. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2019; 88(4); 341-357.

- ²²Marhánková JH. Places of (in) visibility. LGB aging and the (im) possibilities of coming out to others. *Journal of aging studies*. 2019: 48; 9-16.
- ²³Shnoor Y, Berg-Warman A. (2019). Needs of the Aging LGBT Community in Israel. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2019: 89(1); 77-92.
- ²⁴Boggs JM, Portz, JD, King DK, Wright LA, Helander K, Retrum JH, Gozansky WS. Perspectives of LGBTQ older adults on aging in place: a qualitative investigation. *Journal of homosexuality*. 2016: 64(11); 1539-1560.
- ²⁵Putney 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.
- ²⁶Fabbre VD. Gender transitions in later life: A queer perspective on success fulaging. *The Gerontologist*. 2015: 55(1); 144-153.
- ²⁷Pereira H, Serrano JP, Vries B, Esgalhado G, Afonso RM, Monteiro S. Aging perceptions in older gay and bisexual men in Portugal: A qualitative study. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2017: 87(1); 5-32.
- ²⁸Suen YT. Older single gay men's body talk: Resisting and rigidifying the aging discourse in the gay community. *Journal of homosexuality*. 2016: 64(3); 397-414.
- ²⁹Fredriksen-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.
- ³⁰Barrett A, Barbee H. Variation in Subjective Aging by Sexual Minority Status: An Examination of Four Perspectives. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2016: 85(1); 44-66.
- ³¹Kim 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.
- ³²Menezes JNR, Costa MDPM, Iwata ACDNS, Araujo PM, Oliveira LG, Souza CGD, Fernandes PHPD. A visão do idoso sobre o seu processo de envelhecimento. *Revista Contexto & Saúde*. 2018: 18(35); 8-12.
- ³³Santos 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.

³⁴Sawaia B. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 14. Ed. Petrópolis: Editora Vozes Limitada; 2017.

³⁵Baére F. A mortífera normatividade: o silenciamento das dissidências sexuais e de gênero suicidadas. **Rebeh - Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**. 2019: 2(1); 128-140.

³⁶Oliveira LA, Oliveira VC. OS OS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS: um olhar sobre a reestruturação dos cuidados em saúde mental. *Psicologia E Saúde Em Debate*. 2018: 4(3); 96-109.

³⁷Foucault M. História da sexualidade: A vontade de saber (Vol 1). 9. Ed. Rio de Janeiro: Editora Paz & Terra; 2014.

³⁸Levorato CD, Mello LMD, Silva ASD, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014: 19; 1263-1274.

CAPÍTULO 14

TEORIA DO CONFORTO E O BEM-ESTAR DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES

Ruth Suelle Barros⁵⁰

Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁵¹

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 saudável 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

⁵⁰Enfermeira. Mestre e Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem PPGEnf/UFPI. Teresina PI

⁵¹ 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.

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 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 as 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.

DESENVOLVIMENTO

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

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 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, psicoespiritual, 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, psicoespiritual, 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, poder 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

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 estudo de Rezende e colaboradores e recebeu o nome de Questionário de Avaliação do Bem-Estar Global (BEG). O Alpha de Cronbach, encontrado no 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

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>
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/rbgg/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/seminabio/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/rbgg/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
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 Felipe⁵²

Camila Evangelista de Sousa Oliveira⁵³

Marina de Meneses Silva⁵⁴

Cynthia Roberta Dias Torres Silva⁵⁵

Khelyane Mesquita Carvalho⁵⁶

Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁵⁷

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,

⁵²Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil

⁵³Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

⁵⁴Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

⁵⁵Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem. Mestre em Enfermagem – UFPI. Universidade Federal do Pernambuco. Teresina, Piauí, Brasil

⁵⁶Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem. Doutora em Enfermagem – UFPI. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí – Brasil.

⁵⁷Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem. Doutora em Enfermagem – UFPI. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí – Brasil.

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 apenas 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 autopercepção 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, de cansaço, ansiedade e desespero ⁽¹⁵⁾.

Em contrapartida, a família deve receber suporte de profissionais da saúde, em especial dos enfermeiros, que possuem habilidade 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 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 a 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: alteração 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 ^(SILVA, 2018), como a ansiedade e depressão. A primeira, é caracterizada 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 a que o cuidador de idoso, quando comparado a um indivíduo não cuidador, está mais vulnerável a adquirir determinadas doenças, dentre as quais destaca-se as de cunho psiquiátrico, com o aparecimento frequente dos seguintes sintomas: tristeza, choro, sobrecarga, redução do prazer e falta 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, destacam-se instrumentos que podem ser utilizados no rastreamento 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⁾

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,	Depressão mínima: < 10 pontos. Depressão leve a moderada: 10 a 18 pontos. Depressão moderada a grave:

	suicídio, choro, irritação, interesse, autonomia, autopercepção, desempenho, sono e repouso, cansaço, apetite, emagrecimento, preocupação e libido	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 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 cunho físico 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.

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.saúde.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 CRD, 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. *Interacções*. 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.

CAPÍTULO 16

SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS DEPENDENTES

Polyana Norberta Mendes⁵⁸

Mariana Lustosa de Carvalho⁵⁹

Luana Ruth Braga Campos⁶⁰

Sarah Giulia Bandeira Felipe⁶¹

Fernando Gabriel Aires Nogueira do Nascimento⁶²

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

⁵⁸ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Substituta na Universidade Federal do Piauí

⁵⁹ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPI

⁶⁰ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem no Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade da UFPI

⁶¹ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPI

⁶² Graduando em Enfermagem na Universidade Federal do Piauí

éticos, morais, econômicos, 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⁾.

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 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 varável 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 conceito 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 razão do processo de envelhecimento demográfico. Urge se intervier 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.
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.
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: ANALÍSE REFLEXIVA

Mauriely Paiva de Alcântara e Silva⁶³

Josélia Cassia Silva do Nascimento¹

Grazielly Sobreira Marinho¹

Rutielle Ferreira Silva⁶⁴

Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁶⁵

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.

⁶³Graduanda em enfermagem pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Teresina, Piauí, Brasil.

⁶⁴Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Teresina, Piauí, Brasil.

⁶⁵Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem. Doutora em Enfermagem – UFPI. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí – Brasil

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 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 laborais ⁶. 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.

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 importantíssimas 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.

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 financeiro ¹⁵. 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, conseqüentemente, 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 SB ⁷. 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 experiencia 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 informal 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 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.

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.
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
Rutiele Ferreira Silva
Sarah Giulia Bandeira Felipe



edufpi