

Vilani Medeiros de Araújo Nunes
Organizadora

Boas práticas na gestão do cuidado e da segurança da pessoa idosa



Boas práticas na gestão do cuidado e da segurança da pessoa idosa

Reitor

José Daniel Diniz Melo

Vice-Reitor

Henio Ferreira de Miranda

Diretoria Administrativa da EDUFRN

Maria da Penha Casado Alves (Diretora)

Helton Rubiano de Macedo (Diretor Adjunto)

Bruno Francisco Xavier (Secretário)

Conselho Editorial

Maria da Penha Casado Alves (Presidente)

Judithe da Costa Leite Albuquerque (Secretária)

Adriana Rosa Carvalho

Anna Cecília Queiroz de Medeiros

Erico Gurgel Amorim

Dany Geraldo Kramer Cavalcanti e Silva

Fabício Germano Alves

Gilberto Corso

José Flávio Vidal Coutinho

Josenildo Soares Bezerra

Kamyla Álvares Pinto

Leandro Ibiapina Bevilaqua

Lucélio Dantas de Aquino

Luciene da Silva Santos

Marcelo da Silva Amorim

Marcelo de Sousa da Silva

Márcia Maria de Cruz Castro

Márcio Dias Pereira

Marta Maria de Araújo

Martin Pablo Cammarota

Roberval Edson Pinheiro de Lima

Sibele Berenice Castella Pergher

Tercia Maria Souza de Moura Marques

Tiago de Quadros Maia Carvalho

Editoração

Helton Rubiano (Coordenador)

Kamyla Álvares (Editora)

Revisão

Wildson Confessor (Coordenador)

Luciano Vagno (Colaborador)

Vitor Matheus (Colaborador)

Design editorial

Rafael Campos (Coordenador)

Ivo Lima (Projeto gráfico)

Giulia Gabriela (Ilustrações)

Vilani Medeiros de Araújo Nunes
Organizadora

Boas práticas na gestão do cuidado e da segurança da pessoa idosa

Revisão técnica

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Gilson de Vasconcelos Torres

Gislani Acásia da Silva Toscano

Larissa de Albuquerque Costa

Márcia Vieira de Alencar Caldas

Mayara Priscilla Dantas Araújo

Thaiza Teixeira Xavier Nobre

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Viviane Peixoto dos Santos Pennafort

“Você pode viver até os cem anos se você desistir de todas as coisas que fazem você querer viver até os cem.”

Woody Allen

Dedicado aos nossos avós e aos nossos pais.

Apresentação

Este livro visa subsidiar orientações acerca das boas práticas relacionadas com o cuidado dispensado às pessoas idosas, que começaram a ganhar relevância política nos últimos vinte anos do século XX. É recomendado para cuidadores, profissionais e acadêmicos da área da saúde, gestores de instituições de acolhimento e interessados na temática da atenção à pessoa idosa.

Está dividido em 5 Eixos Temáticos, distribuídos em 30 capítulos que incluem diferentes aspectos relacionados ao processo de envelhecimento humano nas dimensões biológica, psicológica e social, com destaque na segurança e qualidade do cuidado às pessoas idosas nas diversas dimensões, desde abordagens para prevenção, promoção da saúde, rastreamento, monitoramento, até a reabilitação de idosos robustos, em risco de vulnerabilidade, ou frágeis.

Após a Constituição brasileira de 1988, diversos tópicos relativos aos direitos das pessoas idosas ganharam espaço, com a inserção de ações de assistência social no âmbito das políticas públicas. No Brasil, as pessoas com mais de 60 anos

representam uma parcela crescente da população, e cada vez mais vivem só ou em pequenas famílias, ou, ainda, residindo sob os cuidados das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Considerando as diversas situações de vulnerabilidade em que a maioria das pessoas idosas institucionalizadas se encontra e relacionando a temática do cuidado ofertado e dos aspectos referentes à segurança, o Grupo de Estudos em Envelhecimento Humano (Longevider), integrante do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (PPGQualisaúde), sediado no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), propôs a realização de oficinas de formação. Nelas, foram abordados temas que retratam vários aspectos da qualidade do cuidado à pessoa idosa. A partir dessas iniciativas, foi proposta a idealização desse livro.

Agradecemos a todos os colaboradores e os profissionais da saúde de diversos órgãos, que prestigiaram nossos encontros, ILPI dos municípios de Natal, Macaíba e Parnamirim, bem como a Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN e a Secretaria Municipal da Saúde de Natal com seus órgãos anexos. Por fim, agradecemos a toda a equipe do Grupo Longevider, composta por pesquisadores, docentes e discentes de variados cursos de graduação e pós-graduação da UFRN

que, mesmo diante das dificuldades, acreditaram na possibilidade de concretizarmos esse sonho e aceitaram o desafio de elaborarmos esse material tão rico.

Finalmente, a publicação deste livro certamente permitirá a ampliação do conhecimento de todos sobre a multidimensionalidade do envelhecimento humano, bem como diversas formas e modos de cuidado à população idosa, que é sem dúvidas a que mais cresce no Brasil e no mundo.

Prezados leitores, divulguem nas redes sociais do Grupo Longeviver/UFRN (Instagram: @grupolongeviver_ufrn) a sua análise crítica e o seu comentário, pois motivará o aprimoramento para futuras publicações.

Estamos apenas começando. Temos muito que aprender ainda e partilhar!

Profª. Dra. Vilani Medeiros de A. Nunes

Líder do Grupo Longeviver/UFRN

Prefácio

É com muita honra e satisfação que realizo a missão de prefaciá-la uma obra tão relevante, considerando seu objeto, isto é, a gestão do cuidado e a segurança do paciente idoso. Em primeiro lugar, porque a pessoa que me fez o convite, a organizadora do livro, Vilani Medeiros de Araújo Nunes, é uma grande amizade que conquistei em minhas atividades profissionais no querido estado do Rio Grande do Norte. Em segundo lugar, pela importância e qualidade do livro para o tema do Cuidado da Pessoa Idosa.

O Brasil realizou sua transição demográfica em um terço do tempo que os países desenvolvidos, isto é, fizemos em 50 anos o que eles levaram 150. Nossa pirâmide demográfica assemelha-se às daqueles países. No entanto, a consciência das autoridades e gestores sanitários ainda é bastante incipiente na percepção do que o volume e a complexidade da atenção à pessoa idosa já representam hoje no Brasil, e ainda mais no futuro próximo. Os idosos já são mais de 13% da população e chegarão a 24,5% em vinte anos (IBGE, 2017), com características que impactam diretamente na complexidade do cuidado.

Multimorbidade, polifarmácia, presença de problemas psicossociais que são fortes características da pessoa idosa, entre outras questões, exigem abordagens multiprofissionais e absolutamente sistêmicas, pois nem todas as respostas encontram-se no Setor Saúde. Esses elementos conferem um papel muito destacado a essa publicação. Sua estrutura navega pelos aspectos contextuais, que são, nesse tema, assuntos imprescindíveis; traz para o campo do Cuidado da Pessoa Idosa as grandes questões da Segurança do Paciente; se ocupa de grandes questões de natureza clínica de forma abrangente e oferece aos leitores abordagens e estratégias potentes considerando a complexidade dessa gestão do cuidado.

Como presidente da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP), agradeço não apenas o convite, mas também a realização dessa obra, que articula dois gigantescos desafios no contexto brasileiro, Cuidado da Pessoa Idosa e Segurança do Paciente, trazendo aos milhões de profissionais de saúde brasileiros caminhos e conhecimentos a fim de que ofereçam um cuidado seguro e efetivo a tantas dezenas de milhões de idosos em nosso País.

Prof. Dr. Victor Graboís

Presidente da SOBRASP

(Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança
do Paciente)

Siglas

ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ABVD	Atividades Básicas da vida diária
AD	Atenção Domiciliar
APS	Atenção Primária à Saúde
AAVD	Atividades Avançadas da Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades da Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
BOMFAQ	Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos no Brasil
CSPI	Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
CA	Clínica Ampliada
DV	Demência Vascular
DA	Doença de Alzheimer

DDA	Doença Diarreica Aguda
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DTA	Doenças Transmitidas por Alimentos
ESF	Estratégia Saúde da Família
EA	Evento Adverso
FIM	Medida de Independência Funcional (FIM)
HAD	Hormônio Antidiurético
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
JCI	Joint Commission International
LPP	Lesões por Pressão
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MTC	Medicinas Tradicionais e Complementares
MEEM	Miniexame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde

NASF-AB	Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família da Atenção Básica
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PTS	Plano Terapêutico Singular
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNI	Política Nacional do Idoso
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PA	Pressão Arterial
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
QV	Qualidade de Vida

RAO	Rede de Atenção Oncológica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SBAR	(Situação; Background – história prévia; Avaliação; Recomendação)
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e de Gerontologia
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde (SUS)
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
UBS	Unidades Básicas de Saúde (UBS)
UP	Úlcera por Pressão
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
WHODAS	Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde
VES-13	Vulnerable Elders Survey-13

Sumário

1 Envelhecer no século XXI: desafios no mundo globalizado.....	24
Kenio Costa Lima	
Wagner Ivan Fonseca de Oliveira	
Vilani Medeiros de A. Nunes	
2 Considerações sobre a saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)	36
Ivana Maria Queiroz Fernandes	
Gilson de Vasconcelos Torres	
Sandra Maria da S. G. S. de Oliveira Torres	
Talita Araújo de Souza	
3 Sexualidade e envelhecimento	52
Miriam Molas Tuneu	
Iván Sánchez Martínez	
Dyego Leandro B. de Souza	
4 Abordagem Centrada na Pessoa	64
Miriam Molas Tuneu	
Ivan Sanchez Martínez	
Javier Jerez Roig	
5 Aspectos multidimensionais do cuidado à pessoa idosa institucionalizada.....	78
Mayara Priscilla Dantas Araújo	
Vilani Medeiros de A. Nunes	

6 Linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa89

Marcia Maiumi Fukujima

Eduardo Canteiro Cruz

Joana D'Arc Ricardo dos Santos

7 Clínica ampliada: uma proposta de cuidado à pessoa idosa.....103

Meiry Fernanda Pinto Okuno

8 Gestão do cuidado da pessoa idosa com câncer..... 113

Nayara Priscila Dantas de Oliveira

Dyego Leandro Bezerra de Souza

9 Desenvolvimento de competências para o cuidado à pessoa idosa125

Cleusa Ramos

Fátima S. F. Gerolin

10 O cuidador de pessoas idosas: um trabalho a ser reconhecido.....135

Felismina R. P. Mendes

**11 Práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da
pessoa idosa..... 149**

Ana Tania Lopes Sampaio

Vilani Medeiros de A. Nunes

**12 Intervenções multidimensionais na melhora da qualidade de vida
da pessoa idosa 168**

Jéssica Maria Arouca de Miranda

Talita Araújo de Souza

Sandra Maria da S. G. Simões de Oliveira Torres

Gilson de Vasconcelos Torres

13 A caderneta de saúde da pessoa idosa como instrumento do cuidado	183
Vilani Medeiros de Araújo Nunes	
Talita Araujo de Souza	
Ana Mayara Gomes de Souza	
Sandra Maria da Solidade Gomes Simões de Oliveira Torres	
Gilson de Vasconcelos Torres	
14 Atenção à saúde bucal na pessoa idosa	195
Tatiana de Medeiros C. Mendes	
Riane Tavares Ursulino	
15 Arboviroses na pessoa idosa	209
Maxsuel Fernandes Barbosa	
Vilani Medeiros de A. Nunes	
16 Práticas seguras no cuidado à saúde da pessoa idosa.....	220
Luciana Yumi Ue	
17 Comunicação efetiva na equipe de saúde	236
Verbena Santos Araújo	
Maurício Wilson Santos Galvão	
Vilani Medeiros de A. Nunes	
18 Manejo da prescrição, uso e administração de medicamentos em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).....	249
Thiago da Silva Bezerra	
Izabel Cristina S. do Nascimento	
19 Higienização das mãos na prática do cuidado à pessoa idosa	261
Riane Tavares Ursulino	
Tatiana de Medeiros C. Mendes	
Larissa de Albuquerque Costa	

20 Prevenção de lesão por pressão na pessoa idosa	274
Luylla Astéria Maia Delmiro	
Miria Mendonça de Moraes	
21 Cuidados para um ambiente seguro: estratégias para prevenção de quedas	285
Márcia Vieira de A. Caldas	
Thaiza Teixeira Xavier Nobre	
Vilani Medeiros de A. Nunes	
22 Aspectos comunicacionais na atenção à saúde da pessoa idosa hospitalizada.....	301
Kamilla Sthefany A. de Oliveira	
Katie Moraes de Almondes	
23 Violência contra a pessoa idosa	313
Teresinha Peixoto A. Cabral	
Istênia Mária Medeiros Alves	
Juliana Maria Gazzola	
24 Estratégias para a prevenção do delírio, da depressão e da demência no processo de envelhecimento	323
Viviane Peixoto dos Santos Pennafort	
Izabel Cristina S. do Nascimento	
Mayara Priscilla Dantas Araújo	
Ana Elza Oliveira de Mendonça	
Thaiza Teixeira Xavier Nobre	
25 Envelhecimento e solidão.....	341
Miriam Molas Tuneu	
Iván Sánchez Martínez	
Javier Jerez Roig	

26 Aspectos cognitivos na pessoa idosa institucionalizada	353
João Carlos Alchieri	
27 Aspectos de vulnerabilidades na pessoa idosa	363
Izabel Cristina Santos do Nascimento	
Mayara Priscilla Dantas Araújo	
Vilani Medeiros de Araújo Nunes	
28 Desnutrição, diarreia e desidratação na pessoa idosa	375
Larissa de Albuquerque Costa	
Natalia Raiane Silva Vieira	
Natália Coelho Luis Benati	
29 Comportamento sedentário e atividade física na pessoa idosa	389
Pau Farrés Godayol	
Joan Ars Ricart	
Javier Jerez Roig	
30 Avaliação funcional na pessoa idosa institucionalizada.....	402
Pau Moreno-Martin	
Javier Jerez-Roig	
Capítulo final.....	420
Vilani medeiros de Araújo Nunes	
Os(as) Autores(as)	430

EIXO TEMÁTICO I

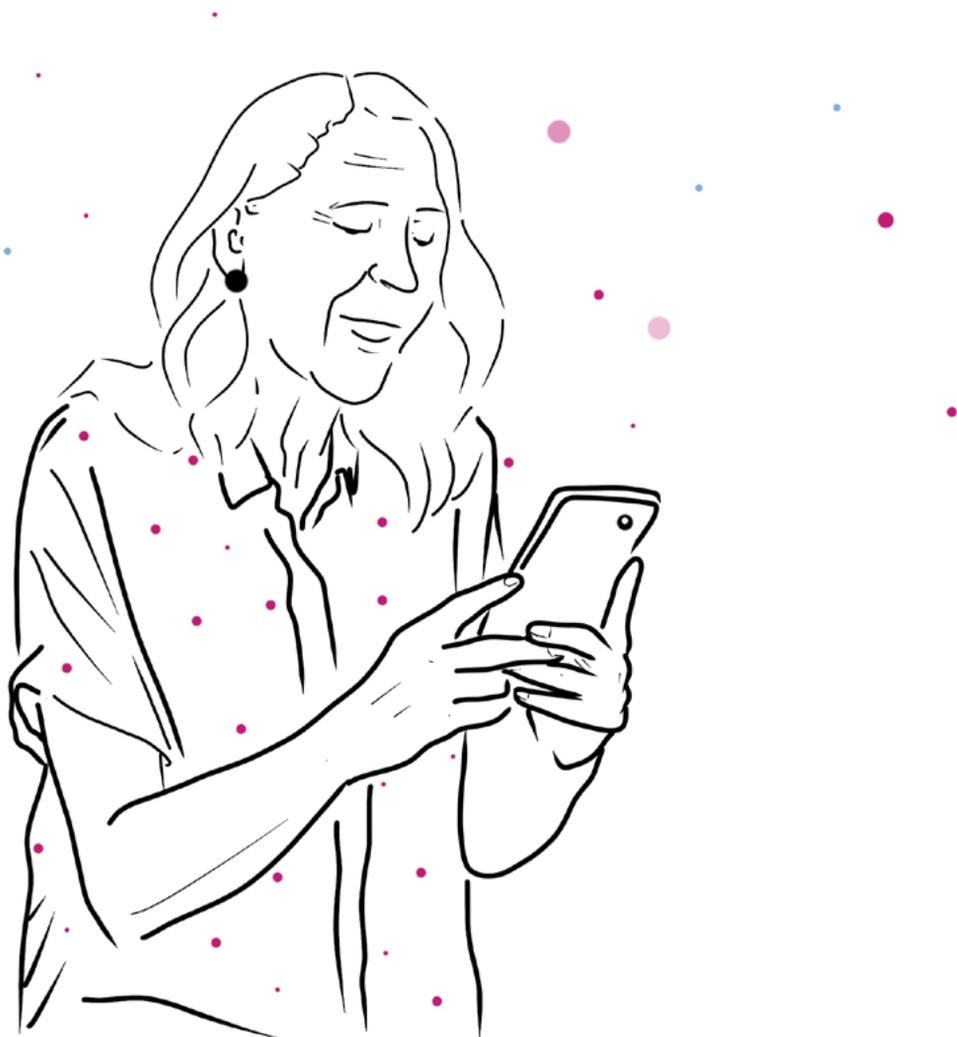
Dimensões do envelhecimento humano

1 Envelhecer no século XXI: desafios no mundo globalizado

Kenio Costa Lima

Wagner Ivan Fonseca de Oliveira

Vilani Medeiros de A. Nunes



Introdução

O século XXI é caracterizado como a primeira era na história da humanidade em que o mundo não será mais jovem. Haverá mudanças drásticas em muitos aspectos de nossas vidas, ocasionando grandes desafios sociais, políticos e econômicos (KHAN, 2018).

Segundo Pereira, Souza e Camarano (2015), a transição demográfica que caracteriza o envelhecimento é proveniente da redução das taxas de fecundidade, seguida por um aumento da expectativa de vida, ou seja, pela redução das taxas de mortalidade no eixo populacional de idade mais avançada. O estrato social das pessoas idosas está aumentando em número e compõe uma parcela crescente da população em praticamente todos os países, enquanto o de crianças menores de 15 anos tende a se manter estável ao longo do século – cerca de dois bilhões em todo o mundo (UNITED NATIONS, 2017a). A população global com 60 anos ou mais atingiu 962 milhões em 2017, mais que o dobro da população de 1980, quando havia 382 milhões de idosos em todo o mundo. Prevê-se que

o número de idosos volte a dobrar até 2050, quando se projeta atingir quase 2,1 bilhões (UNITED NATIONS, 2017b).

Alcançar a velhice faz parte de uma realidade mundial, havendo um crescimento acentuado nos países mais pobres. A população mais velha das regiões em desenvolvimento está crescendo muito mais rapidamente do que nas desenvolvidas. Entre 2017 e 2050, o número de pessoas com 60 anos de idade ou mais nos países em desenvolvimento deverá aumentar mais de duas vezes, de 652 milhões para 1,7 bilhão, enquanto, nos mais desenvolvidos, o número de idosos deverá ter um aumento de 38% durante esse período – de 310 milhões de pessoas com 60 anos ou mais em 2017 para 427 milhões em 2050. As projeções indicam que, em 2050, 79% da população mundial nessa faixa etária estará vivendo nas regiões em desenvolvimento, reforçando os desafios sociais, políticos e econômicos cada vez maiores do que aqueles dos países desenvolvidos (UNITED NATIONS, 2017b).

Desenvolvimento

O envelhecimento característico das sociedades contemporâneas é, por um lado, uma conquista social do prolongamento da vida; por outro, traz desafios às estruturas sociais, econômicas e políticas com as quais nos defrontamos e, principalmente, como uma questão cultural, face à forma

como as sociedades encaram este processo (MARTINS, 2017). O prolongamento da vida não correspondeu a uma valorização social das pessoas idosas. Elas são sempre mais vistas como um estorvo para as famílias e como fator de gastos previdenciários (MORAGAS, 1997).

No livro *A Velhice*, de Simone de Beauvoir (1990), evidencia-se a estigmatização negativa do envelhecimento humano para uma sociedade que já vivencia fortemente esse processo – no caso, a europeia. No Brasil, os idosos são tratados como “peso” (“párias”) para os diversos setores: saúde, economia, previdência e política, tal como evidencia o trecho de Minayo e Coimbra Junior: “O assunto velhice foi ‘estatizado’ e ‘medicalizado’, transformando-se ora em problema político, ora em problema de saúde, seja para ser regulado por normas, seja para ser pensado de forma preventiva, seja para ser assumido nos seus aspectos de disfunções e distúrbios que, se todos padecem, são muito mais acentuados com a idade” (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2002).

Essa percepção da velhice é, também, fruto da globalização e da integração do mercado mundial, por promover e instituir uma ideologia unificada a partir das relações de poder hegemônicas e de interesses produtivistas, associados a uma restrita classe dominante constituída por grandes empresas globais. Por meio das tecnologias de poder, é propagada na totalidade

de cada país, direta ou indiretamente, informações fabricadas e manipuladas pelo poder hegemônico, consolidando a tirania da informação e do dinheiro, a competitividade, a individualidade e a violência estrutural. Consolida-se o desfalecimento da política feita por um Estado social e a imposição de uma política comandada pelas empresas (SANTOS, 2000).

A tirania do dinheiro e da informação são os pilares da sustentação do capitalismo globalizado. A informação ocupa um lugar imprescindível às relações de poder. No entanto, na medida em que o que chega às pessoas, como também às empresas e instituições, já é o resultado de uma manipulação, tal informação se apresenta como ideologia convincente. As informações reproduzem uma violência estrutural que se torna insuspeitada a partir da familiarização dos excessos (SANTOS, 2000).

As estruturas políticas e sociais são direcionadas aos interesses estritamente financeiros em função de um capitalismo excludente. Assim, distanciam-se das questões socioculturais e morais tão prevalentes no nosso tempo e ainda mais na velhice. Assim, mesmo diante de uma maior visibilidade social das pessoas idosas a partir da presença nos diversos cenários sociais, ainda há uma dificuldade em enfrentar os desafios provenientes do envelhecimento populacional.

Diante de uma ordem social monopolizada pelo capital, a seguridade social torna-se um fardo a ser carregado por políticas neoliberais. A oneração do Estado subvertida ao cuidado de um corpo improdutivo e marcado pela velhice condiciona mudanças em direção a uma reprivatização da velhice, que valoriza a responsabilidade individual e a culpabilização dos idosos negligentes com seu corpo, tornando-os os únicos responsáveis por doenças ou outros males que possam atingi-los (DEBERT, 2004). A ideologia integrante do sistema capitalista reproduz uma “terceira idade” atípica e excludente: atípica, por reconhecerem apenas como produto das relações de mercado; e excludente, por associar a terceira idade apenas àqueles que se mantêm produtivos, consomem e satisfazem ao monopólio do capital. Os demais sobrevivem à margem da sociedade, sem serem vistos, nem lembrados (LIMA, 2016).

Essa ideologia produtivista estabelece a moralização dos atributos físicos, que definem e fabricam as subjetividades de uma sociedade individualista. Além disso, reforça o preconceito quanto à pessoa idosa que transparece uma fragilidade natural associada ao processo de envelhecimento e até uma dependência em uma sociedade marcada por uma racionalidade biomédica e utilitária. Repele-se, assim, a possibilidade de qualquer fragilidade na velhice e culpabiliza-se o idoso frágil

como um transgressor às normas do envelhecimento ativo e autônomo. Em consequência disso, legitima-se uma baixa qualidade da assistência prestada ao idoso fragilizado. Não se justifica a despesa com alguém que depende de tratamento porque não se cuida (AGRA, 2011).

O prolongamento da capacidade funcional e laboral torna-se um predicado à racionalidade biomédica e reforça uma concepção refratária à velhice. Marginaliza-se a pessoa idosa por representar uma objeção em um sistema capitalista excludente. O sujeito é imposto a justificar sua utilidade; caso contrário, a ausência de pertencimento ao sistema produtivista pode causar insatisfação e comprometer a saúde mental e física da pessoa idosa, mesmo que diante da legitimação de seus direitos por meio da aposentadoria (DINGEMANS; HENKENS, 2015). Não basta aparentar ser saudável, é indispensável expor à sociedade sua jovialidade mediante o disciplinamento e capacidade, que se exprimem em valências corporais.

A velhice passa a ser um assunto vergonhoso e deve ser escondida, porque estampa, no rosto, as suas rugas, contrárias ao estereótipo cultural da eterna juventude. Refutam-se as dimensões sociais e as singularidades naturais da pessoa idosa em detrimento de uma racionalidade biomédica que condiciona a velhice como uma contraface perversa da juventude,

como a degradação da eficiência típica da idade adulta – e, mais, como um estado patológico a ser tratado (AGRA, 2011). Desnaturaliza-se o processo de envelhecimento e responsabiliza-se a pessoa idosa na busca ávida de uma nova forma de sociabilidade vinculada ao aperfeiçoamento corporal, uma biossociabilidade que moraliza os corpos e regra nossa existência pelos saberes e pelos poderes da racionalidade biomédica (ORTEGA, 2008).

A legitimação dessa nova ordem social só é possível a partir de um mundo de fabulações, que se aproveita da extensão de todos os contextos para consagrar um discurso único. Seus fundamentos são a informação que se põe à serviço do império do dinheiro, o qual é fundado na materialização da vida social e pessoal (SANTOS, 2000).

Esse paradoxo alimentado pela uniformização dos discursos dominantes das elites, trazido pela globalização, incorpora, também consigo, subterfúgios perversos de uma nova ordem social excludente que privilegia uma classe dominante em detrimento de grande parte da humanidade. Além disso, promove uma concentração de renda, de subdesenvolvimento e graves danos ambientais, agredindo e restringindo direitos humanos essenciais (DUPAS, 2007).

Precisamos nos libertar das estruturas voltadas ao capital que determinam nosso comportamento e escravizam nossa

existência para um foco na humanidade (SANTOS, 2000). É preciso dar vida às singularidades dos locais, às diversidades e à construção de pautas políticas próprias, determinadas pelas necessidades locais, e não as fabricadas como verdades e instituídas como necessidades globais sem a participação efetiva da população que vivencia os locais. (DANTAS; CURIOSO, 2016).

É necessário resistir a um projeto neoliberal que materializa a felicidade e que torna projetos de vida distantes de grande parte da humanidade que não participa da produção de um discurso hegemônico que visa assegurar privilégios de uma minoria. Há um mal-estar produzido pelo capital globalizado que singulariza a felicidade ao lucro (MORIN, 2008). Ressignificar o papel da pessoa idosa na sociedade é essencial para singularizar e aceitar os diversos processos inerentes à vida, incluindo a morte.

Considerações finais

Torna-se imprescindível possibilitar novas formas de vida às pessoas idosas que não tenham cunho prescritivo, mas que propiciem diferentes formas de participação na sociedade. É importante a implementação de políticas voltadas às pessoas idosas com representatividade e liderança das proposições

para aqueles que vivenciam e enfrentam as dificuldades de envelhecer em um mundo que persegue a jovialidade e oculta os mínimos traços associados à velhice.

A construção de um novo mundo não pode se dar de forma verticalizada, de cima para baixo, mas uma edificação cuja trajetória vai se dar de baixo para cima, considerando a horizontalidade das relações interpessoais, não perdendo a essência da política que deve servir aos interesses públicos. Faz-se necessário construirmos as propostas que empoderem os indivíduos que envelhecem, compreendendo que só serão legítimas quando dirigida aos protagonistas de todo processo: os cidadãos que envelhecem.

Referências

AGRA DO Ó, Alarcon. Biopolíticas e Velhice. *Revista Espaço Acadêmico*, v. 10, n. 117, p. 14-22, jan. 2011.

BEAUVOIR, Simone de. *A velhice: o mais importante ensaio contemporâneo sobre as condições de vida dos idosos*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

DANTAS, Aldo; CURIOSO, Raphael. Geografia e saúde: o lugar como premissa da atividade informacional da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 721-735, set. 2016.

DEBERT, Guita Grin. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: EDUSP, FAPESP, 2004.

DINGEMANS, Ellen; HENKENS, Kène. How do retirement dynamics influence mental well-being in later life? A 10-year panel study. *Scandinavian journal of work, environment & health*, vol. 41, n. 1, p. 16-23, 2015.

DUPAS, Gilberto. O mito do progresso. *Novos estudos CEBRAP*, São Paulo, n. 77, p. 73-89, mar. 2007.

KHAN, Hafiz. Population ageing in a globalized world: Risks and dilemmas? *Journal of evaluation in clinical practice*, v. 25, n. 5, p. 754-760, 2018.

LIMA, Kenio Costa. *Educação em Saúde para o envelhecimento ativo*. In: Paulo Gabriel Soledade Nacif; Arlindo Cavalcanti de Queiroz; Lêda Maria Gomes; Rosimere Gomes Rocha. (Org.). Coletânea de textos CONFINTEA Brasil+6: tema central e oficinas temáticas. Brasília: Ministério da Educação, 2016.

MARTINS, Sofia da Silva. *Envelhecimento ativo e o seu reflexo na qualidade de vida dos idosos*. 2017. 241 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Lusíada de Lisboa, Portugal, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JÚNIOR, Carlos E.A. *Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento*. In: (Ed.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MORAGAS, Ricardo Moragas. *Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida*. São Paulo: Paulinas, 1997.

MORIN, Edgar. *Conferência: 1968-2008: o mundo que eu vi e vivi*. Paris: Fronteira, 2008.

ORTEGA, Francisco. *O corpo incerto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PEREIRA, Rafael Henrique Morais *et al.* Envelhecimento populacional, gratuidades no transporte público e seus efeitos sobre as tarifas na Região Metropolitana de São Paulo. *Revista Brasileira de Estudos de População*. São Paulo, v. 32, n. 1, p. 101-120, abr. 2015.

SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

UNITED NATIONS. *World Population Prospects: 2017 Revision*. New York: United Nations, 2017a.

UNITED NATIONS. DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. *World population ageing 2017: highlights*. 2017b.

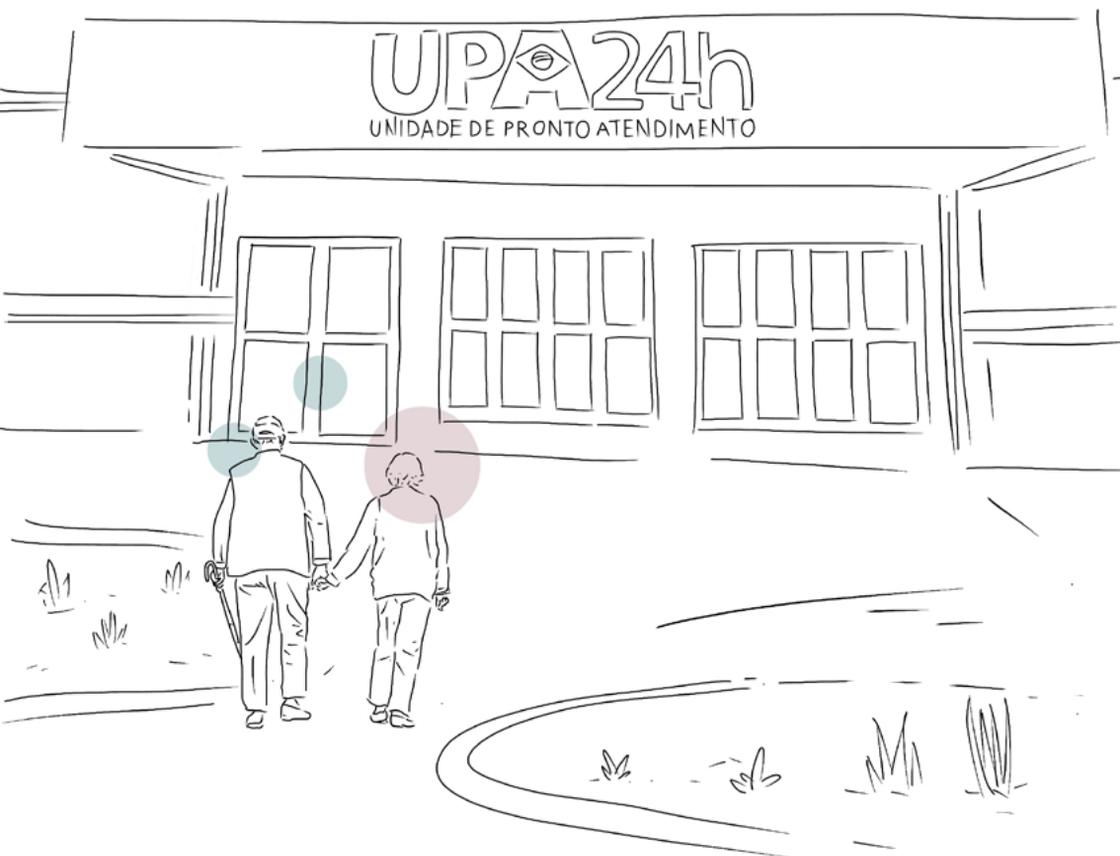
2 Considerações sobre a saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)

Ivana Maria Queiroz Fernandes

Gilson de Vasconcelos Torres

Sandra Maria da S. G. S. de Oliveira Torres

Talita Araújo de Souza



Introdução

O processo de transição demográfica brasileira ocorre de modo rápido e intensificado. Com isso, existe um resultado positivo, que é o aumento da expectativa de vida, sendo o envelhecimento populacional considerado uma das transformações sociais mais significativas no século XXI. Esse processo apresenta características intrínsecas que podem ser apontadas como desigualdades sociais no processo de envelhecimento, o qual resultou em mudanças do perfil epidemiológico em todo o Brasil. Isso traz implicações para a sociedade em diversos âmbitos, do mercado de trabalho e previdência até a demanda crescente por assistência social e por cuidados e serviços de saúde. Como consequência, são necessárias modificações nas políticas públicas, resultando em novas formas de cuidado, em especial na área da saúde pública (ONU, 2015; BRASIL, 2019).

Por meio do avanço das políticas e da mudança do perfil epidemiológico populacional, os indivíduos estão mais predispostos a vivenciar o processo de envelhecimento com mais saúde, mais disposição física e também com melhor

desempenho para atividades laborais. Ainda assim, as alterações fisiológicas que ocorrem no processo natural do avançar da idade limitam o organismo humano, podendo aparecer condições crônicas, resultando na perda da autonomia, dependência física e uso de múltiplas medicações, além de alterações emocionais e sociais (MARIN; ANGERAMI, 2012).

Nesse sentido, é possível inferir que o surgimento de eventos frequentes nos idosos, como aumento das doenças crônicas e incapacidade funcional, irão repercutir em uma percepção negativa da própria saúde. Sabe-se que tal fator pode sofrer influência de condições sociais e ambientais; por se tratar de uma avaliação subjetiva, tem caráter multidimensional, que envolve estilo de vida, aspectos demográficos e socioeconômicos (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Diante disso, surge a necessidade do cuidado centrado à pessoa idosa nos serviços públicos de saúde, de modo que se possa garantir o acesso e a integralidade. O acesso a eles se constitui como um fator principal para analisar a qualidade e o desempenho do sistema de saúde; além disso, também é um conjunto de dimensões que descrevem o ajuste entre o indivíduo e o sistema de cuidados, intermediando a relação entre a procura e a entrada no serviço. Os idosos estão classificados entre o grupo populacional que mais usa serviços de saúde por estarem associados à maior prevalência de doenças;

por isso, a sua utilização tende a aumentar (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Para garantir o acesso aos cuidados de saúde no Brasil, a Constituição Federal de 1988 é o marco histórico da proteção constitucional à saúde e, com ela, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS) como componente fundamental do tripé da seguridade social, com a garantia do direito universal e integral à saúde, resultante da ampla mobilização da sociedade. O SUS abrange ações e serviços de promoção, de proteção e de recuperação da saúde que são executadas pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

O cuidado a saúde do idoso pelo SUS é assegurado na Lei Federal nº 8.842, onde o governo federal criou a Política Nacional do Idoso (PNI) com o compromisso institucional de assegurar os direitos sociais do idoso; na ocasião, também foi criado o Conselho Nacional do Idoso. Essa política rege-se pelos seguintes princípios: a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, seu bem-estar e o direito à vida; o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e de informação

para todos; o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza; o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas por meio desta política; as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei (BRASIL, 1994).

Com base no exposto, este capítulo tem como objetivo apresentar como se dá o cuidado em saúde à pessoa idosa usuária do Sistema Único de Saúde, embasado em suas políticas existentes.

Desenvolvimento

A saúde da pessoa idosa no SUS tem sua égide na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada em 19 de outubro de 2006, pela Portaria Ministerial nº 2.528. Suas diretrizes são amplas e visam à organização do cuidado em rede: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; implantação de serviços de atendimento domiciliar; acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da

participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

Dentre suas principais estratégias, está a implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI), que já está em sua 5ª edição, e a distribuição do Caderno de Atenção Básica nº 19, como ferramentas de apoio às Equipes de Atenção Primária à Saúde, aos familiares e aos cuidadores de idosos nas ações de saúde destinadas a essa população. Todas as estratégias voltadas para a pessoa idosa encontram amparo e respaldo na Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que cria o Estatuto do Idoso, de modo a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (BRASIL, 2006).

No SUS, as ofertas de cuidado à pessoa idosa têm como porta preferencial a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), compostas por equipes multiprofissionais e interdisciplinares que são responsáveis por ações de saúde de âmbito individual e coletivo. O trabalho de acompanhamento e de cadastramento realizado pelas

equipes, de forma integrada com os Agentes Comunitários de Saúde, permite o mapeamento das áreas de abrangência das UBS e vinculação da população usuária (BRASIL, 2013).

Entre as ações para a qualificação do cuidado aos idosos, está a caderneta que funciona como o prontuário móvel do idoso. É muito importante que seu preenchimento se dê por meio de informações concedidas pela pessoa idosa, por seus familiares e/ou seus cuidadores, para compor o plano de cuidado a ser construído pelos profissionais de saúde em conjunto com a família/cuidadores. A Caderneta permite o registro e o acompanhamento, pelo período de cinco anos, de informações pessoais, sociais e familiares do idoso, sobre suas condições de saúde e seus hábitos de vida, identificando suas vulnerabilidades, além de ofertar orientações para o autocuidado apoiado. As equipes da APS, no seu papel de matriciadoras dos territórios, devem identificar, cadastrar e vincular aos processos de cuidado todos os idosos de suas áreas, incluindo aqueles que estão nas Instituições de Longa Permanência para Idosos-ILPI e que precisam de Planos de Cuidados para a melhoria de sua condição de saúde.

Também disponível para essa população, está o Programa Academia da Saúde, que tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde da população, a partir da implantação de polos com infraestrutura, com equipamentos e com

quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais/atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. As atividades a serem desenvolvidas nesses polos são: práticas corporais/atividades físicas (ginástica, capoeira, jogos esportivos e populares, yoga, tai chi chuan, dança, entre outros); práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato); promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; outras atividades de promoção da saúde; e mobilização da população adstrita (RAMALHO *et al.*, 2018).

A promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis correspondem a uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e também se insere como um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A prática de uma alimentação saudável é importante em todas as fases da vida. No entanto, após os 60 anos de idade, as alterações fisiológicas exercem grande influência sobre o estado nutricional. Há de se observar, nesse aspecto, o que está disponível na cultura local onde o idoso tem domicílio, para que, de forma articulada, a equipe multiprofissional possa orientar a família e/ou os cuidadores a consumirem produtos acessíveis, como verduras, legumes, frutas e outros alimentos produzidos e comercializados por agricultores familiares, assim como carnes, peixes, leite e

queijos de produtores locais. O incentivo para o cultivo de hortas caseiras com apoio de outros segmentos da administração pública ou da própria comunidade, além de uma opção saudável e protetiva para a saúde, pode ser uma alternativa de ocupação e de contribuição com a dinâmica da família (BRASIL, 2013).

Para os idosos cujas limitações impedem seu deslocamento até os serviços de saúde, a Atenção Domiciliar é uma dimensão do cuidado que alcança a sua moradia, na expectativa de garantir o princípio soberano do acesso. Em seu nível mais especializado, é componente da Rede de Urgência e Emergência, como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar, que visa a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou do tempo de permanência de usuários internados, bom como a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. A portaria ministerial nº 963, de 27 de maio de 2013, redefine a Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS e representa um marco na estruturação da atenção domiciliar em todo o Brasil, apresentando as diretrizes desta modalidade de cuidado e a forma como deve se organizar, além de estabelecer o incentivo federal para apoiar os gestores no aperfeiçoamento e /ou na implementação da atenção domiciliar nas suas localidades (BRASIL, 2013).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) é referência mundial, disponibilizando vacinas de gripe e pneumonia para a população idosa no Brasil. Desde 1999, o Ministério da Saúde investe na mobilização da população idosa para a vacinação, reduzindo significativamente a incidência de doenças e mortes em consequência das Infecções Respiratórias Agudas Graves em idosos.

Outro componente do SUS que deve ser parte integrante do processo de cuidado diz respeito à assistência farmacêutica. Muitos idosos vivem apenas de pensões ou de aposentadorias que não garantem, integralmente, o acesso a medicamentos de uso continuado, sobretudo quando se trata de portadores de doenças crônicas. Em 2004, o governo federal criou o Programa Farmácia Popular no Brasil, que foi ampliado, em junho de 2007, com a publicação da Portaria Ministerial nº 1.414, na qual os anticoncepcionais foram incluídos no elenco de medicamentos do “Aqui Tem Farmácia Popular”. Em abril de 2010, pela Portaria Ministerial nº 947, são incluídas insulina regular e sinvastatina, para o combate ao colesterol alto (dislipidemia). Em outubro do mesmo ano, a Portaria nº 3.219 incorpora ao elenco medicamentos para o tratamento de osteoporose, rinite, asma, Parkinson e glaucoma, além de incluir fraldas geriátricas para atender os idosos no tratamento de incontinência urinária.

O Ministério da Saúde também criou o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011-2022, que traz como pressupostos: implantação de modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo, favorecendo ações de promoção da saúde, de prevenção e de atenção integral; promoção do envelhecimento ativo e de ações de saúde suplementar; incentivo aos idosos para a prática da atividade física regular no programa Academia da Saúde; capacitação das equipes de profissionais da Atenção Básica em Saúde para o acolhimento e o cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas; incentivar a ampliação da autonomia e da independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos; criar programas para formação do cuidador de pessoa idosa e de pessoa com condições crônicas na comunidade (BRASIL, 2011).

Na perspectiva de ampliar o olhar de cuidado à pessoa idosa, o Ministério da Saúde lançou, em 2018, um manual de orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde. A linha de cuidado vai desde o cadastramento do idoso e o mapeamento de todos os equipamentos sociais e de saúde presentes no território até sua

vinculação à equipe de APS para a construção de Plano de Cuidados, articulado em rede intersetorial (BRASIL, 2018).

Algumas datas são utilizadas para que a sociedade se mobilize para a construção de estratégias de melhorias nas condições de vida, de saúde e de dignidade da pessoa idosa, como o dia 15 de junho, que marca o Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa. Essa data foi instituída em 2006, pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Rede Internacional de Prevenção à Violência à Pessoa Idosa (INPES). O objetivo é sensibilizar a sociedade para o combate das diversas formas de violência cometida contra a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos.

O dia 1º de outubro foi instituído como “Dia Internacional do Idoso” por meio de Resolução da Organização das Nações Unidas (ONU) nº 45/106, de 14 de dezembro de 1990, e como “Dia Nacional do Idoso” pela Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006. Esta data foi instituída para homenagear as pessoas idosas, comemorar as conquistas, aumentar a consciência para as questões do envelhecimento, conscientizar a todos sobre a importância das mudanças de atitudes para com as pessoas idosas, sensibilizar sobre os contínuos desafios que enfrentam e reconhecer as importantes contribuições que essas pessoas fazem ao mundo.

Considerações finais

Com base no que foi elencado neste capítulo, é possível observar que a atenção e o cuidado à saúde da pessoa idosa é assegurado pelo SUS nos seus diversos setores, como cuidado nutricional, no farmacêutico, de qualidade de vida, proteção contra violências e cuidados com agravos em saúde. Adicionalmente, os avanços do SUS são marcados para esse público com políticas que garantem proteção à vida, direito e acesso aos serviços de saúde. Desse modo, é necessário que tais estratégias ocorram de forma equânime, para que se minimizem os riscos de agravos e fortaleça ainda mais as estratégias de redução de riscos por meio das políticas públicas de saúde.

Referências

ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho *et al.* Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. *Revista de saúde pública*, v. 51, p. 50, 2017.

BRASIL. *Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003*: Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso: 14 nov. 2019.

BRASIL. *Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994*: Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do idoso e dá outras

providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso: 14 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral*. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.
Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.
Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.
Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. –
Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.
Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011-2022* / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.
– Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*, 2006.
Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso: 14 nov. 2019.

BRASIL. *Portaria ministerial* nº 963, de 27 de maio de 2013: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso: 14 nov. 2019.

BRASIL. *Portaria nº 1.414 de 13 de junho de 2007*: Altera a Portaria nº 491, de 9 de março de 2006, que dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/18/portaria-1414.pdf>. Acesso: 14 nov. 2019.

BRASIL. *Portaria nº 2446, de 11 de nov de 2014*. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso: 14 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf. Acesso: 14 nov. 2019.

MARIN, Maria José Sanches; ANGERAMI, Emilia Luigia Saporiti. Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós alta hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 36, n. 1, p. 33-41, 2012.

MEDEIROS, Sarah Magalhães *et al.* Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 3377-3386, 2016.

RAMALHO, Ricardo Cezar *et al.* Academia ao ar livre como estratégia para a promoção de saúde da população da terceira idade. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, v. 1, n. Esp, p. 183-192, 2018.

Ivana Maria Queiroz Fernandes
Gilson de Vasconcelos Torres
Sandra Maria da S. G. S. de Oliveira Torres
Talita Araújo de Souza

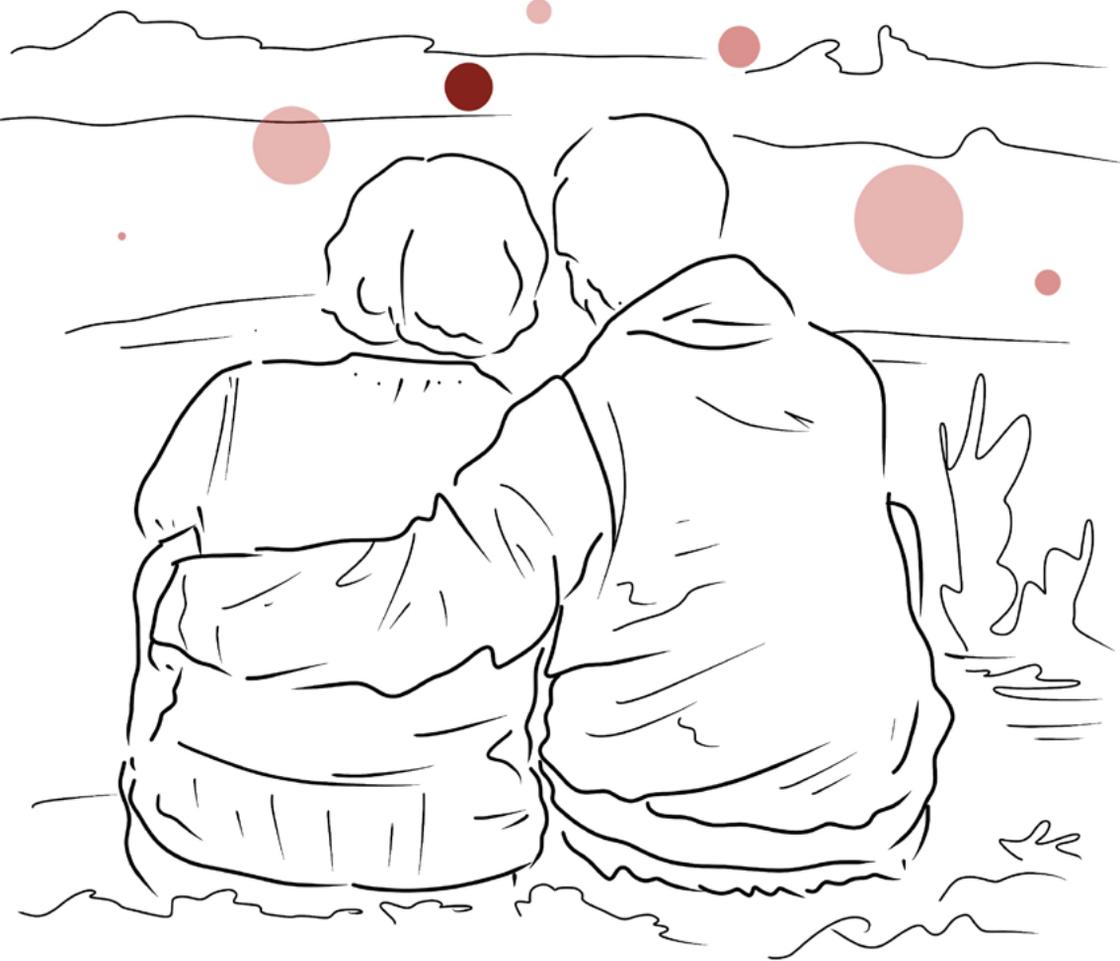
UNITED NATIONS. *Department of Economic and Social Affairs,
Population Division*. World Population Ageing 2015 – Highlights (ST/
ESA/SER.A/368). New York; 2015.

3 Sexualidade e envelhecimento

Míriam Molas Tuneu

Iván Sánchez Martínez

Dyego Leandro B. de Souza



Introdução

A sexualidade é uma dimensão do ser humano que nos acompanha ao longo da vida. Define a maneira como nos expressamos e nos percebemos como seres sexuais, o que não inclui apenas a atividade sexual. A sexualidade é muito mais, pois abrange aspectos relacionados à nossa identidade e aos papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, intimidade, crenças, pensamentos, desejos, fantasias, atitudes, valores etc. (FUNDACIÓN PILARES, 2017).

A questão da sexualidade é, talvez, uma das que exige maior visão integral, por contemplar aspectos biológicos, psicológicos e sociais do ser humano. Se a relacionarmos à velhice e ao envelhecimento, a situação será ainda mais complexa, pois, às mudanças de natureza social e cultural que são vividas nesta etapa do ciclo da vida, são acrescentadas outras de caráter biológico, que aparecem com a idade.

Desenvolvimento

As mudanças físicas relacionadas ao envelhecimento não levam necessariamente a uma diminuição no funcionamento

sexual ou a mudanças na sexualidade. Aspectos como manter boa saúde física e mental, uma atitude positiva em relação ao sexo e acesso a um parceiro saudável podem estar associados à atividade sexual regular e à sua expressão e, consequentemente, à boa saúde física e mental (CAN VALLE *et al.*, 2015).

No entanto, com o passar do tempo, o envelhecimento pode ter um impacto em nossa sexualidade. Pode haver uma diminuição do interesse sexual e, frequentemente, os efeitos negativos da idade no desejo estão relacionados a problemas de saúde, entre os quais destacam-se as seguintes disfunções sexuais: falta de lubrificação, dispareunia, disfunção erétil, anorgasmia, entre outras. Essas condições, juntamente com outras doenças que surgem com o envelhecimento, podem afetar a função sexual (SLACK; AZIZ, 2020; DEGAUQUIER *et al.*, 2012).

Além das mudanças fisiológicas que aparecem com a idade, como diminuição da ereção e da ejaculação nos homens e osteoporose nas mulheres, entre muitas outras, existem componentes de natureza psicológica e sociocultural que podem interferir na atividade sexual com o processo de envelhecimento. A autopercepção da atratividade sexual é um fator social muito significativo, e outras questões, como a religião, e situações como viuvez, por exemplo, podem ser aspectos que terão um impacto negativo na sexualidade dos idosos. A

tudo isso, acrescenta-se o pudor em abordar o tema e ao tabu associado à velhice. A tendência da sociedade é relacionar a sexualidade com a juventude, alimentando estereótipos negativos sobre essa dimensão na velhice (BRADWAY; BEARD, 2015). Porém, nem a capacidade sexual e nem a capacidade de experimentar prazer desaparecem com a idade, e isso é necessário considerar na convivência (CAN VALLE *et al.*, 2015).

Os idosos devem poder conviver com a ideia de normalidade em relação aos seus desejos sexuais e não com a percepção de que tê-los é anormal, ou até imoral. Apesar disso, as reais mudanças psicológicas e físicas que ocorrem nesta fase do ciclo da vida não devem condicionar a ideia de ter uma vida sexual ativa ou abrir mão do prazer. Tradicionalmente, além disso, uma infinidade de falsas crenças tem sido associada à etapa do ciclo de vida da velhice, principalmente relacionada à dimensão sexual, provavelmente devido às variáveis históricas e ambientais de repressão que foram vividas pelos idosos de hoje.

Quanto de nós colaboramos para estimular crenças populares, considerando um tabu a questão da sexualidade em pessoas idosas? Leyva (2008) descreve algumas das falsas crenças da sociedade em relação à sexualidade na velhice: quando envelhecemos, é fisiologicamente impossível fazer sexo; o sexo tem uma função exclusivamente reprodutiva; a

atividade sexual enfraquece com a idade; durante a velhice, o interesse sexual se perde; o sexo na velhice é perversão; a preocupação do idoso com o sexo é indecente e de mau gosto etc. Uma das crenças mais arraigadas é a perda de interesse na sexualidade pelas pessoas mais velhas. Esses mitos limitam tanto os idosos quanto os profissionais de saúde em interação contínua com eles, pois estão cercados de preconceitos que interferem nas formas naturais de expressão e experiência de sua sexualidade.

A visão cultural predominante da velhice ou do processo de envelhecimento tem como objetivo eliminar essa dimensão nos idosos. Decidiu-se pensar que a sexualidade neles não existe, e a tendência de ver a vida sexual dessas pessoas tem sido, até poucos anos, influenciado a ignorância e até o desprezo pelas necessidades da saúde sexual. De certa forma, tem sido a “dimensão silenciosa e oculta”.

Consequentemente, existem poucos estudos que se interessaram por questões relacionadas à sexualidade de idosos e as pesquisas sobre bem-estar sexual são limitadas. No entanto, nos últimos anos, houve uma mudança no reconhecimento da saúde sexual dos idosos. Em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizou a importância da saúde sexual ao longo de todo o ciclo de vida, legitimando a atividade sexual de idosos. Por conseguinte, várias instituições começaram

a incluir essas pessoas em seus documentos de orientação e políticas de saúde, e alguns governos consideraram a promoção da vida sexual dos idosos como parte do envelhecimento saudável (SINKOVIC; TOWLER, 2019). Por um lado, essa mudança recente é observada principalmente nos países de maior renda. Por outro, a atenção das necessidades sexuais no envelhecimento pode ser devida a mudanças sociais, influenciadas pelo feminismo e ativismo homossexual, bissexual e transexual, nas atitudes, nos relacionamentos e na idade em relação ao sexo (FOLEY, 2015).

A saúde sexual deve ser entendida por meio de um modelo de saúde integral. Ou seja, o comportamento sexual na velhice – ou a ausência dela – é mediado por fatores biológicos, emocionais, sociais e culturais (WONG *et al.*, 2010). Além disso, existem muitas variáveis que interferem no comportamento sexual dos idosos: sexo, gênero, idade, disposição estável do casal, saúde emocional, preconceitos sexuais, apoio social, entre muitas outras de natureza pessoal e derivadas de contextos históricos e culturais diferente para cada pessoa (CAN VALLE *et al.*, 2015; GEWIRTZ-MEYDAN *et al.*, 2018). Essas variáveis precisam ser consideradas ao tratar e cuidar.

É verdade que, para muitos idosos, é difícil discutir sexualidade com seu médico ou com outros profissionais de saúde. Fatores como depressão, falta de atratividade física

do cônjuge, alterações hormonais ou doenças, bem como o medo de ser julgado pelos profissionais, podem ser barreiras importantes em relação à sexualidade na velhice (INELMEN *et al.*, 2012). Por esse motivo, no trabalho das equipes de atendimento, devemos romper os falsos mitos e a resistência à sexualidade na velhice, oferecendo um cuidado abrangente e multidimensional. Talvez esse assunto deva ser refletido no treinamento em ciências da saúde (OLATAYO *et al.*, 2015; LÓPEZ-RAMOS *et al.*, 2019).

Eliminando tabus, passa pela disposição de contemplar, de maneira aprofundada, a história clínica dos pacientes, para apontar conceitos associados ao seu erotismo, perguntar sobre autoimagem, a percepção do prazer por meio da atividade sexual e buscar problemas sexuais. Este será o passo inicial para o diagnóstico e o tratamento de disfunções sexuais (BÁRCENA *et al.*, 2002).

Em ambientes de vida, como instituições de longa permanência para idosos, as chances de estabelecer relacionamentos emocionais ou ter encontros sexuais podem ser ainda mais limitadas. Nesses espaços, a intervenção e o aconselhamento sobre saúde sexual também costumam ser escassos ou nulos, sendo necessário acompanhar os profissionais para detectar as necessidades sexuais que um residente pode ter e planejar e

executar, juntamente com o idoso, ações que possam satisfazer essa necessidade (FRANKOWSKI; CLARK, 2009).

Outro aspecto a considerar na abordagem clínica é a educação “repressiva” que a maioria das pessoas idosas recebeu ao longo da vida, e aquelas que não demonstram interesse em continuar uma vida sexual ativa durante a velhice também precisam ser respeitadas. O essencial é oferecer apoio com respeito à privacidade e autonomia, realizando uma educação sexual positiva. A educação, neste contexto, deve abordar mudanças normais no envelhecimento e estimular um estilo de vida saudável, que permitirá diminuir o impacto de doenças coexistentes no desempenho sexual. Da mesma forma, é necessário atualizar as equipes de assistência, cuidando da diversidade sexual, contemplando os idosos em sua globalidade e promovendo oportunidades reais de decisão. Só assim, elas realizarão uma boa abordagem clínica e oferecerão atenção integral centrada na pessoa (FUNDACIÓN PILARES, 2017).

Portanto, é necessário fornecer aos idosos atuais os recursos para promover experiências sexuais saudáveis e completas, e eliminar estereótipos socialmente estabelecidos. Em resumo, capacitar o grupo e respeitar sua habilidade de escolher, administrar sua própria sexualidade e vê-los como indivíduos sexuais com seus direitos e necessidades.

A OMS publicou o artigo “Uso dos direitos humanos para a saúde sexual e reprodutiva: aprimorando os quadros legais e regulatórios”, em uma de suas publicações (COTTINGHAM *et al.*, 2010), que incluía as obrigações de todos os Estados de contemplar os direitos humanos e melhorar a legislação e as políticas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, com o objetivo de alcançar o nível máximo de saúde possível. Portanto, as recomendações baseadas em evidências para a prática, bem como o reconhecimento da saúde sexual em idosos por agências e organizações governamentais, lançam uma luz de esperança. Caso contrário, ignorar esse problema seria um fracasso da atenção integral das pessoas. Não se pode falar de humanização, nem de atenção integral centrada na pessoa, se a pessoa não é vista de forma global, com uma visão multidimensional, pois a dimensão sexual é inerente ao ser humano.

Considerações finais

Finalmente, podemos concluir que os idosos nem sempre recebem assistência médica ou social adequada às suas necessidades de saúde sexual e que, geralmente, estão fora das atividades que abordam a sexualidade nos serviços de saúde. Apesar do estereótipo social da velhice assexual e uma possível diminuição da frequência e da variedade de práticas sexuais,

o aumento da expectativa de vida levou a uma extensão da vida sexual dos idosos. A dimensão sexual é parte integrante da qualidade de vida dos idosos e a consideração de suas necessidades é essencial para oferecer uma melhor educação, pesquisa, políticas públicas e atendimento clínico necessários a essa população em crescimento contínuo.

Sexualidade, saúde e envelhecimento compartilham uma relação estreita, e a prática sexual também é uma fonte de bem-estar e de qualidade de vida. Trabalhando a partir dessa tripla dimensão, podemos garantir um envelhecimento ativo e bem-estar sexual a esse amplo grupo populacional, reconhecendo os direitos humanos do idoso, como independência, participação, dignidade, atenção e autodesenvolvimento.

Referências

BÁRCENA, A., ALARCÓN, T., GONZÁLEZ, J. *Trastornos psicosexuales: psiquiatría geriátrica*. Barcelona: Masson, p. 573-598. 2002.

BRADWAY, K., BEARD, R. “Don’t be trying to box folks in”: Older women’s sexuality. *Affilia: Journal of Women and Social Work*, v. 30, n. 4, p. 504-518. 2015. DOI:10.1177/0886109914560741

CAN VALLE, A.; SARABIA ALCOCER, B., GUERRERO, C., GUADALUPE, J. Factores psicológicos y socioculturales en la vida sexual de los adultos mayores. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, v. 4, n. 8, p. 73-88, 2015.

COTTINGHAM, J.; KISMODI, E.; MARTIN, HILBER, A.; STAHLHOFFER, M.; DEGAUQUIER, C.; ABSIL, A.S.; PSALTI, I.; MEURIS, S.; JURYSTA, F. Impact of aging on sexuality. *Revue Medicale de Bruxelles*, v. 33, n.3, p. 153-163, 2012.

COTTINGHAM, J. et al. Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frame works. *Bulletin of the World Health Organ.*, v. 88, n. 7. 2010. DOI: 10.2471/BLT.09.063412

FOLEY, S. Adultos mayores y salud sexual: una revisión de la literatura actual. *Informes actuales de salud sexual*, v. 7, n. 2, p. 70-79, 2015. DOI: 10.1007/s11930-015-0046-x

FRANKOWSKI, A.C & CLARK, L. J. Sexuality and intimacy in assisted living: Residents' perspectives and experiences. *Sexuality Research and Social Policy*, v. 6, n. 4, p. 25-37, Dec. 2009. ISSN 1553-6610.

INELMEN, E.M., SERGI, G., GIRARDI, A., COIN, A., TOFFANELLO, E.D. CARDIN, F., MANZATO, E. The importance of sexual health in the elderly: Breaking down barriers and taboos. *Aging Clinical and Experimental Research*, v. 24, n. 3, p. 31-34, 2012.

LEYVA-MORAL, J.M. La expresión sexual de los ancianos: una sobredosis de falsos mitos. *Índex de Enfermeria*, v. 17, n. 2, p. 124-127, jun. 2008. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200010&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 24 jul. 2020.

LÓPEZ-RAMOS, H.; MEDINA-RICO, M.; HERNÁNDEZ, P.; SILVA, J.M. Sexualidade n el adulto mayor, conductas y retos- revisión de la literatura. *Urol Colomb*, v. 28, n. 2, p. 121-129. 2019. DOI: doi.org/10.1055/s-0038-1645849.

OLATAYO, A. A., KUBWA, O. O., & ADERKUNLE, A. E. *Sexuality in nigerian older adults*. Pan African Medical Journal, v. 22, n.315. 2015. DOI: 10.11604/pamj.2015.22.315.7617

SINKOVIC, M.; TOWLER, L. Sexual Aging: A systematic review of qualitative research on the Sexuality and Sexual Health of Older Adults. *Qualitative Health Research*, v. 29, n. 9, pp-1239-1254. Dec. 2019. DOI: 10.1177/1049732318819834

SLACK, P; AZIZ, V. *Sexuality and sexual dysfuctions in older people: a forgotten problem*. *BMPsych Advances*, v. 26, n. 3, p. 173-182, May 2020. DOI: <https://doi.org/10.1192/bja.2019.80>

FUNDACIÓN PILARES. *Sexualidad en entornos residenciales de personas mayores: guía de actuación para profesionales*. Madrid, 2017.

GEWIRTZ-MEYDAN, A., HATFFORD-LETCHFIELD, T., BENYAMINI, Y., PHELAN, A., JACKSON, J., AYALON, L. Ageism and Sexuality. In: Ayalon L., Tesch-Römer C. (eds) *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham: Springer. 2018. DOI: doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_10

WONG, L.A., ÁLVAREZ, Y., DOMÍNGUEZ, M.C, GONZÁLEZ, A. La sexualidad en la tercera edad. Factores fisiológicos y sociales. *Revista Médica Electrónica*, v. 32, n. 3. 2010. Disponible em: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol3%202010/tema11.htm>

4 Abordagem Centrada na Pessoa

Miriam Molas Tuneu

Ivan Sanchez Martínez

Javier Jerez Roig



Introdução

O envelhecimento populacional cresceu, globalmente, a uma taxa elevada nos últimos anos, devido ao aumento da expectativa de vida. Como resultado da longevidade, as necessidades sociais e assistenciais também aumentam (PÉREZ DÍAZ *et al.*, 2020).

Durante o processo de envelhecimento, as pessoas podem apresentar graus de dependência e de incapacidade. Como consequência da dificuldade de realizar as atividades da vida diária (AVD), em muitas ocasiões, a alternativa acaba sendo o acesso a uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI). Morar em uma ILPI pode ter grande impacto tanto para o residente quanto para a família, pois implica aceitar um novo ambiente e, geralmente, uma organização com regras pré-estabelecidas, menor privacidade e autonomia na tomada de decisões. Isso pode levar a sentimentos de solidão, de tristeza e de culpa pela família. Portanto, é necessário um cuidado integral a esses idosos, mantendo seu potencial, sua autonomia e minimizando o impacto psicológico da mudança (GALLO; ESTRADA, 2015).

Entretanto, realmente, o que essas pessoas precisam? Ou o que elas querem? Essas são algumas das questões atualmente discutidas. Os idosos querem e precisam de um modelo de cuidado profissional focado na qualidade de vida, nos direitos, nas preferências, no respeito e, em última instância, na dignidade das pessoas. Isso, então, leva à mudança de paradigma no cuidado, monitorando as pessoas em situação de dependência ou de incapacidade e mostrando que os recursos existentes na atualidade, geralmente, são obsoletos, e que é necessária uma mudança de visão.

Desenvolvimento

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) está comprometida em colocar a pessoa e seu objetivo de vida no centro das atenções. O principal objetivo desse modelo é melhorar a qualidade de vida das pessoas, em todas as áreas, respeitando seus direitos, interesses e preferências (RODRÍGUEZ, 2010). Nos conceitos mencionados, pode-se dizer que existe, de fato, um acordo sobre os princípios que compõem a ACP (MARTÍNEZ, 2017).

A origem da ACP é geralmente atribuída a Carl Rogers (1961), já que suas contribuições sobre a terapia se focaram no cliente e têm especial importância na saúde, nas incapacidades, nos cuidados gerontológicos e no serviço como

precedentes para o surgimento da ACP. Deve-se destacar que as contribuições de Tom Kitwood foram muito importantes em relação às pessoas com distúrbios neurocognitivos, pois ele ressaltou que a expressão da demência foi definida não apenas por danos cerebrais, mas também pela interrelação de outras variáveis como personalidade, história ou biografia da vida, bem como o ambiente social (KITWOOD, 1997; BROOKER, 2007).

Rodríguez (2014), com o objetivo de aumentar a autonomia e independência das pessoas com deficiência ou em situações de dependência, enfatiza a importância do projeto e da organização de políticas e recursos, bem como intervenções ou subsídios. Da mesma forma, reitera os princípios nos quais se baseia a ACP: 1) autonomia, 2) individualidade, 3) independência, 4) integralidade, 5) participação, 6) inclusão social e 7) continuidade do cuidado; esses terão que se adaptar às características e aos contextos das pessoas que estão mirando.

De acordo com Goikoetxea *et al.* (2015), os agentes ou sujeitos significativos envolvidos no processo de intervenção da ACP são os seguintes: o(a) usuário(a), que deve ser cuidado de acordo com seus gostos, suas preferências e seus valores, e a família, participantes nos cuidados. Por outro lado, tem-se a relação triangular entre esses dois agentes e

os profissionais, bem como o envolvimento de organizações sociais e da administração pública.

Segundo Sancho e Yanguas (2014), existem vários aspectos fundamentais para prestação de cuidados abrangentes e centrados na pessoa, sendo eles: projeto da vida, ou seja, a direção que o indivíduo quer tomar de acordo com suas crenças; preferências e sua escala de valores quando chega a fase idosa; e história da vida, com a qual poderemos conhecer mais a fundo a pessoa e prestar uma atenção próxima. Finalmente, os planos de atendimento individualizados facilitam a detecção de necessidades, fazendo com que as ILPI viam unidades de convívio, mais próximas a um ambiente doméstico em termos de organização, de horários e de espaços. Tudo isso deve ser supervisionado por um profissional de referência que conheça muito bem as pessoas e pelo responsável pelo contato com a família da pessoa idosa.

Assim, a ACP está recebendo um interesse crescente no cuidado de longo prazo. No entanto, os serviços gerontológicos tendem para um olhar mais focado na doença do que nas pessoas, e o foco é pouco nas diferenças individuais (MARTÍNEZ, 2017).

O ambiente residencial ou institucional tem sido criticado pela rigidez organizacional, pela rotatividade ou escassez de pessoal, pela despersonalização, pela visão focada em doenças

e pela baixa intimidade. Para esses aspectos, foi mantida uma visão negativa das ILPI, onde o atendimento nesses serviços é, muitas vezes, altamente protocolizado. Isso afeta negativamente o bem-estar das pessoas na medida em que limita sua capacidade de tomar decisões – sua autonomia – nas suas próprias vidas (SELLARS *et al.*, 2019).

No contexto gerontológico, os idosos costumam receber atendimento biomédico, pois, com a idade, problemas associados à saúde e ao desenvolvimento de doenças que convivem com o envelhecimento estão frequentemente presentes (SELLARS *et al.*, 2019; GARCÍA, 2014). De fato, em países com desenvolvimento avançado nas políticas socio sanitárias, como Estados Unidos, Austrália, Canadá, Países Nórdicos e Europa Central, os chamados modelos Housing foram lançados décadas atrás (MARTÍNEZ, 2017).

As pessoas com múltiplas doenças crônicas e situações de dependência, ou seja, com mais necessidades assistenciais, exigem a integração conjunta de diversos serviços sociais e de saúde, como o de gestão de casos. Há alguns anos, a National Case Management Network (2009) identificou os objetivos dessa metodologia: detectar populações em risco, fornecer acesso e/ou ativar informações sobre recursos socioeconômicos disponíveis, auxiliar pacientes e cuidadores na tomada de decisões e facilitar e proporcionar a distribuição

a integração de múltiplos serviços. Sanberg *et al.* (2015) analisaram os efeitos desse método em uma população frágil e observaram uma redução das hospitalizações em 6 a 12 meses, melhor funcionalidade, gerenciamento adequado do acesso aos serviços comunitários e redução da institucionalização da população idosa.

O início da transformação dos recursos sociais e de saúde também foi vista em algumas partes da Europa. Algumas referências internacionais, como País Basco, Holanda, França, Reino Unido, Noruega, Estados Unidos, entre outras, iniciarão alterações nos serviços tradicionais com o intuito de redirecioná-las para Serviços Centrados em Pessoas (EDVARDSSON; WINBLAD; SANDMAN, 2008; RODRIGUEZ, 2010; MARTINEZ, 2017) e uma personalização dessa atenção, focada no usuário e com profissionais de referência desde o início da intervenção (DÍAZ-VEGA *et al.* 2014).

Não existe uma definição consensual do que é a ACP, e o paradigma varia, dependendo do contexto da aplicação. É aconselhável realizar avaliações que permitam objetivar o grau em que a atenção oferecida é orientada para as pessoas e não para as organizações. Têm sido desenvolvidas estratégias para verificar e garantir a qualidade dos serviços que, embora interessantes, agregam pouco peso nas dimensões relacionadas à qualidade de vida da ACP. É necessário encontrar um

equilíbrio entre direitos individuais e necessidades financeiras, o qual deve ser complementar e não excluído (MARTÍNEZ, 2018).

Para isso, foram desenvolvidos e validados instrumentos de medição em cuidados centrados na pessoa. Primeiro, o *Dementia Care Mapping* (DCM), um instrumento proposto pelo grupo *Bradford*, de Tom Kitwood, para tomar cuidado com a observação sistemática do dia-a-dia de pessoas com demência e suas interações com cuidadores. Em segundo lugar, há dois autorrelatos na versão espanhola, que reconhecem as opiniões dos profissionais: o Questionário de Avaliação de Cuidados Centrados na Pessoa (*Person-centered Care Assessment Tool – P-CAT*) e o Questionário de Avaliação de Cuidados Centrados no Pessoal Profissional (*Staff Assessment Person Directed Care Questionnaire – PDC*) (MARTÍNEZ *et al.*, 2015; 2016). Esses classificam em que grau a ACP está sendo trabalhada e como orientar o processo de melhora (MARTÍNEZ, 2017; HUANG *et al.*, 2020).

A partir da revisão de publicações técnicas e científicas na área da ACP em serviços gerontológicos, a ACP-Gerontologia (ACP-G) foi proposta pela especialista Teresa Martínez, e validada em espanhol com a colaboração de sua equipe de pesquisadores (MARTÍNEZ *et al.*, 2019). O documento apresenta dez componentes que constituem o modelo e um

total de 50 intervenções fundamentais para aplicação prática em ILPI. Ao mesmo tempo, o modelo permite planejar processos para melhorar a qualidade do atendimento nos serviços gerontológicos, considerando a ACP como o principal eixo da estratégia de intervenção (MARTÍNEZ *et al.*, 2018; MARTÍNEZ *et al.*, 2019).

Com os dez componentes da ACP-G, os instrumentos de medição e as ferramentas de registro propostos podem ser conhecidos pelas opiniões dos idosos, familiares e profissionais de atenção direta e diretores dos centros. Essa ferramenta permitirá completar a visão subjetiva dos agentes envolvidos no atendimento com uma visão externa especializada (MARTÍNEZ, 2017) e verificar o grau de conformidade da ACP e a evolução de cada serviço. A validação dos questionários foi realizada em 40 centros residenciais em diferentes comunidades espanholas, e a do instrumento em 20 centros. Os resultados das propriedades psicométricas apoiam o uso desses instrumentos para pesquisa e para a avaliação dos serviços de forma rigorosa (MARTÍNEZ *et al.*, 2019).

Considerações finais

Em conclusão, o envelhecimento progressivo da população leva a um aumento na institucionalização dos idosos; por isso,

as ILPI devem se adaptar à demanda existente, atendendo às suas necessidades físicas, psicológicas e sociais. Nesse sentido, deixar para trás o modelo assistencial implica tentar proporcionar um atendimento à pessoa idosa que abrange todas as dimensões da qualidade de vida. Os profissionais de saúde devem trabalhar com o interesse de prevenir ou diminuir situações de vulnerabilidade social em idosos, como solidão, e outras situações, como dependência ou falta de redes de apoio familiar e social, para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida do coletivo.

A ACP se encaixa na pessoa idosa, proporcionando atenção individualizada e contemplando a família como um pilar fundamental na intervenção. Além disso, tenta amortecer o impacto que viver em uma ILPI pode ocasionar, criando espaços residenciais onde a pessoa idosa possa lembrar momentos de sua vida cotidiana e de sua família, participar ativamente e melhorar seus pontos fortes e sua autonomia.

A realidade é que, na prática real, ainda há muitas barreiras e mudanças legislativas necessárias para apoiar o novo paradigma. É importante continuar avançando na implementação da ACP e não passar despercebido por mais tempo, pois goza de um marco legal e se baseia nos direitos humanos das pessoas como liberdade, individualidade, dignidade, autonomia/independência e capacidades.

Referências

- BROOKER, Dawn. *Person-Centered Dementia Care: Make better services*. Londres: Jessica Kingsley, 2007. 160 p.
- DÍAZ-VEIGA, Pura *et al.* Efectos del Modelo de Atención Centrado en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, v. 49, n. 6, p. 266-71, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.06.003>
- EDVARDSSON, David; WINBLAD, Bengt; SANDMAN, Pe-Olof. Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, v. 7, n. 4, p. 362-67, 2008. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70063-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70063-2)
- GALLO, Julia; ESTRADA, Jesús. Factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores que viven solas. *Gerokomos*, v. 26, n. 1, 3-9, mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000100002>
- GARCÍA, José Augusto. La atención sanitaria centrada en la persona (paciente). In: RODRIGUEZ, Pilar Rodriguez; MANCEBO, Antoni Vilá (Eds). *Modelo de atención integral y centrada en la persona: Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. 1 ed. Madrid: Technos, 2014. p. 254-61.
- GOIKOETXEA, María Jesús *et al.* Código Ético para la atención socio sanitaria a las personas mayores. *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, Bilbao, n. 78, 2015.
- HUANG, Ching-Yuan *et al.* The impact of person-centered care on job productivity, job satisfaction, and organizational commitment among employees in long term care facilities. *Journal of Clinical*

Nursing, v. 29, n. 15-16, p. 2967-78, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15342>

KITWOOD, Tom. *Dementia reconsidered: the person comes first*. 1 ed. Buckingham: Open University Press, 1997.

MARTÍNEZ, Teresa *et al.* Assessment of Person-Centered Care in Gerontology Services: A new tool for healthcare professionals. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, v. 20, n. 1, p. 62-70, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.003>

MARTÍNEZ, Teresa *et al.* The Person-Centered approach in Gerontology: New validity evidence of the Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, v. 16, n. 2, p. 175-85, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.12.001>

MARTÍNEZ, Teresa *et al.* Validação em espanhol da Ferramenta de Avaliação de Assistência Centrada na Pessoa (P-CAT). *Aging & Mental Health*, v. 20, n. 5, p. 550-58, mar. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023768>

MARTÍNEZ, Teresa. Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, v. 31, n. 3, p. 83-9, 2017.

MARTÍNEZ, Teresa. Person-centered care implementation and assessment in gerontological services: The PCC-gerontology model. *Health, Aging and End of life*, v. 3, p. 9-33, 2018.

NATIONAL CASE MANAGEMENT NETWORK. *Canadian Standards of Practice for Case Management*. Canada: Canadian Cataloguing, 2009. p. 10-15.

PÉREZ DÍAZ, Julio *et al.* Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. *Envejecimiento en red*,

Madri, n. 25, 2020. 39 p. Disponível em: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>

RODRIGUEZ, Pilar Rodriguez. Conceptualización del modelo de atención integral y centrada en la persona (AICP). In: RODRIGUEZ, Pilar Rodriguez; MANCEBO, Antoni Vilá (ed.). *Modelo de atención integral y centrada en la persona: Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. 1 ed. Madrid: Technos, 2014. p. 114-21.

RODRIGUEZ, Pilar Rodriguez. La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan um modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. *Informes Portal Mayores*, Madrid, n. 106, 2010.

SANBERG, Magnus *et al.* Effects on healthcare utilization of case management for frail older people: A randomized controlled trial (RCT). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 60, n. 1, p. 71-81, fev. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.10.009>

SANCHO, Maite; YANGUAS, Javier. Evidencias sobre el bienestar cuando se realizan actividades plenas de sentido para las personas. La influencia de los entornos significativos. In: RODRIGUEZ, Pilar Rodriguez; MANCEBO, Antoni Vilá (Eds). *Modelo de atención integral y centrada en la persona: Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. 1 ed. Madrid: Technos, 2014. p. 303-15.

SELLARS, Marcus *et al.* Perspectives of people with dementia and carers on advance care planning and end-of-life care: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Palliative Medicine*, v. 33, n. 3, p. 274-90, mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216318809571>.

EIXO TEMÁTICO II

**A integralidade e o cuidado
multidimensional à pessoa idosa**

5 Aspectos multidimensionais do cuidado à pessoa idosa institucionalizada

Mayara Priscilla Dantas Araújo

Vilani Medeiros de A. Nunes



Introdução

O processo de envelhecimento envolve mudanças gradativas, que variam de indivíduo para indivíduo e que sofrem influência de múltiplos fatores, como os genéticos, os sociais, os psicológicos, os étnico-raciais e os de gênero, e que levam a alterações nas condições físicas e mentais, assim como nas relações sociais e com o ambiente. Além do mais, a associação dos fatores extrínsecos e intrínsecos podem levar ao adoecimento, à perda da autonomia e à dependência, tornando a pessoa idosa mais vulnerável (BRASIL, 2018).

Assim, torna-se necessária a realização de uma avaliação multidimensional que englobe as diferentes dimensões do envelhecimento, dos pontos de vista clínico, psicossocial e funcional, a fim de avaliar e identificar as especificidades de cada pessoa idosa, como alterações que podem interferir na sua qualidade de vida e de saúde, e com isso prestar um cuidado adequado às suas demandas (SIQUENIQUE, 2015; BRASIL, 2018).

Como forma de monitorar as condições de saúde e as situações que possam vir a interferir no bem-estar e na saúde da pessoa idosa, tem-se a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI). Por meio do seu uso, é possível identificar quais ações são prioritárias, sendo importante para organização e qualificação tanto das ações quanto dos serviços voltados para atenção integral à saúde dessa população (SCHMIDT *et al.*, 2019).

Dentre as dimensões relacionadas ao envelhecimento e à saúde abordadas na CSPI, estão os dados sociodemográficos, informações sociais e familiares, uso, reações adversas e alergias a medicamentos, condições de saúde (diagnósticos), internações e cirurgias, dados antropométricos, consumo alimentar, identificação de vulnerabilidade, ocorrência de quedas, hábitos de vida, saúde bucal e informações relacionadas a cognição, ao humor e ao ambiente. Além disso, traz, também, informações sobre os direitos da pessoa idosa, prática de atividade física e sexualidade (BRASIL, 2017).

Desenvolvimento

Assim como o envelhecimento, a institucionalização pode estar relacionada a diversas causas, como de ordem individual, social, econômica, de saúde ou pela combinação destas. A mudança do perfil de idosos institucionalizados, com

predomínio de pessoas solteiras, sem filhos, com declínios cognitivos e dependentes, reflete os obstáculos de manter a pessoa idosa em seu lar. A falta de familiares que possam se responsabilizar pelo cuidado e demandas de saúde, que, por vezes, não se consegue acompanhar nas residências, também contribui para a institucionalização dessas pessoas (AZEVEDO *et al.*, 2017; PINHEIRO *et al.*, 2016; SOUZA, MARTINS, 2016).

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) apresentam aspectos singulares, tendo práticas, condutas e comportamentos próprios que diferem uma das outras. Porém, apresentam rotinas similares, ignorando, por vezes, a individualidade das pessoas, fazendo com que percam sua identidade e sua autonomia. Isso pode ocorrer devido à alta demanda por cuidados de saúde, tendo em vista que idosos institucionalizados apresentam alta prevalência de fragilidade e, conseqüentemente, maior dependência. Embora as ILPI tenham como objetivo a garantia da integralidade do cuidado, as demais dimensões da vida podem acabar ficando em segundo plano, em detrimento da perda da autonomia e da dependência do indivíduo idoso (OLIVEIRA; ROZENDO, 2014; MELO *et al.*, 2018).

A adoção de estratégias fundamentadas na realidade dos idosos institucionalizados, considerando e respeitando sua

história de vida, seus desejos, seus sentimentos, seus valores e hábitos culturais se torna necessária. A participação em atividades sociais também acarreta benefícios para a cognição, a saúde física, a longevidade e a funcionalidade e contribui para a rede social, fazendo com que desperte no idoso o sentimento de pertencimento, fazendo-o se sentir útil e proporcionando as trocas sociais (OLIVEIRA; ROZENDO, 2014).

Para efetivar o cuidado integral, se faz necessário avaliar e cuidar da pessoa idosa, considerando os aspectos multidimensionais envolvidos no envelhecimento, por meio de ações interdisciplinares e multidisciplinares de prevenção e promoção à saúde ou planos de cuidado individualizados e de profissionais capacitados para lidar com esse público (SANTOS *et al.*, 2018).

Dessa forma, é possível realizar uma avaliação multidimensional, que permite a compreensão ampliada e integral da condição biopsicossocial da pessoa idosa, sendo possível identificar e intervir nas dimensões que necessitam de maior atenção e cuidado. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), por meio dessa avaliação, é possível classificar as pessoas idosas de acordo com seu nível de funcionalidade, sendo elas: independentes e autônomas, com alguma limitação funcional e dependente de terceiros para realizar suas atividades cotidianas.

Essa classificação é importante para que as ações e os serviços voltados para o coletivo contemplem as necessidades de todos ou da maioria dos residentes, como também para organização de intervenções individuais, considerando as especificidades de cada pessoa. Essas ações devem ter como prioridade manter a capacidade funcional e evitar ou minimizar as possibilidades de declínio ou de perda funcional, que leva ao comprometimento da autonomia e da independência para a realização de atividades de vida diária e, conseqüentemente, à perda da qualidade de vida (BRASIL, 2018).

Para o cuidado adequado, é necessário que as ILPI contem com uma equipe integrada por diferentes profissionais, devendo ser composta por: assistente social, educador físico, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, médico, fisioterapeuta, cuidadores de idosos e responsáveis pelos serviços gerais. Além desses, também podem compor a equipe: profissionais farmacêuticos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e musicoterapeutas, como forma de ampliar a atenção e a manutenção do bom estado de saúde dos residentes, contribuindo para sua autonomia e sua independência física, psíquica e social. Essa composição garantiria a qualidade do processo de trabalho nas ILPI; porém, isso ainda é algo fora da realidade das instituições, que contam com poucos

recursos humanos e deficiência de financiamento (ALVES *et al.*, 2017; TAVARES *et al.*, 2018).

Os profissionais devem estar alerta para identificar sinais que podem preceder o comprometimento da capacidade funcional, sendo eles: multimorbidades (? 5 diagnósticos), polifarmácia (? 5 medicamentos/dia), internações recentes (mais de duas internações nos últimos seis meses), incontinência urinária e/ou fecal, quedas recorrentes (? 2 nos últimos 12 meses), alteração de marcha e de equilíbrio, comprometimento cognitivo e sensorial (visão, audição), dificuldades de comunicação, isolamento social, insuficiência familiar, transtorno de humor (depressão, ansiedade), perda de peso não intencional (mínimo 4,5 kg ou 5% do seu peso corporal no último ano), suspeitas de violência, dificuldade de mastigação e/ou de deglutição, engasgos e/ou tosses recorrentes (BRASIL, 2018).

Esses sinais podem ser monitorados com o auxílio da CSPI, por isso a importância da periodicidade de acompanhamento e o preenchimento correto dessas informações. Destaca-se, também, a qualificação dos profissionais e um olhar mais sensível para identificar precocemente esses sinais e desenvolver ações que envolvam as diferentes dimensões da vida, os aspectos biopsicossociais e o protagonismo do idoso no processo do cuidado (SANTOS *et al.*, 2018).

Dentre as dimensões da vida, a psicossocial – que está relacionada a questões comportamentais, à saúde mental, a questões familiares, econômicas, culturais, de gênero, ambientais, entre tantas outras – interfere diretamente na saúde das pessoas idosas, sendo observado que as piores condições de vida estão associadas a piores condições de saúde. Isso mostra que, na dimensão clínica, a doença não pode ser vista como algo à parte, pois está inserida em um contexto e, para compreendê-la, é necessária uma visão ampliada do indivíduo. O mesmo ocorre na dimensão funcional. No contexto do envelhecimento saudável, a avaliação multidimensional supera o olhar estritamente clínico do cuidado e tem maior enfoque na promoção da qualidade de vida da pessoa idosa (BRASIL, 2018).

Além disso, a importância de conhecer o processo de envelhecimento e a pessoa idosa na sua integralidade permite a elaboração de planos de cuidado e intervenções condizentes com suas características e necessidades, além de potencializar as ações desenvolvidas pela equipe. Um exemplo trazido por Silva *et al.* (2019) acerca de alguns aspectos decorrentes da institucionalização, como o isolamento social, realização de poucas atividades físicas e depressão, que favorecem o desenvolvimento ou a manutenção de doenças cardiovasculares e declínios cognitivos e levam ao uso de medicamentos e

possíveis reações e interações adversas decorrentes da polifarmácia, demonstram a complexidade do cuidado institucional e a importância de se considerar as diferentes dimensões para evitar complicações e desfechos adversos à saúde dessas pessoas.

Considerações finais

A manutenção da independência e da autonomia deve ser objetivo central do cuidado e atenção à pessoa idosa, institucionalizada ou domiciliada, por meio da adoção de estratégias de prevenção, promoção e manutenção da saúde levando-se em consideração as diferentes dimensões da vida.

Também é importante que os profissionais responsáveis por prestar cuidados à pessoa idosa compreendam a complexidade e a diversidade de fatores que envolvem o envelhecimento e que impactam nas diferentes dimensões, tanto de forma individual quanto coletiva. A pessoa idosa não deve ser avaliada somente pelo sinal ou pelo sintoma aparente, mas levando-se em consideração todo o seu histórico clínico e sua condição e estilo de vida, que podem contribuir para a fragilização e o comprometimento da qualidade de vida pela dependência e perda da autonomia.

Referências

ALVES, Manuela Bastos *et al.* Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico- estruturais e organizacionais. *Escola Anna Nery*, v. 21, n. 4, e20160337, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0337>

AZEVEDO, Livia Maria de *et al.* Perfil sociodemográfico e condições de saúde de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 19, n. 3, p. 16-23, jul./set. 2017.

BRASIL. *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. *Ministério da Saúde. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 91 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf

MELO, Elisa Moura de Albuquerque *et al.* Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 117, p. 468-80, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811710>

OLIVEIRA, Janine Melo de; ROZENDO, Célia Alves. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 5, p. 773-79, set./out. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670515>

PINHEIRO, Natália Cristina Garcia *et al.* Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3399-405, nov. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19472015>

SANTOS, Ana Cintia Westphal *et al.* Percepção da equipe multiprofissional sobre o registro no prontuário do residente da instituição de longa permanência para idosos. *Ciencia y Enfermeria*, v. 24, p. 1-10, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100210>

SCHMIDT, Alessandra *et al.* Preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa: relato de experiência. *Sanare*, Sobral, v. 18, n. 1, p. 98-106, jan./jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v18i1.1310>

SILVA, Rosane Seeger da *et al.* Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 27, n. 2, p. 345-56, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1590>

SIQUENIQUE, Sofia. *Avaliação multidimensional da pessoa idosa: análise crítica da literatura e proposta de protocolo*. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia). Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal. 2015.

SOUZA, Ana Cláudia Costa de; MARTINS, Karine Anusca. Mudança do perfil de idosos de uma instituição de longa permanência nos últimos dez anos. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 10, n. 1, p. 16-22, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z2447-2115201600010004>

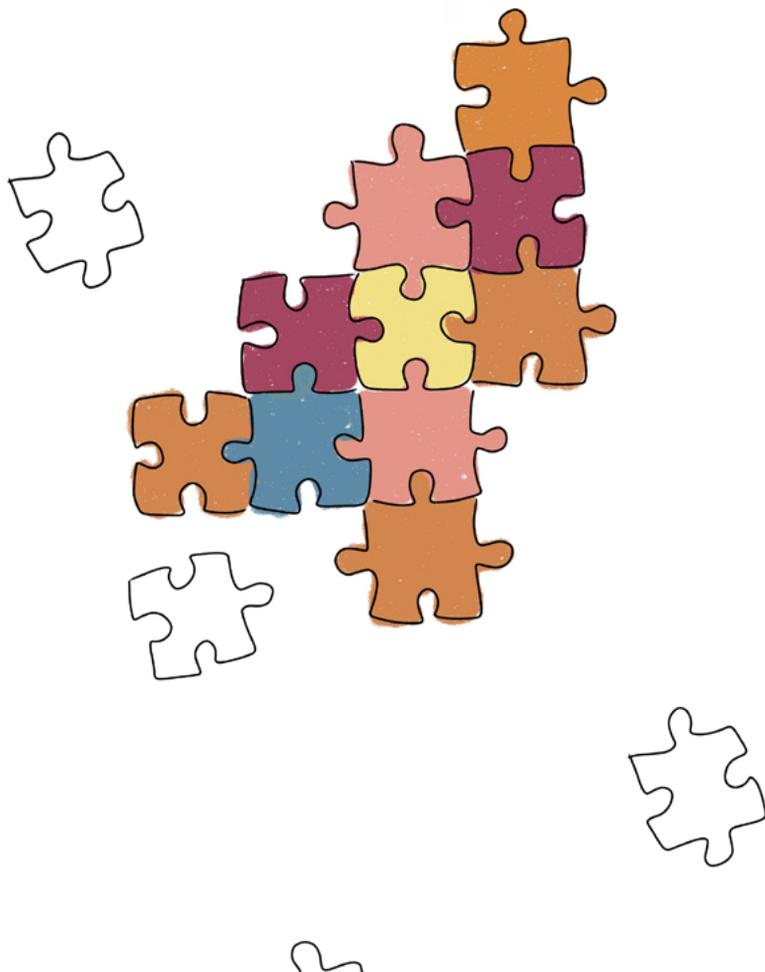
TAVARES, Patricia do Nascimento *et al.* Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 21, n. 3, p. 423-41, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i3p423-441>

6 Linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa

Marcia Maiumi Fukujima

Eduardo Canteiro Cruz

Joana D'Arc Ricardo dos Santos



Introdução

O processo de envelhecimento ocorre de maneira bastante heterogênea entre os indivíduos. Assim, avaliar a saúde apenas elencando um rol de doenças pode ser insuficiente para garantir bons desfechos de saúde e atender às aspirações da pessoa idosa.

O conceito atual de saúde envolve o bem-estar físico, mental e social. Baseado nessa definição mais ampla, o planejamento de uma linha de cuidado de atenção integral à saúde da pessoa idosa se inicia com uma avaliação multidimensional. A estratificação dos perfis de funcionalidade direciona as ações tanto coletivas como individuais. A identificação das necessidades de saúde é feita pelas equipes de atenção básica com definição do perfil demográfico, epidemiológico, socioeconômico e estrutura de serviços disponíveis no território (FEIO; OLIVEIRA, 2015).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS são formadas pela integração de diversos serviços de saúde com diversas densidades tecnológicas, com o objetivo de garantir o acesso, a

equidade, a eficácia clínica e sanitária e a eficiência econômica (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

Desenvolvimento

O Ministério da Saúde elaborou algumas Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias em que são preconizadas ações voltadas aos determinantes sociais, lançando mão de ferramentas que sejam capazes de avaliar a saúde de forma completa, considerando a complexidade e a singularidade de cada indivíduo e o meio no qual ele está inserido. Entre essas diretrizes, faz-se necessária a realização da avaliação global, da identificação das necessidades de saúde, dos pontos de atenção à saúde direcionada à pessoa idosa, bem como da segurança do paciente na linha de cuidado de atenção integral à saúde do idoso.

Avaliação global da pessoa idosa

O indivíduo idoso deve ser avaliado não só quanto aos agravos à saúde, mas segundo a sua capacidade funcional, ou seja, o conjunto de habilidades físicas e mentais necessárias para manter uma vida com independência e autonomia. Independência é entendida como a capacidade de executar

atividades da vida diária sem auxílio, enquanto autonomia é a capacidade de tomar decisões e gerir a própria vida.

A fim de se estabelecer uma avaliação completa, capaz de enxergar a pessoa idosa em suas diferentes necessidades, emprega-se a avaliação geriátrica ampla (AGA) ou global. A AGA tem foco em capacidade funcional e qualidade de vida e consiste em uma abordagem multidimensional e interdisciplinar, a fim de detectar déficits não usualmente relatados na consulta médica, propor intervenções preventivas curativas, de controle e de reabilitação, além de gerar um plano de cuidados de longo prazo. Habitualmente, a AGA sistematiza a avaliação dos domínios por meio do uso de escalas e de testes funcionais (MORAES *et al.*, 2016). A avaliação usualmente avalia os domínios cognitivo, afetivo, físico, social e funcional – este último, o ponto central da saúde do indivíduo idoso, pois revela como todos os domínios interagem para que a pessoa idosa desempenhe suas tarefas na vida cotidiana.

No domínio físico, é importante investigar perda visual ou auditiva, uma vez que o déficit sensorial está associado a prejuízo cognitivo, sintomas depressivos e perda da capacidade funcional. Também é de grande importância, nesse domínio, a avaliação do peso, pois os extremos nutricionais (desnutrição e obesidade) estão relacionados a piores desfechos em saúde como hospitalização, incapacidade, institucionalização e

morte. Cabe, ainda, na avaliação da dimensão física investigar sobre marcha, equilíbrio e experiência de quedas, que são eventos associados a pior qualidade de vida, maior risco de incapacidade, imobilização, hospitalização e mortalidade. Os testes funcionais, como a velocidade de marcha habitual, o teste do levantar-e-sentar da cadeira, a medida da força de preensão manual e o TUGT (Timed Up and Go Test) são úteis para essa avaliação. Por fim, no domínio físico, é relevante buscar pela polifarmácia (prescrição de cinco ou mais medicações) e pelo uso de medicações potencialmente inapropriadas para idosos, as quais podem levar a alterações cognitivas, quedas, fraturas, acidentes, hospitalização e morte (MORAES *et al.*, 2016).

Como a incidência de demência aumenta com a idade, para avaliar o domínio cognitivo, aplica-se uma escala ou um instrumento que revele como estão a memória, a orientação, a linguagem, o cálculo e as funções executivas. O teste mais amplamente usado é o Miniexame do Estado Mental (MEEM), mas há outras possibilidades, como Mini-Cog, Bateria Breve de Rastreo Cognitivo, Teste de Fluência Verbal e Teste do Desenho do Relógio. Este último deve ser evitado em indivíduos de baixa escolaridade (MARTINS *et al.*, 2019).

Na avaliação do domínio afetivo, procura-se pela presença de sintomas depressivos. É sabido que a prevalência de

sintomas depressivos aumenta com a idade e que esses estão associados com prejuízo cognitivo e pior qualidade de vida. O instrumento mais usado em nosso meio para o rastreamento de sintomas depressivos é a escala de depressão geriátrica.

O domínio funcional pode ser avaliado, de maneira indireta, por meio da aplicação das escalas de atividades de vida diária. A escala de Katz avalia atividades básicas de vida diária, ou seja, de autocuidado, e inclui banho, vestimenta, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação. A escala de Lawton avalia as atividades instrumentais de vida diária, como usar o telefone, usar um transporte público, fazer compras, preparar as próprias refeições, lavar e passar, fazer pequenos reparos e tarefas domésticas, manusear as próprias medicações e cuidar das finanças (MARTINS *et al.*, 2019).

No domínio social, avaliam-se as relações familiares e extrafamiliares da pessoa idosa, sua inserção na sociedade e na vizinhança, seu bem-estar econômico, e, sobretudo, o suporte social, ou seja, com quem pode contar.

Após essa avaliação multidimensional, é possível identificar com mais clareza quem é a pessoa idosa à frente do profissional de saúde, quais as medidas devem ser tomadas imediatamente, quais devem ser planejadas para um futuro próximo, quais vínculos devem ser fortalecidos e como atender às aspirações daquele indivíduo (MORAES *et al.*, 2016).

Necessidades de saúde da pessoa idosa

Para idosos independentes e autônomos, os programas devem contemplar ações de promoção e proteção da saúde e ações de prevenção de agravos de doenças transmissíveis e não transmissíveis, além de intervenções terapêuticas específicas quando couber. O objetivo é evitar condições crônicas não estabelecidas, manter sob controle doenças já existentes, na perspectiva de preservar a capacidade funcional.

Para idosos com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros para realizar as atividades da vida diária, também classificados como idosos pré-frágeis, com risco de se tornarem totalmente dependentes, o cuidado deve ter como foco a manutenção das funções ainda preservadas e a reabilitação dos aspectos comprometidos.

Para idosos dependentes de atividades de vida diária, ou idosos frágeis, com declínio funcional estabelecido e capacidade funcional comprometida, o cuidado deve focar na prevenção terciária e quaternária, gerenciando as condições crônicas e ofertando cuidados prolongados. O acompanhamento domiciliar deve ser planejado, visando à reabilitação possível, aos cuidados paliativos e ao suporte à família e aos cuidadores.

Os principais critérios que determinam a necessidade de nível médio de complexidade no cuidado são: síndrome consumptiva (perda não intencional de 5% do peso em 6 meses ou 10% em um ano), internação hospitalar recente, multimorbidade com descompensação, quedas recorrentes, polifarmácia, comprometimento cognitivo, sensorial, de comunicação ou de marcha e de equilíbrio, transtorno de humor e outras condições específicas de morbidade (MORAES *et al.*, 2016).

Pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

Os pontos de atenção da RAS da pessoa idosa são integrados pelo demandador de cuidado, isto é, a atenção básica. O plano terapêutico singular (PTS) poderá ser construído de modo compartilhado com a atenção especializada ou complementado por esta, quando necessário. Contudo, devem ser esgotados todos os recursos disponíveis na própria atenção básica, por meio do matriciamento, da comunicação e da articulação entre as equipes de referência, do NASF-AB (Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica), de Consultório na Rua e profissionais que atuam em diferentes estratégias e programas desse nível de atenção antes de demandar serviços especializados. A atenção básica deve

realizar as imunizações e ainda pode ter serviços que ofereçam práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) e no Programa Academia da Saúde (COELHO *et al.*, 2018).

Promover a saúde pressupõe, necessariamente, a inter-setorialidade. Alguns pontos da rede necessários para a linha de cuidado da saúde do idoso são as equipes dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), que compõem o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e promovem os serviços socioassistenciais, como o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, Centro de Convivência de Idosos e o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, com promoção e proteção dos direitos humanos básicos e da cidadania (SANTOS *et al.*, 2016).

Serviços especializados, como Centros de Referência em Saúde da Pessoa Idosa, de teleconsultores dos Núcleos Estaduais do Programa Telessaúde ou de outros serviços especializados disponíveis, tanto para matriciamento quanto para atendimento especializado, podem ser necessários para idosos frágeis ou em risco de fragilização.

Os Centros de Referência em Saúde da Pessoa Idosa podem ter fluxos próprios, como, por exemplo, o acolhimento com classificação de risco específico para casos ambulatoriais ou

linhas de cuidado específicas (câncer, demência, quedas, entre outras). De acordo com a estratificação de risco, elegem-se protocolos definidos de atendimento que favorecem interação entre profissionais tanto internamente como com profissionais de outros pontos de atenção da RAS. Idosos frágeis podem demandar recursos de atenção domiciliar, atenção especializada ambulatorial ou hospitalar, rede de urgência e de emergência, cuidados prolongados e cuidados paliativos.

A segurança do paciente na linha de cuidado de atenção integral à saúde da pessoa idosa

As diretrizes e protocolos básicos de segurança do paciente do Ministério da Saúde (MS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que se aplicam a qualquer paciente, inclusive o idoso, são: identificação segura do paciente, usando no mínimo dois identificadores em todos os pontos de atenção e transição do cuidado; segurança da prescrição, do uso e da administração de medicamentos; cirurgia segura com checklist e conferências; prevenção de quedas; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; e prevenção de úlcera de pressão. A implantação efetiva dos protocolos de segurança do paciente contribui com o cuidado seguro e de qualidade (PAIXÃO *et al.*, 2018).

Do ponto de vista de qualidade e segurança da pessoa idosa, a literatura aponta para alguns pontos cruciais: prevenir quedas em todos os cenários de assistência à saúde, manejar adequadamente a multimorbidade, racionalizar o uso de fármacos, desprescrever, reconciliar e evitar medicações potencialmente inapropriadas e usar estratégias para melhorar a comunicação com a pessoa idosa.

Acerca da comunicação, cabem algumas recomendações: evitar fala estereotipada e infantilizada em voz alta, como se o idoso fosse naturalmente portador de deficiência auditiva ou cognitiva, manter contato visual e permitir alguns momentos de discurso livre, diminuir o ruído de fundo, usar figuras ou diagramas para reforçar as recomendações do profissional de saúde e engajar a pessoa idosa na tomada de decisão. Ao final de cada atendimento, é importante realizar um fechamento abordando o diagnóstico, as alterações realizadas na prescrição e o porquê, os sinais de alerta que devem ser reportados, quando e como buscar ajuda fora das consultas e, por fim, emitir instruções e orientações por escrito.

A eficácia da linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa depende do equilíbrio entre a expectativa de cuidado do paciente e família, das necessidades de saúde e da disponibilidade de recursos na execução do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que deve ser claro e exequível.

Considerações finais

A atenção à saúde da pessoa idosa requer avaliação multidimensional, com foco na capacidade funcional, para levantamento das necessidades de saúde. A gestão do cuidado deve se basear na recuperação ou na manutenção das capacidades funcionais, e planejada de modo multiprofissional perfeitamente integrado, evitando a fragmentação do cuidado ou ênfase em doenças.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 91 p.

COELHO, LÍVIA PEREIRA; MOTTA, LUCIANA BRANCO DA; CALDAS, CÉLIA PEREIRA. *Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação*. Physis, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280404, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280404>. Acesso em: 12 ago. 2020.

FEIO, Ana; OLIVEIRA, Clara Costa. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 703-715, June 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200024>. Acesso em: 12 ago. 2020..

FUKUJIMA MM. *Processo de elaboração de protocolo de acolhimento e classificação de risco para serviço ambulatorial especializado no idoso em nível de atenção secundário*. Rio de Janeiro, RJ, agosto de 2018.

LAKS R, CENDOROGLO MS. Avaliação da Capacidade Funcional. In: DI TOMMASO, A. B. G.; MORAES, N. S.; CRUZ, E. C.; CAIRALLA M.C.; CENDOROGLO, M. S. *Geriatrics: guia prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

MARTINS, Núbia Isabela Macêdo *et al.* Instrumentos de avaliação cognitiva utilizados nos últimos cinco anos em idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2513-2530, July 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.20862017>. Acesso em: 12 ago. 2020.

MORAES, Edgar Nunes de *et al.* Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, 81, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006963>. Acesso em: 12 ago. 2020.

OUPERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, v. 3, p. 143-182.

PAIXAO, Danieli Parreira da Silva Stalisz da *et al.* Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. *Revista Brasileira de Enfermagem.*, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 577-584, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>. Acesso em: 12 ago. 2020.

SANTOS, J. D. R. *Proposta de um protocolo para reorganização do sistema de monitoramento do paciente idoso aos cuidados na atenção ambulatorial – AME*. Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Saúde da Pessoa Idosa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde da Pessoa Idosa, Rio de Janeiro, RJ, agosto de 2018.

SANTOS, Carla Targino Bruno dos *et al.* Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 45-62, mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100005>. Acesso em: 12 ago. 2020.

7 Clínica ampliada: uma proposta de cuidado à pessoa idosa

Meiry Fernanda Pinto Okuno



Introdução

O envelhecimento humano é um processo que se caracteriza pela perda gradual das capacidades físicas e cognitivas; contudo, a manutenção da independência funcional até o fim da vida é, e continuará a ser, o objetivo mais ambicioso da geriatria. A incapacidade funcional está associada a um maior risco de readmissão hospitalar, admissão em instituição de longa permanência, pior resultado após cirurgia, complicações pós-operatórias, maior risco de queda, demência, morbidade e mortalidade precoce em geral. Ela pode ser potencialmente reversível se realizadas intervenções específicas, como a reabilitação e o exercício. Numa sociedade em envelhecimento, é necessário estabelecer novas alternativas que, de alguma forma, possam satisfazer as necessidades das pessoas idosas, aumentando a qualidade de vida percebida (MUGUETA-AGUINAGA, 2017).

Apesar dos muitos avanços no que diz respeito ao Sistema Único de Saúde (SUS) e das diversas leis que garantem o direito a saúde, ainda existem muitas dificuldades a serem vencidas para a real efetivação e a implementação de qualidade dos

serviços públicos de saúde, o que afeta impreterivelmente a saúde do idoso (VERAS, 2018). Segundo o autor, alguns desses obstáculos são a burocracia e a verticalização, a precariedade de investimentos públicos na qualificação dos profissionais, em especial no que diz respeito às necessidades específicas da população idosa, a falta de instalações adequadas, a carência de programas específicos e de recursos humanos inclusos na gestão participativa.

Assim, a Política Nacional de Humanização (PNH) da pessoa idosa visa minimizar esses obstáculos, sinalizando que o acolhimento permaneça embutido nas ações de atenção e de gestão. O modo de atuar da PNH se dá pela facilidade de interagir, utilizando técnica, instrumentos e maneiras de operar. Em meio a essas estratégias, se promove o “Acolhimento”, que se caracteriza como uma forma de operar os métodos de trabalho em saúde de maneira que dê atenção aos que buscam a saúde, atendendo suas necessidades e firmando compromissos no serviço, assumindo uma conduta acolhedora, que ouça o usuário e os forneça as respostas mais apropriadas. A humanização na saúde caracteriza-se pela afirmação dos princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das funções (BRASIL, 2004).

Conforme a PNH, a humanização e o acolhimento estimulam a troca de conhecimentos (abrangendo pacientes e

familiares), a conversa entre os profissionais e formas de trabalho em equipe, considerando a vulnerabilidade da sociedade, os anseios e os objetivos dos diversos atores relacionados à saúde, que constituem a política em atitudes visíveis e verdadeiras. Essas ações políticas garantem a competência de modificar e reforçar direitos, além de formar novos sentidos, depositando, assim, a importância e a atitude de se estar sempre evoluindo e expandindo os espaços da troca (BRASIL, 2004).

Humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo que pense e promova as ações, as campanhas, os programas e as políticas assistenciais, a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (JESUS, 2019).

Para a área da saúde, o processo de envelhecimento se caracteriza por sua complexidade, para o qual é necessária uma abordagem interdisciplinar, buscando associar conteúdos das ciências médicas, sociais, da psicologia e conhecimentos político-geográficos, entre outros, exigindo de seus profissionais uma qualificação específica para o tratamento deste segmento da população. Dessa forma, uma avaliação restrita às condições patológicas do ponto de vista biológico restringe

uma ação ampla do contexto de saúde na população, sobretudo nos idosos, como clientela vulnerável no acesso aos serviços de qualidade e resolutivos. Como consequência, percebem-se, hoje, ações reducionistas que negligenciam avaliações e intervenções integradas aos aspectos psicossomáticos, sociais, médicos e culturais (VERAS, 2018).

Desenvolvimento

No documento Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, elaborado pelo Ministério da Saúde, são preconizadas ações voltadas aos determinantes sociais, lançando mão de ferramentas que sejam capazes de avaliar o processo saúde de forma completa e considerando a complexidade e a singularidade de cada um e o meio onde ele está inserido. Em alguns momentos, aquele idoso, mesmo medicado, continua com seus níveis de pressão arterial elevados, e alguns profissionais atuando na atenção primária em saúde, ainda com uma visão hospitalocêntrica e meramente prescritiva, não entendem que podem existir diversos fatores, incluindo os sociais, que poderiam estar prejudicando a evolução do processo de tratamento, como é o caso das redes sociais.

São sugeridos, ainda nesse documento, instrumentos e ações atuais e integrativas para o sistema e para o sujeito, como o projeto terapêutico singular, a clínica ampliada, a atenção multiprofissional, o apoio matricial, o cuidado coletivo, o cuidado apoiado por leigos, o acompanhamento à distância e o autocuidado apoiado, que, na prática, não ocorrem nem com as condições patológicas mais corriqueiras nem com as condições sociais (BRASIL, 2013).

No contexto atual, a Clínica Ampliada (CA) é uma proposta de reorganização da assistência clínica e da gestão do trabalho em saúde. É um sistema analítico aberto, que nega a predominância da determinação social, biológica ou subjetiva dos processos saúde-doença. Reconhece a influência desses fatores sobre os modos de vida dos sujeitos e seus processos de adoecimento, mas defende que o grau com que interferem depende de cada situação singular. Além disso, considera o papel de fatores subjetivos, da clínica e da organização de sistemas de saúde na produção de saúde, na expectativa e qualidade de vida das pessoas (TAVARES, 2019).

Esta proposta tem como objetivo que os serviços de saúde, além de produzir bens e serviços, contribuam para a constituição do sujeito, a construção de cidadania e a coprodução de autonomia. A Clínica Ampliada é aquela capaz de compreender o indivíduo e seus problemas de saúde, inseridos em

um território e em redes sociais (família, espaços de trabalho e de convivência) e que se abre a perceber e ajudar o sujeito doente a construir sua percepção sobre a vida e o adoecimento (MAEYAMA, 2015).

A Clínica Ampliada considera a singularidade de cada situação e propõe variadas possibilidades de intervenção em saúde coletiva e projetos terapêuticos adequados às necessidades singulares. A CA permite ao profissional de saúde, com relativa autonomia, adaptar a padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas às inevitáveis variações presentes em cada caso. Ao incorporar o sujeito e seu contexto, a prática clínica precisa ter plasticidade suficiente para dar conta da variabilidade biológica, psíquica e social dos casos e da imprevisibilidade da vida (MAEYAMA, 2015).

Ainda segundo a autora, o termo “clínica ampliada” faz oposição à clínica degradada, sendo, as duas, variantes da clínica oficial. Esta última, oficial, opera com um objeto de estudo e um trabalho muito reduzido; valoriza demasiadamente aspectos biológicos do processo saúde-doença em detrimento das dimensões subjetiva e social. É marcada pelo mecanicismo, pela fragmentação do cuidado e pela unilateralidade de abordagem, rejeitando o saber leigo e a circulação de afetos entre os envolvidos; uma clínica que opera considerando pouco a influência de fatores políticos, cognitivos e efetivos no

encontro clínico e que não se responsabiliza pela integralidade dos sujeitos. A clínica é degradada quando é submetida a interesses econômicos corporativos ou desequilíbrios muito pronunciados de poder. Isso resulta em políticas de saúde ineficazes, empresas médicas dificultando o livre arbítrio dos médicos e impondo restrições, além de profissionais de saúde alienados e desinteressados, que atendem seus pacientes de forma padronizada, praticamente sem ouvir suas queixas ou valorizar suas singularidades.

Para Tavares (2019), a CA é a redefinição do objeto, do objetivo, dos conhecimentos e das práticas clínico-sanitárias, dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos, das intervenções terapêuticas e dos resultados em saúde. É ampliada, também, por considerar que todo profissional de saúde que atenda ou cuide de pessoas, e não apenas o médico, realiza clínica. Em relação ao objeto de trabalho da mesma, passa-se da doença do paradigma biomédico para pessoas que, além de serem portadores de uma patologia, vivem em um contexto familiar, cultural, econômico e social específicos. Além de apresentarem fatores de risco, são sujeitos com modos de vida que implicam em maior ou menor risco de adoecimento.

Considerações finais

Portanto, os enfermeiros poderão proporcionar um cuidado alinhado ao princípio da integralidade do SUS se ampliarem a visão sobre os diferentes contextos nos quais pode estar inserida a população idosa. Assim, o plano de cuidado do enfermeiro deve levar em conta os conhecimentos, a cultura, as experiências com a vida e com o sofrimento, os desejos, os interesses e as vontades das pessoas idosas, além de estarem inseridas em um contexto. Deste modo, incorporando esses fatores, a forma como o enfermeiro oferece seu saber técnico especializado aos idosos se altera, e o núcleo do conhecimento e o exercício das práticas clínico-sanitárias se ampliam.

Para exercer a Clínica Ampliada, é necessário colocar em contato a visão biomédica ancorada na anatomia patológica com a dimensão da escuta e da fala do idoso e sua rede de apoio, reconhecendo-o como sujeito e não como objeto das intervenções em saúde. Ademais, é importante construir uma proposta terapêutica pactuada com os idosos e familiares que gere corresponsabilidade e não culpa.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas*

de cuidado prioritárias, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/.../humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.

JESUS, Sheila Barros *et al.* Humanização da assistência de enfermagem ao paciente idoso na atenção básica. *BJSCR*. v. 28, n. 3, p. 87-92, set./nov., 2019.

MAEYAMA, Marcos Aurélio *et al.* Promoção da saúde como tecnologia para transformação social. *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*. v. 2, n.2, p. 131-143, 2015.

MUGUETA-AGUINAGA, Iranzu *et al.* Is Technology Present in Frailty? Technology a Back-up Tool for Dealing with Frailty in the Elderly: a systematic review. *Aging Dis*, v. 8, n. 2, p. 176-95, abr., 2017.

TAVARES, Cláudia Mara Lucas *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem e clínica ampliada: desafios para o ensino de saúde mental. *Enfermagem em Foco*. p. 121-126, jun./set., 2019.

VERAS, Renato Peixoto *et al.* Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jan./fev., 2018.

8 Gestão do cuidado da pessoa idosa com câncer

Nayara Priscila Dantas de Oliveira

Dyego Leandro Bezerra de Souza



Introdução

O processo de transição demográfica e epidemiológica, ocorrido ao longo dos últimos anos no mundo inteiro, tem resultado na formação de grupos populacionais com elevada expectativa de vida. Esta atual conformação populacional revela novos problemas de saúde relacionados ao processo de envelhecimento, o que contribui para um cenário onde as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) ganham importante destaque epidemiológico (REINERS *et al.*, 2019). No contexto das DCNT, o câncer apresenta considerável relevância, por estar associado a elevadas taxas de incidência e de mortalidade no mundo inteiro (WHO, 2018).

O câncer configura-se, atualmente, um importante desafio para os cuidados em saúde, tendo em vista que o número de pessoas acometidas por tal patologia está em constante crescimento, especialmente por acompanhar o aumento populacional do número de idosos. Além disso, trata-se de uma doença que apresenta grande carga econômica, bem como alta carga de necessidades de cuidados prolongados e específicos em saúde, configurando-se um importante

problema de saúde pública em todo o mundo (WHO, 2018; REINERS *et al.*, 2019).

Discutir a gestão do cuidado da pessoa idosa com câncer possibilita avaliar a operacionalização do conceito de Integralidade em Saúde, por meio do acesso a serviços e tecnologias de acordo com as necessidades individuais específicas, visando proporcionar os mais elevados níveis de saúde, autonomia, bem-estar e segurança. Enfatiza-se a importância das dimensões do cuidado, que envolvem o domínio individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmico e societário. Juntas, tais dimensões possibilitam, além da integralidade do cuidado, a análise, a formulação e o planejamento de políticas públicas que priorizem a garantia da saúde e o protagonismo da pessoa idosa com câncer (CECÍLIO, 2011).

Este capítulo visa discutir as distintas dimensões da gestão do cuidado da pessoa idosa com diagnóstico de câncer, com ênfase ao sistema público de saúde brasileiro no princípio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), às dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, e às demandas por cuidado e atenção dos usuários idosos oncológicos e seus familiares.

Desenvolvimento

O câncer é uma doença estigmatizada, e, quando se soma a esse fato a condição de ser idoso, o atendimento a este grupo

torna-se mais complexo. Há um conjunto de especificidades psicológicas, sociais e biológicas inerentes a essa faixa etária, fato que reforça a necessidade do idoso que convive com o câncer de ser devidamente acompanhado (BERTOLASCE, 2004). Nesse contexto, destaca-se o papel relevante da implementação de linha de cuidado direcionada ao tratamento e ao acompanhamento de sua condição física, psicológica e social por uma equipe de profissionais que acompanhem a pessoa idosa no decorrer desse processo (MACHADO; SAWADA, 2008).

Linha de cuidado para o tratamento da pessoa idosa com câncer no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)

O tratamento do câncer no Brasil é, atualmente, regulado pela Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que tem o objetivo de organizar as ações que contemplam a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos para o câncer (BRASIL, 2011). Tal política garante que todos os pacientes oncológicos tenham acesso livre e rápido ao tratamento, com apoio da equipe de saúde em todas as fases do percurso assistencial preconizado pela linha do cuidado no câncer (CECILIO *et al.*, 2015).

Dessa forma, o tratamento oncológico é, substancialmente, executado pelos três níveis de atenção à saúde. Cada um possui suas particularidades, suas atribuições e sua disponibilidade

de equipamentos, de tecnologias em saúde e de recursos humanos, configurando-se uma Rede de Atenção Oncológica – RAO (CECILIO *et al.*, 2015).

A maioria dos tipos de câncer apresenta um tratamento de alto custo, incompatível com a condição financeira da população brasileira e, apesar de suas inúmeras limitações, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem alcançado importantes conquistas para a população idosa acometida por neoplasias malignas (CECILIO *et al.*, 2015). A atenção em saúde ao paciente idoso oncológico demanda, sobremaneira, intensa articulação entre os serviços e profissionais da saúde, visando a promoção da integralidade do cuidado, algo que evidencia a necessidade da abordagem em equipe multidisciplinar articulada com a família do idoso (BRUSTOLIN; FERRETTI, 2017).

A abordagem multidisciplinar ao câncer permite aperfeiçoar os resultados e o prognóstico dos pacientes em tratamento (GÜLLER; CANTÜRK, 2015). Este modelo assistencial garante o cuidado integral ao idoso diagnosticado com câncer, com apoio para as mais diversas dimensões de sofrimento que o acometem, objetivando a preservação da sua qualidade de vida e a promoção da sua autonomia (BRASIL, 2018).

Estudos mostram que os itinerários terapêuticos realizados por idosos com diagnóstico de câncer são construídos a partir de um campo de possibilidades que refletem as experiências

prévias e o universo cultural desses sujeitos. Dessa forma, não existe um único caminho, mas sim múltiplos e distintos percursos, que são escolhidos a partir das possibilidades visualizadas pelo idoso (BRUSTOLIN; FERRETTI, 2017).

A Atenção Primária à Saúde (APS) figura como a ordenadora e coordenadora do cuidado nos diversos ciclos da vida, assumindo na Saúde do Idoso o importante papel de estratificar riscos e, conseqüentemente, identificar os indivíduos que necessitam de uma atenção diferenciada (BRASIL, 2018). Na perspectiva da RAO, a APS é responsável não somente pela prevenção e detecção precoce do câncer, mas também pela orientação do paciente idoso oncológico quanto ao percurso assistencial pelo qual passará durante a fase de diagnóstico e de tratamento (BARROS *et al.*, 2013).

Na Atenção Secundária, além das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e dos Hospitais Gerais, ganha destaque, no contexto da RAO, a Atenção Domiciliar (AD), desempenhada pelas equipes da APS e equipes multiprofissionais dos Serviços de Atenção Domiciliar – SAD (BRASIL, 2018). No âmbito da AD, enquadra-se a prestação dos Cuidados Paliativos em saúde, direcionados para pacientes em fases avançadas e progressivas da doença, cujo intuito da atenção está voltado à qualidade de vida e à redução do sofrimento psíquico, social

e espiritual vivenciado diante do diagnóstico e do tratamento oncológico (SILVA; HORTALE, 2006).

O Ministério da Saúde define que a RAO é composta, a nível de Atenção Terciária à Saúde, pelos centros e unidades de assistência de alta complexidade em oncologia, considerados unidades hospitalares, com condições técnicas, instalações físicas e com disponibilidade de tecnologias e recursos humanos especializados capazes de promover a assistência oncológica, desde o diagnóstico definitivo ao tratamento de todos os tipos de câncer. Discute-se ativamente sobre a melhoria do acesso ao diagnóstico precoce a partir da organização e capacitação da RAO, com ênfase a APS e atenção secundária à saúde (BRASIL, 2005).

Gestão do cuidado centrada na pessoa idosa com câncer

A pessoa idosa que vive o enfrentamento do câncer merece atenção especial, em virtude da carga de dupla vulnerabilidade vivenciada. Isso se deve ao fato de ela se apresentar naturalmente vulnerável por estar doente, e adicionalmente, por integrar um grupo de indivíduos que, pelo simples fato da idade, sofre com preconceitos e com estigmas sociais (PARANHOS *et al.*, 2017).

A corresponsabilização do cuidado para o idoso que convive com o câncer valoriza a subjetividade, os conhecimentos e as experiências prévias do indivíduo, que são de fundamental importância para a definição de quais atitudes o idoso deverá adotar para a gestão do seu autocuidado. A família e as equipes multiprofissionais de saúde, nesse contexto, exercem importante papel ao permitir o autocuidado do idoso com câncer, promovendo o exercício da sua autonomia (ROCHA *et al.*, 2014).

Durante o percurso assistencial, a relação estabelecida entre o idoso e as equipes de saúde será decisiva para a aceitação, a adesão e a tomada de decisão acerca do tratamento clínico do câncer. Além disso, é fundamental que os profissionais da saúde conheçam e interpretem as atitudes do idoso diante da experiência da doença, o que direciona as decisões quanto às orientações de cuidado de si que devem ser adotadas (BRUSTOLIN; FERRETI, 2017).

As necessidades de saúde expressas pelos idosos com diagnóstico de câncer vão além do suporte clínico-assistencial, configurado pelo modelo biomédico ainda vigente nos serviços de saúde. Tais necessidades se estendem aos cuidadores e aos familiares do idoso. Alguns estudos mostram que a sobrecarga dos cuidadores familiares está relacionada ao estágio da doença e ao comprometimento da qualidade de

vida do paciente, o que acaba promovendo maior impacto nas condições de vida e de saúde do familiar (BORGE *et al.*, 2017).

Dessa forma, a integralidade do cuidado à pessoa idosa com câncer envolve o núcleo familiar no qual está inserido. Isso porque o diagnóstico do câncer e seu tratamento desencadeiam uma série de alterações de ordem emocional e psíquica, que causam sofrimento, angústia e dor ao portador da doença e àqueles que estão em seu convívio (BORGE *et al.*, 2017).

Diante de todos os medos e angústias vivenciados no enfrentamento do câncer, a RAO precisa estar preparada para acolher e solucionar satisfatoriamente as necessidades de cuidados e atenção do paciente idoso oncológico, garantindo não apenas o acesso aos serviços de saúde, mas, primordialmente, o cuidado integral do paciente, com apoio para as mais diversas dimensões de sofrimento, objetivando a preservação da sua qualidade de vida.

Considerações finais

A gestão do cuidado da pessoa idosa com câncer envolve inúmeras dimensões de cunho individual e coletivo, que expõem a complexidade da prática da integralidade da assistência em saúde. O reconhecimento do itinerário terapêutico do idoso com câncer possibilita identificar o universo cultural desses indivíduos e a organização sistêmica dos serviços de

saúde na composição das linhas de cuidado e das redes de atenção à saúde. Fortalecer a rede de atenção à saúde é de extrema importância nesse contexto, já que o tratamento oncológico é executado pelos três níveis de atenção, cada um com suas particularidades, suas atribuições e sua disponibilidade de equipamentos.

A autonomia e o protagonismo do idoso com câncer dentro do processo saúde-doença faz parte do contexto da gestão do cuidado, possibilitando a corresponsabilização dentro dos mais distintos itinerários terapêuticos, a participação na tomada de decisão e o enfrentamento da doença de maneira mais encorajada a superar as vulnerabilidades geradas pelas relações de cuidados em saúde.

A integralidade do cuidado ao idoso com câncer é a materialização da gestão do cuidado em saúde, com vistas ao apoio em todas as etapas do diagnóstico, do tratamento oncológico e após o seu término. Dessa forma, busca-se pela garantia da autonomia do idoso, da melhoria da qualidade de vida e de saúde e, primordialmente, da qualidade da sobrevivência daqueles que vivenciaram o câncer.

Referências

BARROS, A. F.; UEMURA, G.; MACEDO, J. L. S. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 35, p. 458-63, 2013.

BERTOLASCE, A. C. A. Câncer e terceira idade. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (org.). *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004, p. 290-98.

BORGE, E. L., *et al.* Sobrecarga do cuidador familiar: a sobrecarga de cuidar de pacientes com câncer de pulmão, de acordo com o estágio do câncer e a qualidade de vida do paciente. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 43, n. 1, p. 18-23, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários da Saúde. *Política Nacional de Atenção Oncológica*. Nota Técnica. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Relatório de Auditoria Operacional. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. *Política Nacional de Atenção Oncológica*. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. *Linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa*. Governo do Estado de Santa Catarina, SC, 2018.

BRUSTOLIN, A.; FERRETTI, F. Itinerário terapêutico de idosos sobreviventes ao câncer. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 1, p. 47-59, 2017.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface: saúde e educação*, v. 15, n. 37, p. 589-99, 2011.

- CECILIO, A. P. *et al.* Breast cancer in Brazil: epidemiology and treatment challenges. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, v. 7, p. 43-49, 2015.
- GÜLER, S. A.; CANTÜRK, N. Z. Multidisciplinary breast cancer teams and proposed standards. *Ulusal Cer Derg*, v. 31, p. 39-41, 2015.
- MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008.
- PARANHOS, D. G. A. M.; ALBUQUERQUE, A.; GARRAFA, V.. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. *Saúde e Sociedade* v. 26, n. 4, p. 932-942, 2017.
- REINERS, F.; STURM, J.; BOUW, L. J. W.; WOUTERS, E. J. M. Sociodemographic Factors Influencing the Use of eHealth in People with Chronic Diseases. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, n. 645, p. 1-12, 2019.
- ROCHA, L. S. *et al.* O cuidado de si de idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 23, n. 1, p. 29-37, 2014.
- SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 10, p. 2055-2066, 2006.
- WHO. World Health Organization. *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. Geneva: World Health Organization; 2018.

9 Desenvolvimento de competências para o cuidado à pessoa idosa

Cleusa Ramos

Fátima S. F. Gerolin



Introdução

Quando falamos em competências, é impossível dissociar do claro momento disruptivo que estamos vivendo: com a expectativa de vida aumentando, em um futuro próximo, a pirâmide etária irá se inverter, concentrando os números populacionais em adultos maduros e idosos e, dessa forma, cada vez mais chegarão novas drogas e novas tecnologias que podem prolongar a vida ou a qualidade da mesma.

Pelo fato de acessar com maior frequência os serviços de saúde, a pessoa idosa está mais sujeita a violações quanto aos direitos humanos do paciente. Quando se trata de decisões sobre sua saúde, a autonomia das pessoas idosas é posta rotineiramente em xeque, ou seja, a ideia de que a pessoa idosa seja apta a tomar decisões relativas à sua saúde e à sua vida ainda é minoritária (PARANHOS; ALBUQUERQUE; GARRAFA, 2017).

A pessoa idosa que se encontra em tratamento de saúde ocupa uma situação de dupla vulnerabilidade, pois, além de se apresentar naturalmente vulnerável por estar doente,

integra um grupo de pessoas que sofre com preconceitos e estigmas pelo simples fato da idade. Efetivamente, os idosos demandam particular atenção, pois geralmente levam mais tempo para apreender informações e para compreender as terapêuticas que lhes são propostas, assim como apresentam maior dificuldade de expressar suas queixas em saúde, o que gera a falsa crença de que a idade inabilita a pessoa a conduzir sua vida e a fazer escolhas esclarecidas, baseadas em suas próprias concepções, seus desejos e suas crenças (ALBUQUERQUE, 2016).

Nesse sentido, analisando a entrega do cuidado ao idoso, podemos entender que é de extrema importância que os profissionais da área da saúde, além das competências técnicas exigidas pela atribuição própria de cada categoria profissional, tenham atributos relacionais tão importantes quanto os primeiros. Em outras palavras, as competências técnicas e comportamentais para quem se dedica a atenção ao idoso requerem desenvolvimento específico. Podemos, portanto, considerar que algumas destas competências são fundamentais para o cuidado do idoso.

Desenvolvimento

Seguindo nessa reflexão, segundo Witt *et al.* (2014), existem algumas competências profissionais para profissionais que cuidam de idosos, sendo algumas delas:

- Demonstrar interesse pelo idoso e disponibilidade para lidar com questões relativas ao ciclo vital em questão;
- Demonstrar disposição e paciência para escutá-lo, além de demonstrar tolerância diante das dificuldades de comunicação naturais da faixa etária;
- Demonstrar capacidade técnica para atender às necessidades físicas, cognitivas, psicológicas, espirituais e sociais do idoso na sua área profissional;
- Correlacionar fatos, sinais e sintomas que o idoso refere para o planejamento e prestação do cuidado seguro.

Segundo Pontes (2019), competências nada mais são do que habilidades que temos que desenvolver nos âmbitos intrapessoal, interpessoal e cognitivo. Quando lemos esse conceito, vem à mente a frase humanos vulneráveis cuidando de vulneráveis humanos. Brené Brown (2013) conceitua a vulnerabilidade como incerteza, risco e exposição emocional.

Segundo a autora, esses sentimentos são passageiros e isso não significa estar 100% em vulnerabilidade.

Além da vulnerabilidade, quando falamos do cuidado ao idoso, outro ponto que é significativo citar é a empatia assertiva. Nesse contexto, a autora ensina a difícil tarefa de dizer às pessoas de maneira clara e direta quando o trabalho dela está aquém das expectativas e trabalhar diuturnamente para corrigir aquilo que não está dando certo (SCOTT, 2019).

Citar empatia é abordar o tema “habilidades intrapessoais”. Estamos falando da capacidade de olharmos para dentro de nós mesmos, reconhecendo nossas emoções, nossos comportamentos, o desenvolvimento de controle emocional e a prontidão para autoconhecimento contínuo. Já o interpessoal se resume ao mundo externo, sendo a capacidade de interpretar as pessoas e o ambiente, entendendo outros pontos de vista, outros hábitos e outras culturas. A habilidade cognitiva é a que abrange a memória, o aprendizado e o pensamento crítico.

Acreditamos que um dos modelos de atenção à saúde que vai ao encontro das necessidades da pessoa idosa é o cuidado centrado no paciente, o qual abarca o desenvolvimento de práticas entre este e o profissional de saúde que visam à diminuição da assimetria da relação. “Centrar no paciente” significa envolvê-lo na terapêutica, apoiar sua participação e a

de seus familiares no processo mediante troca de informações e o estimular da colaboração entre todos os envolvidos no tratamento, além de respeitar a liberdade do paciente de decidir entre as opções de cuidado que lhes são apresentadas, acolhendo suas deliberações e suas necessidades físicas e emocionais (SCOTT, 2019).

Nesta perspectiva, destacamos a experiência com o Modelo Assistencial do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC). Nessa instituição, a assistência se dá de forma individualizada, integral e humanizada, baseada em evidências e centrada na pessoa e família, construindo vínculos de confiança, levando em consideração sua história de vida e suas necessidades. A educação para o autocuidado é uma das premissas fundamentais desse modelo (GEROLIN, 2017).

Na prática, o modelo assistencial do HAOC está apoiado nos pilares de comunicação, do gerenciamento, da educação do paciente, da qualidade e da segurança, além do desenvolvimento profissional e pessoal (GEROLIN, 2017). A qualidade do atendimento e a segurança do paciente estão previstas em todas as etapas desse modelo. Sua essência é a experiência que ele e seus familiares têm no relacionamento com as equipes assistenciais.

A dimensão humana e subjetiva que está na base de toda intervenção em saúde, das mais simples às mais complexas,

tem grande influência na eficácia do cuidado à saúde. A qualidade da relação humana é um dos pontos críticos que se pretende sustentar dentro deste modelo. É preciso mudar a forma de se posicionar frente ao seu principal objetivo de trabalho: a vida, o sofrimento e a dor da pessoa fragilizada pela doença.

No HAOC, o processo de cuidar ocorre em um ambiente físico e social no qual interagem os profissionais da equipe interdisciplinar, os pacientes e a família, cada qual com suas expectativas e seus conceitos, constituindo o Ambiente do Cuidado. Portanto, entende-se que esse modelo vai ao encontro das necessidades bem como do desenvolvimento de competências específicas para o cuidado à pessoa idosa.

Quando falamos das habilidades das equipes assistenciais para um cuidado de excelência com a pessoa idosa, podemos nos questionar:

- Eu me autoconheço?
- Tenho capacidade para desenvolver aquelas habilidades que ainda necessitam ser desenvolvidas?
- Consigo interpretar o ambiente que poderá ser Cenário de Cuidado e Cura ou um ambiente de cuidados paliativos que está a minha volta?
- Tenho materiais adequados e suficientes?

- Sou capacitado para o exercício do cuidado ao idoso?
- Há uma rede de suporte capaz de amparar a minha e as outras atividades profissionais?
- Como está a minha habilidade cognitiva? Continuo aprendendo no contexto em que estou inserido?
- Tenho olhar ágil, capaz de identificar sinais de avaliação clínica e emocional do idoso, atuando com diligência para minimizar qualquer risco?
- Consigo identificar as vulnerabilidades do idoso e traçar o melhor plano de cuidado para ele?
- Sou capaz de avaliar as minhas próprias vulnerabilidades, buscando suporte para que as mesmas não sejam indevidamente inseridas ao ambiente de cuidado do idoso?

Considerações finais

A temática é abrangente, mas é capaz de propor reflexões ao profissional de hoje e ao profissional de amanhã que, sem medo de errar, terá ao seu lado a Inteligência Artificial (IA). Entretanto, a IA jamais substituirá a força do carinho ou das diversas formas de conexão humana.

As competências apresentadas neste capítulo refletem as políticas brasileiras de saúde e constituem uma referência para a prática e a formação dos profissionais de saúde para o atendimento do idoso na atenção primária à saúde.

As competências construídas contemplam critérios estabelecidos pela OMS, mostrando-se abrangentes para serem aplicadas internacionalmente ou nacionalmente; ao mesmo tempo, específicas o suficiente para fornecer orientação para a tomada de decisões relevantes para a prática.

Embora construídas na realidade brasileira, essas competências constituem uma referência à prática e à educação de profissionais de saúde em outros contextos, permitindo a melhoria das atitudes dos profissionais, sua educação e treinamento. No Brasil, elas poderão contribuir para a inclusão do processo de envelhecimento, como parte do curso de vida e todos os seus aspectos como uma prioridade para a população brasileira, nos cursos de formação profissional.

Referências

ALBUQUERQUE, A. *Direitos Humanos dos Pacientes*. Curitiba: Juruá, 2016. 288 p.

BROWN, B. *A coragem de ser imperfeito*. Rio de Janeiro: Sextante, 2013.

GEROLIN, F. S. F. *A assistência como essência da trajetória do Hospital Alemão Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. 236 p.

PARANHOS, D. G. A. M.; ALBUQUERQUE, A.; GARRAFA, V. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 932-42, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170187>.

SCOTT, J. *Empatia Assertiva: como ser um líder incisivo sem perder a humanidade*. Jacaré, Rio de Janeiro: Editora Alta Books, 2019.

WITT, R. R. *et al.* Competências profissionais para o atendimento de idosos em atenção primária à saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. 6, p. 1020-5, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700009>.

10 O cuidador de pessoas idosas: um trabalho a ser reconhecido

Felismina R. P. Mendes



Introdução

O cuidado ao outro está presente desde o nascimento até a morte e envolve um conjunto de sentimentos, emoções e atividades que vão do zelo a interesse, preocupação, atenção especial, precaução, apoio e orientação, sempre com o objetivo de proporcionar o máximo de bem-estar possível, seja físico, psicológico ou emocional. Com as pessoas idosas, o cuidado assume todas essas dimensões, seja qual for o contexto onde esses mesmos cuidados ocorrem – no domicílio individual, familiar ou numa instituição de acolhimento e/ou apoio para pessoas idosas (BRASIL, 2017).

Cuidar de uma pessoa idosa significa sempre proporcionar-lhe bem-estar, mediante um modelo colaborativo centrado na pessoa. Isso revela que o cuidador deve ter a pessoa como objetivo central dos cuidados a prestar e colaborar com ela na satisfação de todas as suas necessidades. Importa sempre dar a centralidade à pessoa idosa num modelo de apoio. Não é ela que tem de colaborar com o cuidador, mas aquele que cuida que deve estar apto a dar suporte à pessoa idosa (SOUSA *et al.*, 2015).

O cuidado à pessoa idosa

Para desenvolver e consolidar o cuidado à pessoa idosa, torna-se necessário que o cuidador valorize sentimentos, opiniões, gostos, hábitos, necessidades expressas e implícitas, além de propor e realizar práticas de cuidado que vão de encontro a essas necessidades, gostos ou hábitos. Esta atuação tem subjacente (ou significa) que o cuidador atua, em cada momento, no respeito pela autodeterminação da pessoa idosa, desde que cognitivamente capaz (PARANHOS *et al.*, 2017). Este é, também, o cuidado que qualquer pessoa idosa, independentemente do seu estado de saúde, espera que lhe seja prestado – respeito pela sua individualidade e sua dignidade enquanto pessoa única e diferente das demais.

Para além do respeito, pela individualidade e pela autodeterminação, o cuidado aos idosos requer e exige também, a cada momento, que o cuidador, na sua prestação de cuidados, estimule a motivação, o interesse, a autoconfiança e as experiências anteriores da pessoa idosa, muitas vezes fruto de doença ou de situações de vida difíceis experienciadas. Ela pode apresentar-se desinteressada do ambiente que a rodeia, insegura sobre decisões a tomar e sem motivação para realizar atividades diárias, como a sua higiene pessoal, sua alimentação, dar um passeio ou encontrar-se com amigos (SOUSA *et al.*, 2015; NUNES, 2017).

O desconforto de depender da ajuda de um cuidador está quase sempre presente na pessoa idosa. Nesse sentido, ele deve estar psicologicamente preparado e também compreender a importância de transmitir-lhe segurança, de forma a deixá-la mais confortável na situação em que se encontra e explicando-lhe a necessidade de ter uma pessoa que o ajude nas suas atividades de vida diária, salientando o carácter temporário ou permanente da situação. Logo, toda a informação e comunicação estabelecida deve ir no sentido de explicar a situação e minimizar o desconforto tanto daquele que é cuidado, como daquele que cuida (BRASIL, 2017).

O cuidador precisa ser capaz de ouvir a pessoa idosa para identificar as suas preocupações e seus medos. Da mesma forma, precisa valorizar os saberes e as capacidades disponíveis de cada paciente. Só dessa forma, poderá estimular a pessoa, motivá-la e levá-la a reconhecer a importância de manter todas as suas atividades intactas, o que acaba sempre por beneficiar a autoestima, promover autoconfiança e a sua autonomia. O aspecto central que presidirá o cuidado da pessoa idosa será sempre mantê-la inserida na sociedade e ligada ao mundo (NUNES, 2017; CORREIA, 2016).

Ao cuidador, não cabe apenas atender aos diferentes aspectos que envolvem a promoção da saúde da pessoa idosa, desde o aspecto físico, psicológico e/ou emocional. Do seu

papel, faz igualmente parte ajudar, apoiar e estimulá-la a manter relações e um papel ativo com a sociedade e com a comunidade em que está inserida (VERAS; OLIVEIRA, 2018). Ainda segundo os autores, são exemplos o manter a pessoa idosa informada sobre o cotidiano da família, amigos, comunidade ou bairro. Da mesma forma, deve ajudar o paciente a: socializar com a família – mantendo-o num lugar central onde decorrem as atividades familiares –; a socializar em parques, jardins ou na vizinhança; a caminhar ou a tomar banhos de sol, incentivando e promovendo todas as atividades físicas e/ou ocupacionais que lhe proporcionem conforto físico e psicológico.

Em nível psicológico, salienta-se a importância de ajudar a pessoa idosa a ultrapassar os sentimentos de culpa por achar que está a atrapalhar a vida dos seus familiares ou que representa uma sobrecarga para eles. O paciente deve entender que essa é mais uma fase da vida e que, agora, é ele quem recebe a ajuda. Em outro tempo, foi precisamente essa pessoa que ajudou os outros que eram mais novos ou mais velhos que ela. Torna-se necessário explicar que o ato de cuidar tem, na maior parte das vezes e na maioria das sociedades, uma reciprocidade inerente e nesse sentido, vai muito além de uma obrigação familiar (NUNES *et al.*, 2018).

Apesar de socialmente a responsabilidade do cuidado ser predominantemente da família, essa obrigação varia consoante a cultura, a própria estrutura familiar e a capacidade individual. As possibilidades da família oferecer cuidados são, muitas vezes, facilitadas pela existência de serviços de apoio, que podem assumir a formação para aquisição de habilidades e competências inerentes ao cuidar, de serviços de aconselhamento, de serviços de saúde ou de serviços de apoio domiciliário centrados nos cuidados de higiene pessoal ou do domicílio, de serviço de refeições ou serviços tratamento de roupa, de compras diárias ou de programas de acompanhamento pessoais (CORREIA *et al.*, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2018).

Ainda segundo esses autores, muitos desses apoios/serviços podem ser oferecidos de forma regular ou como serviço de descanso para a família, algumas horas por dia. O cuidador profissional ou familiar deve se informar sobre a existência desses serviços em cada comunidade e recorrer aos mesmos sempre que necessário. Habitualmente, os serviços de saúde comunitária e de apoio social disponibilizam toda a informação sobre as atividades ao cuidador (tipos de apoio que fornecem, horários e formas de encontrá-los, por exemplo).

Da mesma forma que qualquer outra profissão, para desempenhar um trabalho de qualidade, o cuidador deve ser capaz de separar os seus problemas pessoais do serviço

que realiza, procurando agir de forma mais profissional possível e respeitando sempre as limitações, os sentimentos, os desejos e as aspirações da pessoa idosa.

A par da capacidade de se centrar no trabalho e na pessoa idosa a quem presta apoio, o cuidador, para além das competências específicas inerentes ao processo cuidativo, deve ser capaz de expressar sentimentos e emoções, bem como ser dotado de compreensão e solidariedade, ser paciente e colocar sempre o bem-estar e a qualidade de vida do paciente no topo das suas preocupações e da sua atuação (ARAÚJO *et al.*, 2018; PINTO; BARHAM, 2014). Para que tal feito seja atingido, o cuidador deve sempre evitar pessoalizar algum tipo de comportamento difícil e/ou hostil que a pessoa idosa tenha para consigo.

Devido à incapacidade de respostas estruturadas e consequentes no cuidado às pessoas idosas, fruto da falência do sistema de bem-estar social, o processo de cuidar transforma-se frequentemente numa sobrecarga, não apenas física e psicológica, mas também financeira (PINTO; BARHAM, 2014). As famílias economicamente desprovidas enfrentam dificuldades advindas dos custos inerentes ao cuidado e/ou das ausências forçadas do trabalho. Por vezes, o próprio cuidador familiar se vê forçado a deixar o emprego ou a reduzir

as horas de trabalho para poder se dedicar integralmente à prestação de cuidados.

Por outro lado, a contratação de um cuidador profissional é onerosa e pode pesar substancialmente no orçamento familiar, gerando situações complexas que a família deve ser capaz de enfrentar, recorrendo à ajuda externa, nomeadamente a assistente social ou outros apoios sociais ou comunitários, que possam ajudá-la a mitigar a situação. Todas as famílias e os próprios cuidadores (profissionais) devem saber identificar os apoios a que se pode recorrer numa situação de cuidados no domicílio individual ou familiar. A procura por serviços especializados não deve ser apenas equacionada quando os recursos familiares internos se esgotam, mas desde os primeiros momentos do cuidado e, também, sempre que as dificuldades inerentes à gestão do cuidado afetem o bem-estar da pessoa idosa e da própria família (LAMPERT *et al.*, 2016).

Importa salientar que, independentemente dos apoios e das disponibilidades familiares para o cuidado, mais cedo ou mais tarde, os conflitos tendem a surgir no seio das famílias com idosos que necessitam de uma assistência mais direcionada. Uma das questões centrais associadas aos conflitos familiares gira frequentemente à volta das questões financeiras. Esse assunto torna-se particularmente sensível quando existe uma apropriação indevida do dinheiro da

pessoa idosa (SANTOS, 2019). As questões orçamentárias da família e do próprio idoso devem ser geridas com todo o cuidado. A pessoa idosa deve ser sempre consultada sobre a sua participação em tal tópico. O dinheiro lhe pertence e ela, desde que cognitivamente capaz, tem a última palavra sobre a sua utilização. Importa sempre lembrar que a apropriação ou o uso indevido e não autorizado de dinheiro da pessoa idosa é eticamente condenável, considerado uma forma de violência e punível pela lei.

O cuidador, seja familiar ou não, tem um papel central na gestão desses conflitos ao promover pontos de entendimento entre os diferentes membros envolvidos. O uso de estratégias de comunicação assertivas, a capacidade de escuta e a valorização de todas as opiniões em divergência são fundamentais para apaziguar e dirimir as discórdias que surjam (LAMPERT *et al.*, 2016).

O tempo do cuidado pode variar consoante a situação física e psicológica da pessoa idosa e ainda de acordo com o orçamento familiar. Pode ser um tempo curto, enquanto a pessoa se recupera de uma situação de doença, ou um tempo mais longo, que visa atrasar ou mesmo evitar o recurso a estruturas residenciais para pessoas idosas. No entanto, não é rara a duração do cuidado ser de vários anos (PIUVEZAM; NUNES, 2016).

Já a quantidade e o tipo de cuidados oferecidos dependem, muitas vezes, dos recursos econômicos, da estrutura familiar e das suas disponibilidades de tempo, da qualidade do relacionamento entre os parentes e da própria energia da família para prover os serviços. Se alguns cuidadores familiares oferecem cuidados mínimos (apoios pontuais), outros oferecem cuidados em tempo integral e outros ainda recorrem a funcionários profissionais (LAMPERT *et al.*, 2016).

Independentemente do tempo que dura a prestação de cuidados à pessoa idosa, é preciso ter em mente que esse é um trabalho muito cansativo, como todo processo cuidativo, seja de crianças, de adultos ou de pessoas doentes. Apesar do processo de cuidados poder ser muito gratificante, também tem efeitos negativos (AREOSA, 2014; NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2019). O cuidador profissional ou familiar pode sofrer de stress considerável e desenvolver problemas de saúde devido à sobrecarga de trabalho, ao isolamento, ao cansaço e à frustração. A sensação de exaustão física e psicológica, a falta de esperança e o desgaste estão frequentemente presentes na vida dos cuidadores, sejam eles familiares ou profissionais.

Nesse sentido, o cuidador precisa de tempo para descansar e para se recuperar de um trabalho estressante e cansativo, tanto física como psicologicamente. Esse descanso vai permitir

a sua recuperação e, sobretudo, impedir que, em uma situação de cansaço extremo, o cuidador descarregue a sua exaustão, o seu stress ou a sua frustração na pessoa idosa (PIUVEZAM; NUNES, 2016).

O cuidador, seja profissional ou familiar, nunca deve esquecer de suas necessidades físicas, emocionais, recreativas, espirituais e financeiras e, sempre que necessário, deve solicitar ajuda ou apoio a familiares, amigos ou a serviços competentes (NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2019). Poderá, igualmente, recorrer a grupos externos de autoajuda e/ou apoio ou de orientação e de aconselhamento, que lhe proporcionem suporte psicológico e/ou que o possam ajudar, desde os serviços de aconselhamento, a cuidados de saúde domiciliar, ou a serviço de descanso do cuidador (caso existam).

Considerações finais

O cuidado às pessoas idosas não pode continuar a ser concebido com base na ideologia de gênero, como uma atividade naturalmente inerente a uma mulher. Cuidar de idosos é um trabalho complexo, que exige competências e habilidades específicas e que precisa ser reconhecido e valorizado socialmente. Tornar a moradia mais segura, proporcionar alimentação adequada, assistir a pessoa idosa na sua mobilidade, saber se comunicar com idosos que sofrem de demências e cuidar

adequadamente do asseio cotidiano são alguns detalhes de um cuidado qualificado que os cuidadores familiares ou profissionais podem contribuir. É de grande importância e necessidade a ampliação de ações que tenham o cuidador como sujeito principal, para que essa atividade seja reconhecida e investida em práticas adequadas, trazendo benefícios para quem cuida e para quem é cuidado.

Referências

- AREOSA, S. V. C. *et al.* Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 15, n. 2, p. 482-494, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2020.
- ARAUJO, L. F. de; CASTRO, J. L. C.; SANTOS, J. V. O. A família e sua relação com o idoso: Um estudo de representações sociais. *Psicologia em Pesquisa*, Juiz de Fora, v.12, n. 2, p. 14-23, jul. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24879/2018001200200130>. Acesso em: 24 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. *Orientações técnicas: Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas*. Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017.
- CORREIA, A. F.; PEREIRA, E.; COSTA, D. De que necessitam as pessoas idosas para viver com dignidade em Portugal?. *Análise Social*, Lisboa, n. 219, p. 366-401, jun. 2016. Disponível em: <http://>

www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-25732016000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2020.

PIUVEZAM, G.; NUNES, V. M. A. (Org.). *Guia prático de cuidado à saúde da pessoa idosa*. Natal, RN: EDUFRN, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/20367>

LAMPERT, C. D. T.; SCORTEGAGNA, S. A.; GRZYBOVSKI, D. Dispositivos legais no trabalho de cuidadores: aplicação em instituições de longa permanência. REAd: *Revista Eletrônica de Administração* (Porto Alegre), Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 360-380, Dec. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-2311.09515.57137>. Acesso em: 11 ago. 2020.

NASCIMENTO, H. G. do; FIGUEIREDO, A. E. B. Demência, familiares cuidadores e serviços de saúde: o cuidado de si e do outro. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 4, p. 1381-1392. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01212019>. Acesso em: 24 jan. 2020.

NUNES, D. P. *et al.* Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. *Revista Brasileira de Epidemiologia.*, São Paulo, v. 21, supl. 2, e180020, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2>. Acesso em: 11 ago. 2020.

NUNES, A. M. (2017). Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde. *Revista Kairós – Gerontologia*, 20(4), p. 49-71. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP (2) (PDF). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326961119_Envelhecimento_ativo_em_Portugal_desafios_e_oportunidades_na_saude. Acesso em: 24 jan. 2020.

PARANHOS, D. G. A. M.; ALBUQUERQUE, A.; GARRAFA, V. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. *Saúde e Sociedade* [online]. 2017, v. 26, n. 4, p. 932-942. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170187>. Acesso em: 24 jan. 2020.

PINTO, F. N. F. R.; BARHAM, E. J. Bem estar psicológico: comparação entre cuidadores de idosos com e sem demência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 15, n. 3, p. 635-655, dez. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150307>. Acesso em: 24 jan. 2020.

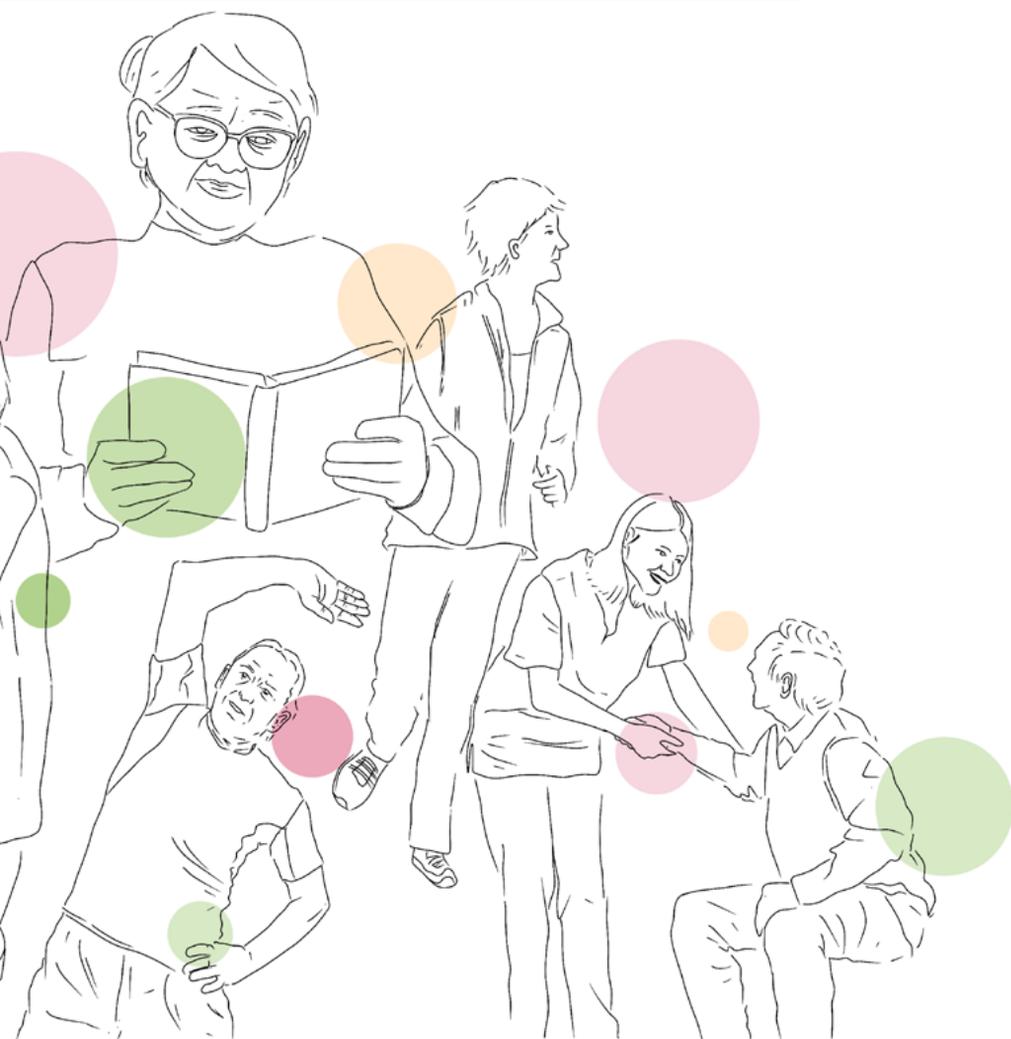
SANTOS, A. M. R. dos *et al.* Violência econômico-financeira e patrimonial contra o idoso: estudo documental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 53, e03417, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017043803417>. Acesso em: 24 jan. 2020.

SOUSA, M. R. M. G. C. de; MARTINS, T.; PEREIRA, F. O refletir das práticas dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crônica. *Revista de Enfermagem Referência*, Coimbra, v. ser. IV, n. 6, p. 55-63, set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14069>. Acesso em: 24 jan. 2020.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018, v. 23, n. 6, p. 1929-1936. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>. Acesso em: 24 jan. 2020.

11 Práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da pessoa idosa

Ana Tania Lopes Sampaio
Vilani Medeiros de A. Nunes



Introdução

No arcabouço legal da saúde da pessoa idosa no Brasil, além do Estatuto do Idoso, conquistou-se a Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Nela, é prevista a “implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)” (BRASIL, 2006).

Neste mesmo ano de 2006, é publicada pelo Ministério da Saúde Brasileiro a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC). Foi uma conquista que se iniciou de forma processual, desde o final da década de 1970, ganhando legitimidade no Brasil nos anos 80 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a instituição do SUS na Constituição de 1988 e pela recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 1988).

Essa reforma ampla, paradigmática e política da saúde brasileira possibilitou, no mesmo ano, a regulamentação de duas políticas que beneficiariam amplamente a pessoa

idosa: a PNPIC e a PNSPI. Evidentemente, o olhar e a prática para saúde da pessoa idosa também se ampliou, gerando naturalmente um espaço transdisciplinar e interprofissional importante e diferenciado para o uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na atenção à saúde da Pessoa Idosa.

A PNPIC inseriu, inicialmente, no elenco das PICS, as práticas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) – (Acupuntura), da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo (Crenoterapia) (BRASIL 2006). Em resposta à demanda de municípios brasileiros, o Ministério da Saúde publicou, em 23 de março de 2017, a Portaria GM nº 849, que incluiu novos procedimentos às práticas já regulamentadas pela Política: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2017).

Em 21 de março de 2018, a PNPIC foi, mais uma vez, atualizada, a partir da publicação da Portaria nº 702, que ampliou a oferta das PICS com a inclusão de dez outras práticas: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais (BRASIL, 2018).

Diante dessas conquistas, temos hoje, oficialmente, como um direito dos cidadãos brasileiros, inseridos, assim, o grande universo de pessoas idosas, o acesso às 29 práticas integrativas e complementares incluídas oficialmente no sistema de saúde, tornando a capacitação de servidores, a implantação e a oferta destas na saúde pública do país uma responsabilidade do estado. Ou seja, a pessoa idosa hoje no Brasil tem o direito à opção por estes cuidados de atenção integral diferenciada.

Desenvolvimento

As práticas integrativas revelam melhoria na saúde e no bem-estar dos idosos, apoiadas por gestores da saúde em sua oferta na atenção primária à saúde. O desafio encontrado é ampliar a participação dos idosos e a oferta de cursos aos orientadores dessas práticas.

O uso das PICS na pessoa idosa

As PICS têm suas bases na prática de cuidados, de saberes e de produtos de uso terapêutico que não pertencem à medicina convencional ou alopática, cujo tratamento tem o objetivo de induzir a um estado natural de harmonia e equilíbrio em todo organismo, também denominadas pela OMS como Medicinas Tradicionais e Complementares (MTC) (OMS, 2002). A atual estratégia da MTC para o período 2014-2023

tem dois objetivos principais: prestar apoio aos Estados Membros para que aproveitem a possível contribuição da MTC à saúde, ao bem-estar e à atenção centrada nas pessoas, e promover a utilização segura e eficaz da MTC mediante a regulamentação de produtos, de práticas e de profissionais (OMS, 2013).

Tais práticas foram distribuídas em dois grandes grupos: Racionalidades Médicas (Naturopatia, Homeopatia, Ayurveda, Medicina Tradicional Chinesa, Antroposófica e Tibetana), e Recursos Terapêuticos, as quais incluem as intervenções mente/corpo, terapias de manipulação corporal, naturais e energéticas (como a Arteterapia, Aromaterapia, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Plantas Medicinais/Fitoterapia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Termalismo/Crenoterapia, dentre outras), uma visão ampliada do cuidado humano, especialmente do autocuidado (SOUSA; TESSER, 2017). Em 2014, a proposta de modelo integral à saúde do idoso foi reforçada no documento “Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral” (CONASEMS, 2014).

Dessa forma, atuar com as PICS significa ir muito além do cuidado físico terapêutico com a doença; significa olhar e focar na saúde, na pessoa, trabalhar com a energia humana,

com os determinantes do processo saúde-doença, com as singularidades, com o campo vibracional do sujeito determinado pela sua história e sua condição de vida. O sintoma deverá ser visto como um sinal de que algo está errado e investigar a causa, buscar identificar e resolver o fator gerador daquele desequilíbrio. O investimento deverá ser feito na promoção da saúde e na prevenção de doenças, visando proporcionar autoconhecimento, empoderamento, autocuidado e expansão de estado de consciência. O cuidado integrativo humanescente é uma reconexão do homem com a natureza (SAMPAIO, 2017).

O processo de envelhecimento é uma fase que necessita de muito preparo e apoio, em um momento de perdas que precisam ser ressignificadas. A velhice de forma processual vai, de forma evidente, diminuindo as capacidades físicas e cognitivas, porém, não deve ser considerada um sinônimo de incapacidades e de dependência de uma forma geral. O estado emocional (saúde mental), a autoestima e o afeto familiar serão os grandes norteadores da qualidade de vida nesse processo.

Inúmeros estudos apontam os bons resultados obtidos com a inserção das PICS no cuidado à pessoa idosa no Brasil, referindo o alto nível de satisfação dos idosos ao vivenciarem essas práticas e comprovando o custo-benefício dessas ações, visto que sua maioria são tecnologias leves, de práticas externas naturais, que não exigem maiores aparatos tecnológicos.

Assim, fica evidente que as práticas exclusivamente alopáticas, que lidam com as terapêuticas medicamentosas sintomáticas, não serão suficientes para proporcionar bem estar e qualidade de vida nessa importante fase da nossa vida. As PICS oferecem essas possibilidades; são vivências que previnem o desequilíbrio e, quando a pessoa já está doente, complementam o tratamento alopático e integram as diferentes dimensões do ser, promovendo bem estar, elevando a autoestima, aumentando a imunidade, ampliando a produção de endorfinas e de serotonina, favorecendo estados de felicidade (SOUZA, 2018).

PICS indicadas para pessoas idosas

Os conceitos das 29 PICS inseridas no elenco de procedimento do SUS foram publicados em portarias ministeriais específicas. Assim, listamos abaixo as descrições das mais indicadas na atenção à pessoa idosa no Brasil, conforme normativas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018):

Quadro 1 – Práticas Integrativas e complementares mais indicadas para idosos

<p>Acupuntura Auricular ou Auriculoterapia</p>	<p>Técnica terapêutica que promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo por meio de estímulos nos pontos energéticos localizados na orelha. A acupuntura auricular estimula as zonas neuroreativas por meio de agulhas, esferas de aço, ouro, prata, plástico, ou sementes de mostarda, previamente preparadas para esse fim. Tem origem nas escolas chinesa e francesa, sendo a brasileira constituída a partir da fusão dessas duas.</p>
<p>Aromaterapia</p>	<p>Prática terapêutica secular que consiste no uso intencional de concentrados voláteis extraídos de vegetais – os óleos essenciais (OE) – a fim de promover ou melhorar a saúde, o bem-estar e a higiene. Como prática multiprofissional, tem sido adotada por diversos profissionais de saúde e empregada nos diferentes setores da área, para auxiliar de modo complementar a estabelecer o reequilíbrio físico e/ou emocional do indivíduo.</p>
<p>Cromoterapia</p>	<p>É uma prática terapêutica que utiliza, há milênios, as cores no tratamento de doenças, sendo utilizada pelo homem desde as antigas civilizações, e atua do nível físico aos mais sutis com o objetivo de harmonizar o corpo. Entre as possibilidades terapêuticas utilizadas pelos profissionais de saúde, a cromoterapia se enquadra como um recurso, associado ou não a outras modalidades (reflexologia, aromaterapia, imposição de mãos etc.) e demonstrando resultados satisfatórios.</p>

Homeopatia	Sistema médico complexo de caráter holístico, baseado no uso da lei dos semelhantes; foi enunciada por Hipócrates no século IV a.C. e desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure, em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento.
Imposição de mãos	Prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital por meio das mãos, com o intuito de restabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença. Sem envolvimento de outros recursos (remédios, essências, aparelhos), faz uso da capacidade humana de conduzir conscientemente o fluxo de energias curativas multidimensionais para dentro do corpo humano e dos seus sistemas energéticos físicos e espirituais, a fim de provocar mudanças terapêuticas.
Plantas medicinais e fitoterapia	A fitoterapia é uma “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações.

Terapia de florais	É uma prática complementar e não medicamentosa que, por meio dos vários sistemas de essências florais, modifica certos estados vibratórios, auxiliando a equilibrar e a harmonizar o indivíduo. As essências florais são extratos líquidos naturais, inodoros e altamente diluídos de flores que se destinam ao equilíbrio dos problemas emocionais, operando em níveis sutis e harmonizando a pessoa internamente e no meio em que vive. Pode ser adotado em qualquer idade, não interferindo com outros métodos terapêuticos e/ou medicamentos, potencializando-os. Os efeitos podem ser observados de imediato em indivíduos de maior sensibilidade.
Arteterapia	É uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida.
Ayurveda	Significa a Ciência ou Conhecimento da Vida. Este conhecimento estruturado agrega em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não desvinculá-los, e considerando os campos energético, mental e espiritual. A OMS descreve o Ayurveda, reconhecendo sua utilização para prevenir e curar doenças, e reconhece que não é apenas um sistema terapêutico e que leva em consideração a singularidade de cada pessoa.

Dança circular	É uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas, que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. No círculo, trabalha-se o equilíbrio entre o indivíduo e o coletivo, o sentimento de pertinência, promovendo o bem estar, a harmonia entre corpo-mente-espírito, a elevação da autoestima e a consciência corporal, entre outros benefícios.
Meditação	É uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. A meditação constitui um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo e traz benefícios para o sistema cognitivo; promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais, ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, o relaxamento, a redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos.
Musicoterapia	É a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, a aprendizagem, a mobilização, a expressão, a organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.

Osteopatia	<p>É um método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos. Essa prática parte do princípio que as disfunções de mobilidade articular e tecidual, em geral, contribuem no aparecimento das enfermidades. O foco do tratamento osteopático é detectar e tratar as chamadas disfunções somáticas, que correspondem à diminuição de mobilidade. A osteopatia diz respeito à relação de corpo, mente e espírito na saúde e na doença, enfatizando a integridade estrutural e funcional do corpo e a tendência intrínseca do corpo, direcionada à própria cura.</p>
Reflexoterapia	<p>Também conhecida como reflexologia, é uma prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio de que o corpo se encontra atravessado por meridianos, que o dividem em diferentes regiões. Cada uma dessas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. São massageados pontos-chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente.</p>

Reiki	É uma prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa, com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. A prática promove a harmonização entre as dimensões físicas, mentais e espirituais. Estimula a energização dos órgãos e centros energéticos. A prática do Reiki leva em conta dimensões da consciência, do corpo e das emoções; ativa glândulas, órgãos, os sistemas nervoso, cardíaco e imunológico; auxilia no estresse, na depressão e na ansiedade; e promove o equilíbrio da energia vital.
Terapia Comunitária Integrativa (TCI)	É uma prática de intervenção nos grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades.
Yoga	É uma prática que combina posturas físicas, técnicas de respiração, de meditação e de relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema musculoesquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo. Melhora a qualidade de vida, reduz o estresse, diminui a frequência cardíaca e a pressão arterial, alivia a ansiedade, a depressão e a insônia, melhora a aptidão física, a força e a flexibilidade geral.

Fonte: Autoria própria

Na pesquisa realizada por Pinto *et al.* (2020), foi possível observar uma alta prevalência do uso de PICS entre idosos, sendo essa prática mais associada ao sexo feminino. As PICS mais utilizadas foram plantas medicinais. Os dados apontam para a necessidade de ampliação e diversificação das PICS, o que se torna essencial para o fortalecimento da PNPIC e para a promoção de um atendimento integral à saúde da população.

Santos *et al.* (2017), em estudo desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, para identificar avanços e desafios na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares rumo a promoção à saúde de idosos, apontou que tais exercícios revelam melhoria da saúde e bem-estar dos idosos, que gestores da saúde apoiam a oferta dessas práticas na atenção primária à saúde e que o desafio encontrado foi ampliar a participação dos idosos e a oferta de cursos aos orientadores dessas práticas.

Salafia e Gemignani (2016) analisaram a influência das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) na saúde integral do idoso na Atenção Primária à Saúde no município de São Caetano do Sul. A conclusão a que chegaram foi de que os benefícios das PICS na qualidade de vida do paciente, instituídas na Atenção Primária à Saúde, do município citado anteriormente, contribuem, principalmente, para a melhora da força muscular e a diminuição de dores crônicas causadas

por doenças como fibromialgia, osteoartrite e lombalgia, além de também contribuir para uma melhora da saúde espiritual e psicológica do idoso. O estudo cita as práticas de Acupuntura, Fitoterapia, Homeopatia, a Yoga e a Arteterapia como as mais utilizadas pelos idosos.

Azevedo *et al.* (2015) também analisaram os benefícios das Práticas Integrativas e Complementares na Qualidade de Vida (QV) de pessoas idosas. O estudo demonstrou, como benefícios adquiridos pela realização dessas práticas: controle da pressão arterial (PA), alívio da dor, maior disposição, maior equilíbrio corporal, melhora da autoestima, redução no consumo medicamentoso e fortalecimento das estruturas ósseas e musculares. Destacam as práticas da Medicina Tradicional Chinesa, corporais e contemplativas como as mais utilizadas.

Considerações finais

Os resultados da Institucionalização das PICS no cuidado com a pessoa idosa no Brasil têm provocado significativas mudanças, reforçando o modelo de atenção integral nos serviços de saúde, nas Instituições de Longa Permanência para Idosos que aderiram a estas práticas e na qualidade de vida e de saúde dos idosos.

Evidências científicas têm demonstrado os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas

integrativas e complementares para as pessoas dessa faixa etária. Apostar nas PICS para a atenção à pessoa idosa é investir na busca da harmonia durante o envelhecimento, na promoção e na qualidade de vida dos idosos.

Referências

AZEVEDO, A. C. B.; CÂMARA, I. C. P.; GOIS, S. R. F. de; BENITO, L. A. O. Benefícios das Práticas Alternativas Integrativas e Complementares na Qualidade de Vida da Pessoa Idosa. *Acta de Ciências e Saúde*. n. 4, v. 1, 2015.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. *Portaria nº 2.528, de 19 de outubro 2006*. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde Brasília, DF: MS. 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 03 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 971 de 3 de maio de 2006*. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 maio 2006a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 22 dez. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060*. Brasília: IBGE, 2013. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. *Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017*. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União. 28 Mar 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 22 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 702, de 21 de março de 2018*. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Diário Oficial da União. 22 mar. 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 22 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do governo brasileiro. 2018. *Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS*. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44451-estudo-apon-ta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus>. Acesso em: 14 jan. 2020.

CONASEMS. *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral*. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2014. Secretaria de Atenção à Saúde.

Ministério da Saúde. Brasília: DF. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 04 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=796-estrategia-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&category_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965. Acesso em: 13 jan. 2020.

PINTO, G. F. *et al.* Uso de práticas integrativas e complementares por idosos. *Saúde e Pesquisa*. v. 13, n. 2, p. 275 a 282, abril/jul, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7563/6271>. Acesso em: 04 ago. 2020.

SALAFIA, M. T.; GEMIGNANI, E. Y. M. Y. Avaliação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Integral à Saúde do Idoso na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Iniciação Científica (RBIC)*, Itapetininga, v. 6, n.5, p. 23-43, 2019. Edição Especial Universidade Federal do ABC (UFABC), 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Adm/Documents/Artigos/PICS/Idosos/1529-5857-1-PB.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020.

SAMPAIO, A. T. L. *et al.* *Laboratório de práticas integrativas e complementares em saúde – LAPICS na UFRN e no SUS do RN: do sonho à realidade*. Anais CONGREPICS... Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/31873>. Acesso em: 17 ago. 2020.

SANTOS, M. S. dos *et al.* Práticas integrativas e complementares: Avanços e desafios para a promoção da saúde de Idosos. *Revista Mineira de Enfermagem - REME*. v. 22, 2018. Disponível em: <https://>

cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en_e1125.pdf. Acesso em: 02 ago. 2020.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). *OMS divulga Metas para 2019: desafios impactam a vida de idosos*. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SOUSA, I. M. C. de; TESSER, C. D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2017, v. 33, n. 1. Disponível in: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000105006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 jan. 2020.

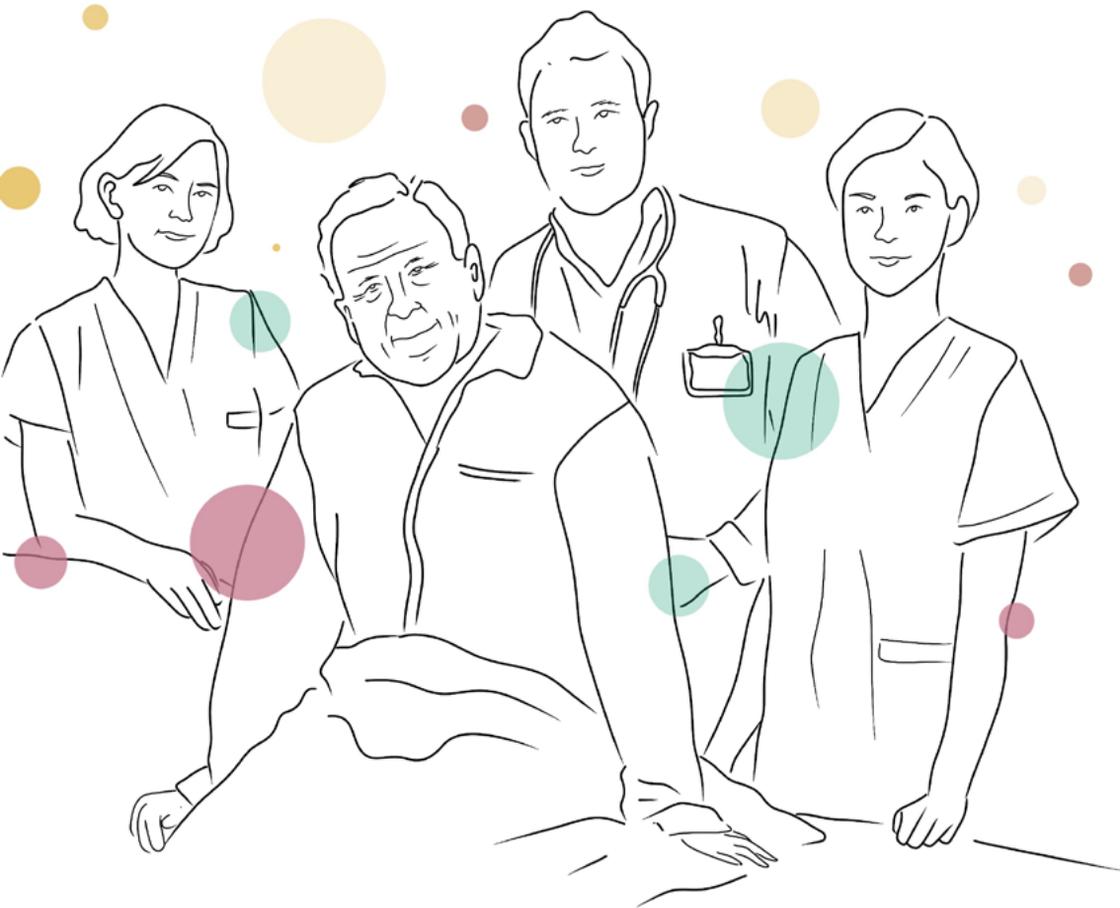
12 Intervenções multidimensionais na melhora da qualidade de vida da pessoa idosa

Jéssica Maria Arouca de Miranda

Talita Araújo de Souza

Sandra Maria da S. G. Simões de Oliveira Torres

Gilson de Vasconcelos Torres



Introdução

Este capítulo possui como objetivo abordar a proposição de intervenções multidimensionais, visando a manutenção ou a melhora da Qualidade de Vida (QV) em idosos. Foram contempladas as três principais demandas de saúde, sendo elas a funcional, a nutricional e os sintomas depressivos, em uma perspectiva de alinhamento da teoria e da prática.

Entende-se que o envelhecimento ativo é um processo que procura otimizar as oportunidades para a saúde e manter a participação e a segurança, no sentido de aumentar a QV. Ressalta-se que haja autonomia e sentido de controle, independência, qualidade de vida e expectativa de vida saudável. Para que haja melhoria da QV, é necessário olhar para a forma como a pessoa idosa funciona, em que contexto vive e quais os aspectos que contribuem para o seu funcionamento.

Desenvolvimento

A qualidade de vida é uma sequência de bons hábitos cumulativos. As pessoas devem fazer mudanças desde já no

cotidiano, de modo a se preparar para o futuro. Inclusive, mesmo quem já ultrapassou os 60 anos precisa ter essa preocupação.

Os idosos que buscam ativamente por melhor qualidade de vida tendem a viver mais. Isso é verdadeiro tanto no que se refere à saúde física quanto à saúde psicológica. Ao agir para prevenir doenças e ao garantir as melhores condições para encarar essa fase, a pessoa idosa tende a viver mais e melhor.

A saúde da pessoa idosa resulta da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental (aspectos cognitivos e emocionais), autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica. Para aqueles que envelhecem, muito mais do que apenas a ausência de doenças, a qualidade de vida reflete a manutenção da autonomia, ou seja, da capacidade de determinação e execução dos próprios desígnios. O comprometimento de qualquer uma das dimensões citadas pode afetar a capacidade funcional (capacidade de manter-se independente e autônomo) do idoso.

População idosa e qualidade de vida

Alcançar mais anos a serem vividos é um propósito almejado e investido ao longo dos anos. Em contrapartida, o aumento da expectativa de vida está associado à maior prevalência de doenças não transmissíveis e, por conseguinte,

maior desprendimento financeiro, cuja assistência à saúde torna-se necessária (GBDSG, 2013). Além disso, a multimorbidade é considerado um agravante para pessoas mais velhas, para profissionais e para gestores, uma vez que o atual cenário de crise econômica não favorece maiores investimentos (PILOTTO *et al.*, 2015).

Sob esse prisma, para que seja possível alcançar a longevidade, devem-se considerar variáveis influenciadoras, fatores tais como o estilo de vida, a dieta, a atividade física e a saúde mental, podendo haver relação com a QV (DATTA *et al.*, 2013).

Idosos x Qualidade de Vida x Intervenções

Entende-se QV como resultados dos padrões de vida em experiências seguidas e definidas de acordo com as influências culturais (CHIEKO *et al.*, 2016). Mensurá-la tem sido importante ferramenta em diversos estudos, especialmente em idosos (GARIN *et al.*, 2014; WERRIMAN (2014). Uma das principais escalas utilizadas é o *Short Form-36*, uma vez que demonstrou validade e confiabilidade para sua utilização, apontando a QV relacionada à saúde física e mental (MOURA *et al.*, 2015; RAGGI *et al.*, 2016).

Ao avaliar a QV, torna-se possível associar seus determinantes. Dessa forma, evidências apontam que as características

sociodemográficas (idade, escolaridade), os hábitos negativos de saúde (tabagismo e sedentarismo), a presença de doenças crônicas (depressão e dor incapacitante) e uma boa rede/ interação social, conforme estudo recentemente desenvolvido com 5.639 idosos que vivem na Finlândia, na Polônia e na Espanha, associam-se como condicionantes a QV (LOH *et al.*, 2015).

Nesse sentido, a funcionalidade, a dieta e a depressão se apresentam como fatores importantes que impactam a QV de idosos. O primeiro impacta ao retardar a incidência da síndrome da fragilidade ou diminuir suas complicações, destacando-se a atividade física, pois apresenta relação com a manutenção da independência no idoso (DEBBIE, 2015). Posteriormente, a alimentação, uma vez que já existem apontamentos de baixa qualidade de dieta entre os idosos (IRZ *et al.*, 2014). Por fim, a depressão, pois pode gerar isolamento social, com possíveis comprometimentos funcionais e de nutrição, aumentando, ainda, o risco de suicídio (PARREIRA; BASSITT, 2015).

Portanto, ao identificar as principais necessidades e variáveis associadas com a QV, obtém-se um meio para elaboração de estratégias e intervenções que busquem melhorar a QV de idosos, as quais sejam individualizadas e direcionadas considerando os seus aspectos biopsicossociais. Construir

intervenções significa propor medidas à elaboração de políticas públicas que possibilitam a modificação da realidade enfrentada pelos mais velhos em seu país, considerando as adaptações transculturais (NEZU *et al.*, 2014).

Definição e desenvolvimento das estratégias multidimensionais

A definição das estratégias multidimensionais para melhorar a QV foi realizada a partir de 60 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios de Natal e Santa Cruz no Estado do Rio Grande do Norte (RN), dos quais foram identificadas as demandas de saúde. Contou-se com a participação de cinco colaboradores enfermeiros para a validação do formato, do conteúdo e da operacionalidade das estratégias.

As principais demandas de saúde presentes nos 60 idosos acompanhados foram de natureza funcional, nutricional e de sintomas depressivos. Em seguida, os colaboradores se reuniram para o planejamento da intervenção multidimensional. Para o desenvolvimento das estratégias, foram produzidos dois instrumentos, sendo um de planejamento, no qual continha o título, a duração e a descrição das estratégias, dos recursos materiais e da equipe envolvida, das metas e da forma de avaliação; e o segundo instrumento, de avaliação

da intervenção, onde constavam todos os aspectos a serem abordados no mesmo, no qual foi avaliado se o idoso tinha realizado a ação totalmente, parcialmente ou se não realizou.

Observou-se que os idosos apresentavam três principais demandas de saúde: funcional, nutricional e sintomas depressivos. Sabe-se que tais demandas possuem uma associação direta com o envelhecimento. Contudo, hábitos de vida saudáveis podem diminuir os efeitos delas, proporcionando a prevenção da dependência e do isolamento social e a manutenção da QV (ABULADZE *et al.*, 2017).

Nota-se que a principal demanda de saúde que se relacionou com a QV foi a referente aos sintomas depressivos, a qual obteve significância nos domínios de saúde mental, de aspecto físico e de estado geral de saúde, nas dimensões da saúde física e mental e no escore total. Logo após, aparece a demanda de saúde funcional, que apresentou significância com o domínio funcional. Sabe-se que, quanto maior a idade, maior a prevalência de limitações funcionais, tendo a intensidade e frequência dos exercícios físicos, o efeito positivo na percepção de saúde, de QV e na prevenção da dependência física corroborado com a literatura que concluiu que os praticantes de atividades físicas obtiveram melhoria significativa de todos os domínios da QV (ABULADZE *et al.*, 2017; QIANG *et al.*, 2017).

Verifica-se que o envelhecimento da população aumenta as limitações físicas e mentais. Assim, torna-se primordial que se desenvolvam estratégias para combater os avanços dessas alterações, podendo ser feitas com políticas voltadas para a pessoa idosa, de criação de serviços e, principalmente, de implementação de intervenções com abordagem multidimensional e multidisciplinar (DÍAZ *et al.*, 2017).

Planejamento de intervenções multidimensionais

O planejamento da intervenção multidimensional e multidisciplinar objetivou a manutenção ou melhoria da QV, com vista à independência, à melhoria nutricional e à redução dos sintomas depressivos, além da introdução da tecnologia na vida dos idosos. Na literatura, já existem estudos que intervieram na QV por intermédio da redução da dependência, da mudança na alimentação, do estímulo à atividade física, do aumento da imunização, da detecção de fatores de risco, do aumento à adesão do autocuidado, dentre outras (JIA *et al.*, 2017).

Algumas estratégias sofreram modificações na duração, visto que o tempo pré-estabelecido de duas horas poderia fazer com que os idosos perdessem a concentração, na aplicação e no *checklist*, no decorrer do planejamento, visando melhorar o entendimento do objetivo da estratégia e o interesse dos

idosos, como também excluir riscos de quedas e acidentes, além de contribuir para uma melhor avaliação da intervenção multidimensional. Isso foi necessário porque é sabido que atividades extensas levam à perda de atenção dessa população, além de não se conseguir absorver muitas informações ao mesmo tempo (RABELO; NERI, 2013). Pode-se observar o detalhamento no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Tipologias das intervenções segundo aspectos analisados e situação final após a aplicação do teste piloto nos idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família

Tipologia das Intervenções	Aspectos analisados / Situação final				
	Objetivo	Duração	Aplicação	Metas	Checklist
Funcional (Simulação de mercado e exercícios físicos)	Mantido	Alterado	Alterado	Mantida	Alterado
	Justificativa das alterações: Na estratégia de simulação do mercado, houve alteração na duração da atividade, de duas horas para uma hora e meia, visto a perda da concentração de idosos com atividades longas. A aplicação sofreu alteração de acordo com o local das intervenções e observado os cuidados quanto a quedas. O check list foi modificado para que a avaliação fosse realizada por grupo e não de forma individual. Na estratégia de exercícios físicos, a aplicação foi alterada para adequar as estações dos exercícios ao espaço de realização.				
Nutricional (Palestra e Bingo dos alimentos)	Mantido	Alterado	Mantida	Mantido	Mantido
	Justificativa das alterações: Na estratégia da palestra, a duração da atividade foi alterada pela quantidade de informações a serem assimiladas de uma só vez pelos idosos; devido a isso, passou para apenas uma hora. Na estratégia do bingo dos alimentos, não houve alteração.				

Sintomas depressivos (Introdução a tecnologia)	Mantido	Mantido	Alterado	Mantido	Alterado
	Justificativa das alterações: A aplicação foi alterada pensando em mudar a atividade de apenas educativa para educativa e prática. O checklist foi alterado para também avaliar a parte prática.				
Sintomas depressivos e nutricional	Mantido	Mantido	Mantido	Mantido	Mantido
Sintomas depressivos e funcional	Mantido	Mantido	Alterado	Mantido	Mantido
	Justificativa das alterações: A parte prática teve alteração na aplicação, no qual foi realizada em um grande grupo, ao invés de pequenos grupos.				

Fonte: Miranda (2017)

Ao final, foram planejadas seis intervenções, contemplando-se as três demandas de saúde, com três abordagens cada, podendo ser isoladas ou em conjunto, sempre aliando a teoria à prática. No entanto, os sintomas depressivos foram abordados de forma indireta, nas atividades de introdução a tecnologia e ao longo das outras estratégias, visto que os idosos estavam sempre à vontade para expressar suas histórias de vida e exercendo o contato social.

As intervenções ocorriam no período da tarde, sempre em grupo, em local apropriado e próximo da comunidade, com tempo médio de uma hora e meia, implementando metodologias ativas variadas (jogos, exercícios, discussões, simulações, dentre outras). Os recursos materiais envolveram computadores, tablets, celulares, pesos para exercícios, data show, papel e alimentos. Os recursos humanos envolveram profissionais de diferentes áreas da saúde, incluindo

enfermeiros, fisioterapeutas, educadores físicos, nutricionistas e agentes de saúde. Em todas as intervenções, as equipes das ESF estavam presentes em colaboração.

Cada intervenção visava contemplar domínios específicos da QV, por meio de aspectos relacionados à manutenção ou à melhoria da independência, da alimentação saudável e da saúde mental, mudando-se o estímulo a cada encontro, no intuito de propiciar o interesse e a participação dos idosos. Assim sendo, os procedimentos adotados contribuíram de forma incontestável para o sucesso da proposição em apreço e, por conseguinte, para a geração de alternativas que possibilitem a redução de demandas de saúde e a melhoria da qualidade de vida da população estudada.

Considerações finais

Observou-se que os idosos apresentaram três principais demandas de saúde: a funcional, a nutricional e dos sintomas depressivos, que se associaram a piores médias da QV. Na demanda de saúde funcional, essa associação foi significativa com o domínio do aspecto funcional; já os sintomas depressivos foram significativos com a saúde mental, o aspecto físico, o estado geral de saúde, o escore total e com as duas dimensões, física e mental. A demanda de saúde nutricional não se associou de forma significativa.

A partir dessas demandas de saúde, foi possível planejar intervenções multidimensionais e multidisciplinares, com o objetivo de reduzir as demandas de saúde e, assim, manter ou melhorar a QV. Ao final, foram planejadas seis estratégias (simulação de mercado, prática de exercícios, palestra nutricional, bingo dos alimentos, introdução a tecnologia, uso da tecnologia envolvendo nutrição e envolvendo atividades físicas) para aplicação em grupo, com duração média de uma hora e meia.

Verificou-se a importância de intervenção com os idosos para mantê-los ativos, independentes, com contato social e saudáveis. Para isso, é necessário maior envolvimento das Estratégias Saúde da Família, visto que é a porta de entrada para os serviços de saúde, que têm como finalidade a promoção da saúde e prevenção de agravos.

Referências

ABULADZE, L. *et al.* Associations between self-rated health and health behaviour among older adults in Estonia: a cross-sectional analysis. *BMJ open*, v. 7, n. 6, 2017.

DATTA, P. P.; GANGOPADHYAY, N.; SENGUPTA, B. Association of psychological morbidity with socio-demographic characteristics among elderly: a cross-sectional study from eastern India. *International Journal of Medicine and Public Health*, v. 3, n. 2, 2013.

DÍAZ, M. *et al.* Study of the nutritional status of patients over 65 years included in the home care program in an urban population. *Atencion Primaria*, v. 50, n. 2, p. 88-95, 2017.

GARIN, N. *et al.* Impact of multimorbidity on disability and quality of life in the Spanish older population. *PloS one*, v. 9, n. 11, p. e111498, 2014.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY. Global, regional and incidence, prevalence and years live with national disabilities of 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. v. 389, n. 9995, p. 743-800, 2013.

GREINER, C. *et al.* Intervention for the maintenance and improvement of physical function and quality of life among elderly disaster victims of the great East Japan earthquake and tsunami. *Applied Nursing Research*, v. 31, p. 154-159, 2016.

IRZ, X. *et al.* Sociodemographic determinants of diet quality of the EU elderly: a comparative analysis in four countries. *Public health nutrition*, v. 17, n. 5, p. 1177-1189, 2014.

JIA, H.; LUBETKIN, E. I. Incremental decreases in quality-adjusted life years (QALY) associated with higher levels of depressive symptoms for US Adults aged 65 years and older. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 15, n. 1, p. 9, 2017.

LOH, D. A. *et al.* MultiComponent Exercise and theRApeutic lifeStyle (CERgAS) intervention to improve physical performance and maintain independent living among urban poor older people-a cluster randomised controlled trial. *BMC geriatrics*, v. 15, n. 1, p. 8, 2015.

MIRANDA, J. M. A. de. *Qualidade de vida de idosos da estratégia saúde da família: demandas de saúde e proposição de intervenções*

multidimensionais. 2017. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/24194/1/QualidadeVidaIdosos_Miranda_2017.pdf. Acesso em: 21 dez. 2019.

MOURA, A. *et al.* Predictors of health-related quality of life perceived by end-stage renal disease patients under online hemodiafiltration. *Quality of Life Research*, v. 24, n. 6, p. 1327-1335, 2015.

NA, L. *et al.* Activity limitation stages are associated with risk of hospitalization among medicare beneficiaries. *PM&R - Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 9, n. 5, p. 433-443, 2017.

NEZU, S. *et al.* Health-related quality of life (HRQOL) decreases independently of chronic conditions and geriatric syndromes in older adults with diabetes: the Fujiwara-kyo Study. *Journal of epidemiology*, v. 24, n. 4, p. 259-266, 2014.

PARREIRA, J. A. R. Aplicação da escala de depressão geriátrica em idosos do ambulatório do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. *Enfermagem Brasil*, v. 14, n. 4, p. 202-210, 2015.

PILOTTO, A. *et al.* The MPI_AGE European Project: using Multidimensional Prognostic Indices (MPI) to improve cost-effectiveness of interventions in multimorbid frail older persons. Background, aim and design. *European Geriatric Medicine*, v. 6, n. 2, p. 184-188, 2015.

RABELO, D. F.; NERY, A. L. Intervenções psicossociais com grupos de idosos. *Revista Kairós: Gerontologia*, v. 16, n. 4, p. 43-63, 2013.

RAGGI, A. *et al.* Determinants of quality of life in ageing populations: Results from a cross-sectional study in Finland, Poland and Spain. *PLoS One*, v. 11, n. 7, p. e0159293, 2016.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects: The 2012 Revision*; 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Report on Aging and Health*. Geneva: WHO; 2014.

13 A caderneta de saúde da pessoa idosa como instrumento do cuidado

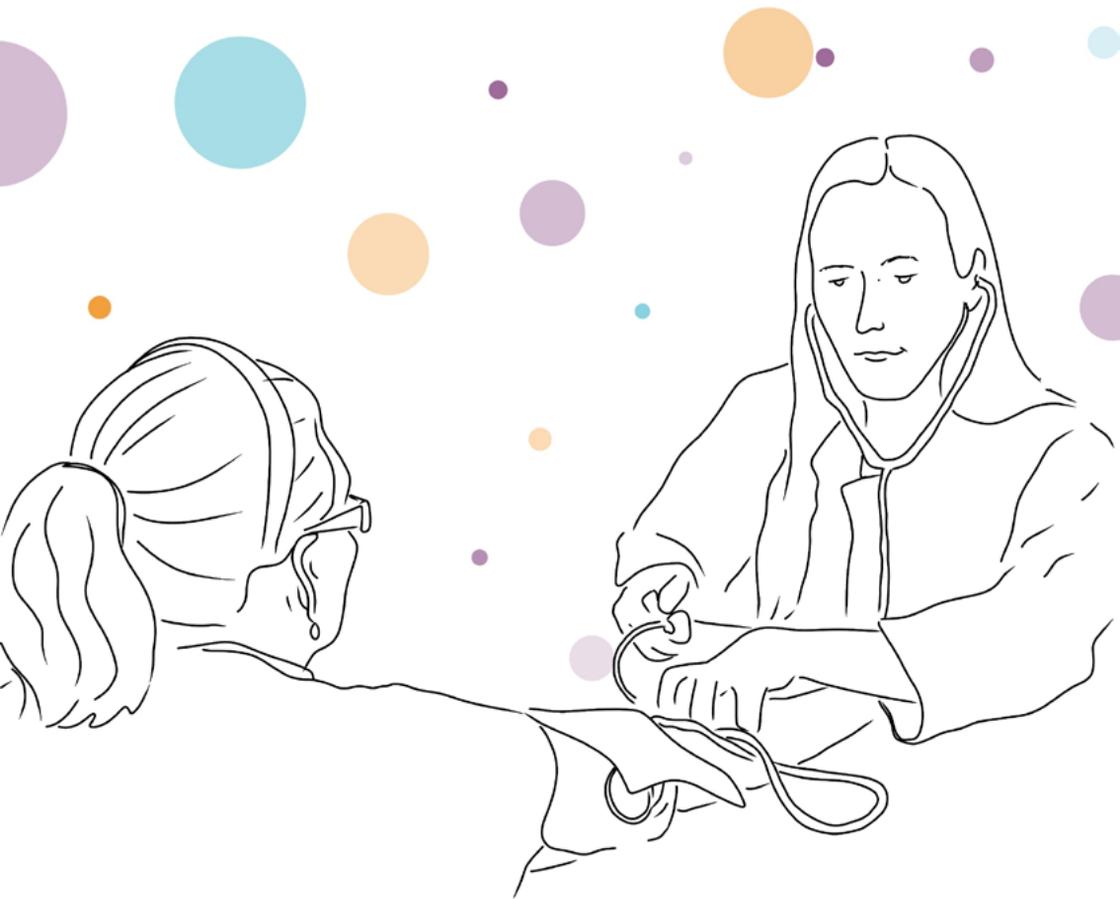
Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Talita Araujo de Souza

Ana Mayara Gomes de Souza

Sandra Maria da Solidade Gomes Simões de Oliveira Torres

Gilson de Vasconcelos Torres



Introdução

O crescimento do número de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil sinaliza uma realidade que exige um olhar diferenciado em todas as instâncias do cuidado. A saúde da pessoa idosa é uma área estratégica da atenção básica, e o Ministério da Saúde estabeleceu um instrumento que fornece subsídios na identificação de vulnerabilidades e singularidades dessa população, além de promover ações específicas na prevenção de minimizar doenças e agravos nessa faixa etária.

Em 19 de outubro de 2006, sob a portaria GM nº 2528, foi estabelecida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que determinou que a Atenção Básica/Saúde da Família seria a referência principal de acesso ao cuidado com a saúde da pessoa idosa. Além disso, a rede de serviços especializados de média e alta complexidade seria a retaguarda complementar quando necessário (BRASIL, 2006a).

Com a implantação da PNSPI, foram direcionadas medidas coletivas e individuais de saúde para a população idosa, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS.

Mediante a PNSPI, o Ministério da Saúde criou, em 2008, como elemento facilitador, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) e distribuiu para todo o território nacional, com o intuito de identificar o quadro geral da situação dos idosos em todo o país e promover ações específicas para as necessidades de saúde dessa faixa etária (BRASIL, 2006a). Nesse sentido, a implementação da Caderneta surge como um relevante instrumento de cidadania, que retrata as singularidades de cada indivíduo e viabiliza as intervenções mais eficazes, ao mesmo tempo em que fornece subsídios para estudos e para o conhecimento mais aprofundado dessa população.

Em 2014, a CSPI foi atualizada e ampliada, e em 2015, foi iniciada a distribuição de sua 3ª edição (BRASIL, 2014). A nova versão possui espaço para registro de informações referentes a histórico clínico, medicamentos, alimentação, vacinas, hábitos de vida, identificação de dores crônicas, saúde bucal, agenda de consultas e exames, além de orientações sobre os direitos dos idosos e atividades do dia a dia que colaboram para a saúde.

Desenvolvimento

Há pessoas idosas que permanecem absolutamente capazes de realizar suas atividades cotidianas por si mesmas, ainda que apresentem doenças crônicas ou outras condições importantes

de saúde. Outras precisam de apoio e de adaptações para a realização de suas atividades, e algumas se tornam completamente dependentes de cuidados contínuos e da ajuda de terceiros, mesmo que não sejam cronologicamente tão idosas. Assim, a presença de múltiplos problemas de saúde e a idade avançada não implicam, necessariamente, dependência para a realização das atividades da vida diária ou dependência funcional.

Existem vários instrumentos, escalas e testes que auxiliam a avaliação das múltiplas dimensões que incidem sobre a saúde da pessoa idosa, na perspectiva da integralidade. No Brasil, o Ministério da Saúde propôs a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, como uma ferramenta de apoio para a avaliação multidimensional a ser realizada no nível primário de atenção.

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como ferramenta para o cuidado

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa agrega várias iniciativas, cujo objetivo é de qualificar a atenção dada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde (SUS). É um instrumento estratégico de qualificação que auxilia no acompanhamento e no cuidado integral da pessoa idosa e visa contribuir para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde e para a otimização de ações que possibilitem uma avaliação

integral da saúde da pessoa idosa, identificando suas principais vulnerabilidades e oferecendo orientações de autocuidado. É um aparato proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, sendo usada tanto pelas equipes de saúde quanto pelos idosos, seus familiares e seus cuidadores.

Também é instrumento de cidadania e de relevância para os indivíduos idosos, pois “empoderam” os sujeitos sobre sua saúde e seus direitos. Nela são registradas informações sobre os dados pessoais, sociais e familiares, sobre a saúde e os hábitos de vida da pessoa idosa. Além disso, contém orientações quanto ao uso e ao armazenamento correto de medicamentos, à alimentação saudável, à saúde bucal, à atividade física, à prevenção de quedas e aos direitos da pessoa idosa. Por fim, é uma ferramenta proposta para o bom manejo da saúde dessa faixa etária, a ser utilizada e preenchida tanto pelas equipes de saúde quanto pelos idosos, por profissionais de saúde, por seus familiares e seus cuidadores, o que ajudará a identificar as vulnerabilidades do idoso (BRASIL, 2017).

Sua função primordial é a de propiciar um levantamento periódico de determinadas condições de saúde do indivíduo idoso e de outros aspectos que possam interferir em seu bem-estar. Por ser uma ferramenta de apoio para a avaliação multidimensional a ser realizada no nível primário de atenção, se poderá:

- Identificar situações de risco para os indivíduos com mais de 60 anos, de forma a subsidiar os profissionais em suas condutas para melhorar o atendimento;
- Facilitar a reconstituição do histórico clínico dos indivíduos e das suas condições de saúde, bem como a identificação de hábitos de vida e de contextos familiares, sociais e econômicos;
- Realizar orientações para promoção do autocuidado, na medida em que a pessoa idosa pode visualizar e registrar sua própria trajetória de saúde com a prevenção de doenças e agravos, via orientações sobre prevenção de quedas, vacinação, alimentação saudável, saúde sexual e bucal, entre outros pontos relevantes;
- Permitir a formulação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a partir da realização da avaliação multidimensional, com o apoio da sua Ficha Espelho.

A implantação do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma ação estratégica que visa a saúde do idoso para possibilitar melhor acompanhamento por parte dos profissionais da área, referente aos aspectos que possam interferir no bem-estar do usuário, e para estabelecer critérios de risco para

organizar melhor os entendimentos aos idosos na Atenção Básica.

A Caderneta permitirá o registro e o acompanhamento, pelo período de cinco anos, de informações sobre dados pessoais, sociais e familiares, sobre suas condições de saúde e seus hábitos de vida, identificando suas vulnerabilidades, além de ofertar orientações para seu autocuidado. Essa se constitui um instrumento que possibilita o desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado integral e deve ser utilizada pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) durante o atendimento à pessoa idosa, no sentido de identificar os pacientes frágeis ou dependentes, imunizá-los efetivamente, acompanhá-los adequadamente com agravos de risco e, também, diminuir a mortalidade (BRASIL, 2017).

Constitui-se como uma ferramenta de identificação de situações de riscos potenciais para a saúde da pessoa idosa. A Caderneta traz ao profissional de saúde a possibilidade de planejar e organizar ações de prevenção, de promoção e de recuperação, objetivando a manutenção da capacidade funcional dos pacientes assistidos pelas equipes de saúde. A implantação do documento, que se deu inicialmente a partir das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi acompanhada por um manual de orientação, além de treinamento

e capacitação profissional para o correto preenchimento e orientação sobre seu manuseio (BRASIL, 2017).

A partir de sua utilização, as equipes de saúde podem registrar informações importantes sobre as condições de saúde de todas as pessoas idosas acompanhadas na atenção primária e orientá-las sobre quais ações devem ser desencadeadas para estimular um envelhecimento ativo e saudável no âmbito da Atenção Primária de Saúde (APS). Nesse sentido, Gonze e Silva (2011) enfatizam a importância da integração do sistema de saúde e das universidades em unir esforços para identificar as necessidades de saúde da população e investir na qualidade da formação dos profissionais.

Identificação de sinais de risco na pessoa idosa a partir da utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

A Caderneta permite a identificação das necessidades de saúde de cada idoso e do potencial de risco e graus de fragilidade, o que é fundamental para a elaboração do projeto terapêutico singular e para o seu acompanhamento com resolutividade na atenção básica. Trata-se de um instrumento que auxilia na estratificação dos idosos de acordo com sua capacidade funcional (BRASIL, 2016).

O plano de cuidados estabelecido a partir da avaliação multidimensional se aplica ao indivíduo, mas também subsidia a tomada de decisões do ponto de vista coletivo, pois fornece recursos e informações para estruturar as ações de uma Unidade de Saúde no que se refere à população adscrita. É muito importante que seu preenchimento ocorra por meio de informações cedidas pela pessoa idosa, seus familiares e/ou seus cuidadores, para compor o Plano de Cuidado. A Caderneta permite o registro e o acompanhamento, pelo período de cinco anos, de informações sobre dados pessoais, sociofamiliares, condições de saúde, hábitos de vida, identificando suas vulnerabilidades, além de ofertar orientações para o seu autocuidado. Sendo assim, não é necessário que seja substituída todos os anos (SÁ, 2016).

O documento também conta com uma ficha espelho (resumo da caderneta), contendo dados gerais a serem preenchidos e anexados ao prontuário da pessoa idosa na atenção básica. Com as informações registradas na ficha espelho, as equipes de saúde podem fazer um levantamento do perfil dos idosos cobertos no território, identificando as situações de maior vulnerabilidade. Trata-se de uma ferramenta que pode ser utilizada pelas equipes da atenção básica para o planejamento e o monitoramento de suas ações (BRASIL, 2017). Conforme ratifica o manual de preenchimento da Caderneta,

ela só deve ser preenchida durante a visita domiciliar ou na unidade de saúde, por qualquer profissional da equipe no momento da consulta (BRASIL, 2016).

Antes do adoecimento orgânico, a pessoa idosa apresenta alguns sinais de risco. É função do profissional de saúde, por meio do registro na Caderneta, identificar esses sinais, para que as ações possam ser assumidas de maneira precoce, contribuindo não apenas para a melhoria da qualidade de vida individual, mas também para uma saúde pública mais consciente e eficaz (BRASIL, 2008, p. 6).

Para Dantas (2015), as informações necessárias ao preenchimento da Caderneta devem ser relatadas pelos idosos, seus familiares ou cuidadores, para garantir a veracidade dos dados colhidos e, posteriormente, elaborar o plano de cuidado em parceria com os profissionais de saúde. Será dada visibilidade a possíveis situações de risco de adoecimento, que podem nortear ações específicas, além de orientar a pessoa idosa sobre o autocuidado.

Considerações finais

Nota-se a necessidade de uma ampliação da discussão sobre a CSPI na atenção primária, a considerar os seus possíveis benefícios para a população idosa e para a saúde pública em geral em diferentes regiões brasileiras. A educação

permanente em saúde pode ser um caminho para transformar o desenvolvimento da CSPI na atenção primária.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006*. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa*: 4. ed. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da saúde. *Caderneta de saúde da pessoa idosa*. 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>

DANTAS, K. M. V. P. *Caderneta de saúde da pessoa idosa no olhar de idosos atendidos na estratégia saúde da família*. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/7635>. Acesso em: 14 maio 2020.

GONZE, G. G.; SILVA, G. A. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 129- 146, 2011.

SÁ, C. M. C. P. *Caderneta de saúde da pessoa idosa no olhar dos profissionais da estratégia de saúde da família*. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/8732/2/arquivototal.pdf>. Acesso em: 14 maio 2020.

14 Atenção à saúde bucal na pessoa idosa

Tatiana de Medeiros C. Mendes

Riane Tavares Ursulino



Introdução

O envelhecimento da população brasileira e o aumento da expectativa de vida correspondem a uma nova realidade que tem gerado novas demandas na área de saúde do idoso. Nesse sentido, verifica-se a necessidade de profissionais e instituições capacitados para o cuidado a esse grupo populacional, visando segurança e resolutividade, a fim de contribuir para melhoria de sua qualidade de vida.

A saúde bucal tem impactos diretos na qualidade de vida dessa população, visto que a perda dentária tem influências na mastigação, na digestão e na gustação, além de provocar mudanças nos hábitos alimentares e afetar a pronúncia e a estética (PARDINI; LEÃO; PENONI, 2019). No contexto das Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI), a situação da saúde bucal dos idosos é ainda mais crítica, visto que muitos residentes possuem doenças sistêmicas, utilizam vários medicamentos, possuem limitação motora e cognitiva, além de, muitas vezes, possuírem precários cuidados com a saúde oral (SALES; FERNANDES NETO; CATÃO, 2017).

Diante desse contexto, Rosendo *et al.* (2017) destaca a importância do desenvolvimento de ações de educação em saúde, de promoção à saúde e de prevenção de doenças, além da reabilitação da cavidade oral. Isso é necessário a fim de se proporcionar uma melhor autonomia e qualidade de vida a esse grupo populacional.

Portanto, considerando a importância da divulgação de informações sobre os cuidados com a saúde bucal dos idosos, e com o intuito de contribuir com o desenvolvimento de ações de prevenção, de promoção e de educação em saúde nas ILPI, este capítulo fornecerá orientações aos cuidadores, à equipe multiprofissional e aos próprios idosos, para subsidiar ações de cuidado que contribuirão para a melhoria de qualidade de vida na terceira idade.

Desenvolvimento

A percepção da saúde bucal como um dos fortes componentes para a qualidade de vida da pessoa idosa leva os profissionais da área a buscarem priorizar ações para esse grupo populacional. As ações para essa faixa etária sempre foram voltadas para medidas curativas. A saúde bucal da pessoa idosa requer dos profissionais o entendimento do processo de envelhecimento para garantir a atenção qualificada que proporcione o envolvimento da família e a interação

multiprofissional, para possibilitar o caminhar do idoso na rede de atenção à saúde bucal do município e das referências pactuadas.

A saúde bucal no contexto das ILPI

Para garantir uma atenção integral, o cuidado aos idosos nas ILPI requer ações interdisciplinares, sendo fundamental que haja um olhar voltado também para a saúde bucal desses residentes. Estudo de Silva e Valsekri Júnior (2000) identificou que os idosos institucionalizados, devido ao seu maior grau de fragilidade, apresentam piores condições de saúde bucal em relação aos idosos não institucionalizados.

Além disso, Ferreira *et al.*, (2011) mostraram que a atenção odontológica nas ILPI é muito pequena, independente da modalidade da instituição e do número de idosos residentes. O número de cirurgões-dentistas nesses estabelecimentos geralmente é insuficiente, estando esses profissionais entre os menos frequentes na equipe de saúde das instituições. Esses achados mostram a necessidade de adoção de protocolos sistematizados de higiene bucal nas ILPI.

Diante do que foi acima exposto, a fim de garantir atenção integral e qualificada à saúde bucal da pessoa idosa, é fundamental o trabalho conjunto de uma equipe multiprofissional, que deve estar atenta para as ocorrências de sinais e sintomas

que chamam a atenção e que podem indicar a necessidade de avaliação odontológica no idoso (BRASIL, 2016).

Cuidados com a saúde bucal da pessoa idosa

Uma boa higiene bucal diminui o risco de desenvolvimento de problemas nos dentes e na boca da população idosa (TABOADA-ARANZA; LOAEZA-GALINDO; PALACIOS, 2019). A seguir, serão apresentadas algumas orientações para o cuidado com a saúde bucal, as quais são fundamentais para nortear os profissionais/cuidadores responsáveis pelos cuidados com os idosos residentes nas ILPI, bem como para orientar os idosos que possuem autonomia e realizam seu próprio cuidado diário.

Higienização da boca

A escovação é o método indicado para prevenir a formação de placa bacteriana, de cárie, de cálculo dentário e de doenças da gengiva. Os dentes devem ser escovados todos os dias com creme dental com flúor, e a limpeza dos espaços entre os dentes deve ser realizada mediante o uso do fio dental. Além dos dentes, é importante lembrar também de escovar a língua dos idosos, pois ela acumula restos alimentares e bactérias que provocam o mau hálito. É importante sempre estimular a autonomia e o autocuidado do idoso.

Para a higienização da boca, o uso de novas preparações de dentífrícios líquidos pode ajudar bastante. Se o idoso estiver acamado ou mais debilitado, o uso de água com bicarbonato, embebido em uma gaze e passada com os dedos do cuidador, na cavidade oral, pode também ser muito útil (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2009).

O Quadro 1 mostra, de forma sintética, como deve ser realizada a higienização diária da cavidade oral dos idosos.

Quadro 1 – Orientações quanto à escovação dos dentes e uso do fio dental

ORIENTAÇÕES	
	<p style="text-align: center;">Escovação dos dentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posicionar a escova inclinada na direção da gengiva e realizar movimentos de cima para baixo, nos dentes de cima, e de baixo para cima, nos dentes de baixo, como se estivesse varrendo os dentes; • Depois, escovar a parte interna de cada dente da mesma forma; • Em seguida, escovar a superfície do dente, que é usada para mastigar; • O movimento deve ser suave, de vaivém. A escova deve atingir todos os dentes, ou seja, deve ir até os últimos dentes do fundo da boca.

	<p style="text-align: center;">Uso do fio dental</p> <ul style="list-style-type: none">• Enrolar cerca de 40 cm de fio ou de fita dental entre os dedos;• Levar o fio dental até o espaço existente entre a gengiva e o dente e pressioná-lo, puxando a sujeira até a ponta do dente;• Passar o fio dental pelo menos duas vezes em cada um dos espaços entre os dentes, primeiro pressionando para um lado, depois para o outro.
	<p style="text-align: center;">Escovação da língua</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar movimentos cuidadosos com a escova, “varrendo” a língua da parte interna até a ponta.

Ilustração: Giulia Gabriela. Adaptado de BRASIL (2012)

Higienização da Prótese

O tratamento protético reabilitador é fundamental para a saúde bucal e a qualidade de vida da população idosa. Isso porque, além de auxiliar na mastigação e na fala, reduz impactos relacionados ao desconforto psicológico e a incapacidades psicológica, física e social (NASCIMENTO *et al.*, 2018). No entanto, a fim de não prejudicar a saúde da boca, as próteses necessitam de cuidados especiais, conforme mostram as orientações constantes no Quadro 2.

Quadro 2 – Orientações para higienização das próteses

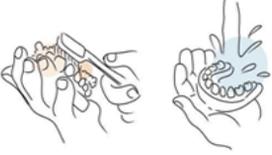
Higiene da prótese	Orientações
	<p>Usar escova de dente mais dura e creme dental.</p>
	<p>A limpeza deve ser realizada sobre a pia com água; assim, se a prótese cair, não se quebrará.</p>
	<p>À noite, as próteses devem ser armazenadas num recipiente tampado, com água e uma pequena quantidade de bicarbonato de sódio;</p> <p>Antes de recolocar na boca do idoso, deve-se escovar a gengiva, o palato e a língua com uma escova macia, para remover placas e possíveis restos de alimentos.</p>

Ilustração: Giulia Gabriela

É recomendado para os usuários de prótese dentária que esta seja retirada antes de dormir e acondicionada em um recipiente com água. Essa medida visa impedir que a resina perca água para o ambiente, e conseqüentemente, haja qualquer alteração dimensional da prótese (GONÇALVES *et al.*, 2011). Além disso, também evita a proliferação de

microorganismos na cavidade oral, no período da noite, facilitada pela diminuição do fluxo salivar nesse período.

Autoexame

O autoexame da boca é uma ferramenta importante no diagnóstico precoce de câncer bucal, a fim de que as lesões sejam detectadas na fase inicial, o que favorece o tratamento precoce da doença. No entanto, estudos mostram que muitos idosos não possuem o hábito de realização do autoexame (DUARTE *et al.*, 2020); por isso, devem ser sempre estimulados a realizá-lo.

Durante a realização do autoexame, os principais sinais que devem ser observados são: lesões na cavidade oral ou nos lábios que não cicatrizam por mais de 15 dias; manchas/placas vermelhas ou esbranquiçadas na língua, nas gengivas, no palato (céu da boca) e na mucosa jugal (bochecha); nódulos (caroços) no pescoço; e dificuldade de deglutição, de fonação ou movimentação prejudicada de qualquer região da boca e do pescoço. O idoso deve ser instruído a procurar um cirurgião dentista para uma melhor avaliação quando encontrar qualquer dessas alterações (SILVA *et al.*, 2018).

Cuidados especiais para idosos dependentes

Idosos dependentes e semidependentes necessitam de suporte, a fim de manter sua saúde bucal. Freitas *et al.* (2013) destacam que é importante lembrar que a limpeza da boca deve ser feita mesmo que a pessoa cuidada não tenha dentes e não use prótese. A pessoa idosa deve ser colocada na posição sentada, para proteger as vias aéreas, e posicionada em frente à pia ou na cama, com uma bacia.

O Quadro 3 exibe orientações com o intuito de orientar profissionais/cuidadores que têm, sob sua responsabilidade, o cuidado de algum idoso com incapacidade ou deficiência.

Quadro 3 – Orientações para o cuidado com a saúde bucal de idosos dependentes

Idosos com dentes	Idosos sem dentes	Idosos que usam prótese
- Se necessário, utilizar um abridor de boca para facilitar o acesso;	- Cuidadosamente afastar as bochechas e limpar as superfícies internas com uma gaze;	- Escovar as próteses do idoso, com escova de cerdas mais duras, e enxaguar bem com água corrente;
- Utilizar fio dental nos espaços interproximais, com o cuidado de não causar dano à gengiva;	- Com uma gaze, puxar a língua para fora e escovar cuidadosamente a superfície de trás para frente;	- Tomar cuidados especiais com os grampos das próteses removíveis;

- Escovar todas as superfícies dos dentes, utilizando escova de cerdas macias e dentífrico fluoretado em pequena quantidade, para evitar que o idoso engasgue;	- Aspirar durante qualquer procedimento, se as vias respiratórias estiverem em risco.	- Substituto de saliva (saliva artificial) pode ser necessário antes da recolocação da prótese na boca do paciente.
- Lembrar de limpar, também, a língua do idoso, com movimentos de trás para frente. Deve-se ter cuidado para que a escova não toque o final da língua, pois pode machucar a garganta e provocar ânsia de vômito.		

Fonte: adaptado de Freitas (2013)

Ações de educação, promoção e reabilitação para manutenção da saúde bucal

A prática de promoção e educação em saúde para idosos institucionalizados mostra-se efetiva, e deve ser orientada a partir da realidade e da necessidade do grupo a ser assistido, possibilitando acesso a informações, promovendo a educação em saúde bucal e motivando o autocuidado (ALVES *et al.*, 2017).

É importante, além dos cuidados diários, estimular os idosos a realizarem as consultas odontológicas regulares

preventivas e de manutenção da saúde bucal. Nas ILPI onde não há a presença do Cirurgião Dentista, recomenda-se que haja articulação da instituição com as unidades de atenção básica daquela localidade, para que os idosos tenham acesso a consultas regulares com os dentistas dessas unidades.

A avaliação da saúde bucal constante na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma importante ferramenta para a identificação das necessidades da população nessa faixa etária. Sua utilização pelas ILPI é fundamental, pois permite um acompanhamento longitudinal de todos os aspectos de saúde do idoso, além de favorecer o planejamento de atividades clínicas individuais e coletivas (BRASIL, 2017).

Considerações finais

O envelhecimento da população e o conseqüente aumento da institucionalização dos idosos trazem a necessidade de organização das ações de saúde nas ILPI, a fim de garantir a integralidade do cuidado e da assistência. A rotina institucional pode levar a perda de autonomia e a dependência do idoso, sendo de suma importância ações que busquem manter a capacidade funcional e motora dos pacientes pelo maior tempo possível.

A compreensão de que a saúde bucal está diretamente relacionada à saúde geral do idoso, bem como da necessidade

da realização de ações multiprofissional em prevenção, promoção, educação e reabilitação é fundamental para de que as instituições desenvolvam estratégias que levem a um atendimento integral e à melhoria da qualidade de vida dos idosos.

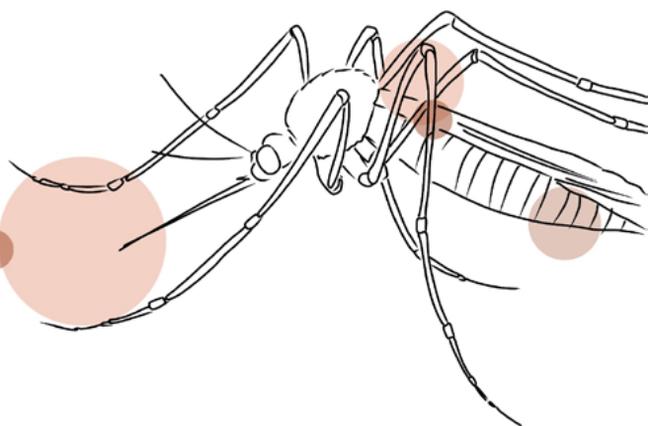
Referências

- ALVES, T. da S. *et al.* Relato de Experiências Educativas em Saúde Bucal para Idosos Institucionalizados. *Revista Brasileira de Extensão Universitária*, v. 8, n. 3, p. 167-174, set.– dez, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. *Mantenha seu sorriso fazendo a higiene bucal correta*. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, DF, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, DF, 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde, 2019. Saúde de A a Z. *Câncer de Boca*. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-boca>. Acessado em: 29/09/2019.
- DUARTE, B. P. Avaliação do conhecimento de pacientes idosos acerca do câncer bucal. *Revista Odontológica de Araçatuba (Impressa)*, v. 41, n. 2, p. 40-44, maio/ago.2020.
- ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Vigilância Sanitária do Estado de Santa Catarina. *Segurança Sanitária para Instituições de Longa Permanência para Idosos*. 2. ed. Santa Catarina, 2009.

- FERREIRA, R. C. *et al.* Atenção odontológica e práticas de higiene bucal em instituições de longa permanência geriátricas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2323-2333, Apr. 2011.
- FREITAS, E. V. de *et al.* *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- GONÇALVES *et al.* Higienização de próteses totais e parciais removíveis. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 15, n. 1, p. 87-94, 2011.
- NASCIMENTO, J. E. *et al.* Reabilitação com prótese dentária total em idosos e melhoria na dimensão do OHIP. *Arquivos em Odontologia [Internet]*, v. 54, n. 11, p. 1-12, 2018.
- ROSENDO, R. A. *et al.* Saúde bucal e impacto na qualidade de vida em idosos. *RSC online*, v. 6, n. 1, p. 89-102, 2017.
- SALES, M. V. G.; FERNANDES NETO, J. A.; CATÃO, M. H. C. V. Condições de saúde bucal do idoso no Brasil: uma revisão de literatura. *Archives of Health Investigation*, v. 6, n. 3, p. 120-124, 2017.
- SILVA, S. R. C. da; VALSECKI JÚNIOR, A. Assessment of oral health in an elderly Brazilian population. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 8, n. 4, p. 268-271, 2000.
- PARDINI, G.; LEÃO, A. T. T.; PENONI, D. C.. A investigação sobre perda dentária em pacientes geriatras: um estudo transversal. *Revista Naval de Odontologia*, v. 46, n. 1, p. 14-20, 2019.
- SILVA, M. A. *et al.* Câncer de boca: ação educativa centrada na capacitação para o auto-exame *Revista Ciência em Extensão* v.14, n.1, p. 116-124, 2018.
- TABOADA-ARANZA, O.; LOAEZA-GALINDO, A.; PALACIOS, R. D. H. Caries y hábitos de higiene oral en un grupo de adultos mayores del Estado de México. *Revista ADM*, v. 76, n. 3, p. 141-145, 2019.

15 Arboviroses na pessoa idosa

Maxsuel Fernandes Barbosa
Vilani Medeiros de A. Nunes



Introdução

Nos últimos anos, tem-se observado a reemergência de algumas doenças transmitidas por mosquitos vetores, denominadas arboviroses, que têm representado, nas últimas décadas, um problema de grande relevância em Saúde Pública nas Américas, bem como em todo o mundo. Trata-se de infecções virais causadas pelos chamados “arbovírus”, vírus essencialmente transmitidos por vetores artrópodes hematófagos.

As arboviroses são de grande relevância na saúde pública, devido a uma série de fatores, que vão desde a diversidade de agentes infecciosos envolvidos e a pluralidade de manifestações clínicas, até a inexistência de apoio laboratorial eficiente e de medidas imunoproláticas para a maioria das infecções correntes e a dificuldade na implementação e na manutenção de medidas educativas e sanitárias.

Desenvolvimento

Apesar da grande disseminação, ainda é escasso e limitado o conhecimento acerca das particularidades e complicações

das arboviroses em pessoas idosas. Torna-se fundamental a organização dos serviços de saúde para fornecer maior resolutividade frente ao acelerado aumento dos números de novos casos.

Tipos de arboviroses

Atualmente, estima-se que existam, aproximadamente 545 espécies de arbovírus e que cerca de 150 destas possam causar doenças infecciosas em humanos (LOPES *et al.*, 2014), com destaque para a dengue, a chikungunya e a zika em vários países das Américas. A entrada desses vírus no Brasil, país já endêmico para a dengue, representa um grande desafio para a saúde pública, pois todos estão suscetíveis às infecções e ainda não existem antivirais específicos, tampouco vacinas para prevenção (LIMA-CÂMARA, 2016).

Todas têm se tornado importantes e constantes ameaças à saúde da população, devido às rápidas mudanças climáticas, aos desmatamentos, à migração populacional, à ocupação desordenada de áreas urbanas e à precariedade das condições sanitárias, que favorecem a amplificação e a transmissão do vírus. São transmitidas pelo sangue de pacientes virêmicos, via insetos hematófagos (LOPES *et al.*, 2014).

A dengue passou a ser formada por quatro sorotipos, atualmente designados: DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4,

todos com transmissão sustentada no Brasil. A incidência e a magnitude das epidemias com grande nível de hospitalização, bem como a capacidade de evolução para situações graves de dengue, estão associadas à cocirculação dos sorotipos. No século XXI, o Brasil lidera o ranking mundial em relatos de casos de dengue e está entre os dez países com maior risco para essa doença (BRASIL, 2016a, 2016b)

A febre de chikungunya é preocupante, pois a severa artralgia, presente em aproximadamente 100% dos casos, constitui a característica mais debilitante para o indivíduo, podendo tornar-se crônica (BRASIL, 2017). Na população idosa, a doença causa perda de função, descondicionalamento físico, diminuição de mobilidade, depressão, artrite e consequente redução na qualidade de vida (MASRI, 2014).

Por outro lado, a infecção pelo vírus da zika pode levar ao desenvolvimento da síndrome de Guillain-Barré, doença que cursa com astenia generalizada e paralisia. As manifestações clínicas mais frequentes são febre, mialgia e artralgia (OEHLER *et al.*, 2014). Nas arboviroses, as manifestações clínicas em seres humanos podem variar desde doença febril indiferenciada, moderada ou grave, erupções cutâneas e artralgia, a síndrome neurológica e síndrome hemorrágica (LOPES *et al.*, 2014).

Na dengue, os sintomas vêm seguidos de cefaleia, astenia e dor retro-orbitária. A febre de chikungunya é caracterizada clinicamente por febre e dor articular na fase aguda; em cerca de metade dos casos, existe evolução para a fase crônica (além de três meses), com dor persistente e incapacitante. Há, também, artralgia severa (dores frequentes nas articulações) de forma debilitante com prevalência em punhos, joelhos e mãos (MARQUES *et al.*, 2019).

Devido ao quadro de poliartralgia associada à limitação funcional decorrente das complicações da chikungunya, muitos pacientes necessitam de acompanhamento fisioterapêutico com o intuito de melhorar o quadro algico e a qualidade de vida. A abordagem fisioterapêutica, por meio de um programa de tratamento bem estruturado, é amplamente indicada para pacientes com doenças articulares crônico-degenerativas (OLIVEIRA; SILVA, 2017).

Acometimento de arboviroses na pessoa idosa

As arboviroses são de grande relevância para a saúde pública de todo o mundo, tendo em vista a alta incidência de infecções ocasionadas por elas. Na população idosa, essas doenças trazem maiores impactos e grande influência na perda da qualidade de vida dessa faixa etária. A associação com outras enfermidades comuns em pessoas idosas pode

intensificar a gravidade da doença, o que exige um acompanhamento médico mais rigoroso. Nesse cenário, as medidas de prevenção devem ser constantes, para reduzir ou eliminar o número de focos e de criadouros de mosquitos transmissores dessas doenças. A responsabilidade da prevenção é de todos e, para isso, a educação em saúde tem grande potencial (VIANA *et al.*, 2018).

A importância de enfatizar os idosos explica-se devido às formas mais graves das doenças acometerem principalmente esses indivíduos (FERNANDES *et al.*, 2016). Na população mais velha, as mudanças imunológicas, caracterizadas como imunossenescência, alteram o padrão de defesa frente a infecções (SAITO *et al.*, 2017). Com isso, a pessoa idosa apresenta impactos mais intensos de morbidade e mortalidade.

A presença de comorbidades em pacientes com arboviroses é mencionada como fator que determina a gravidade da doença. Doenças crônicas como a hipertensão arterial e a diabetes devem ser consideradas na abordagem terapêutica, visando a eficácia do tratamento. Portanto, é recomendável que a abordagem ao tratamento de arboviroses em idosos seja

realizada mediante rigorosa supervisão clínica em relação a comorbidades e a polifarmácia.

Educação em saúde na prevenção das arboviroses

As principais ações para prevenção das arboviroses são direcionadas ao combate do mosquito *Aedes aegypti*, por meio da educação em saúde, de forma continuada, e a visita domiciliar para eliminação de focos. Nesse sentido, é importante ampliar a educação permanente dos profissionais, os quais devem trabalhar em conjunto, e estimular a participação ativa da sociedade para a eliminação de foco e para possíveis criadouros (PATRICIA *et al.*, 2019).

Considerações finais

O curso futuro dessas arboviroses na população idosa e seu impacto ainda são um enigma a ser decifrado pelos estudiosos no decorrer do tempo. No entanto, sabe-se que é preciso preparar o campo da saúde, no intuito de fornecer uma assistência adequada a esses pacientes. Apesar da grande disseminação, ainda é escasso e limitado o conhecimento de grande parcela dos profissionais da área acerca das particularidades das arboviroses nas pessoas idosas, bem como suas complicações. Torna-se fundamental a organização dos

serviços de saúde para fornecer maior resolutividade frente ao acelerado aumento do número de novos casos.

Referências

BRASIL. *Boletim Epidemiológico*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 2017 [citado 2017 out. 23];48(5). Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/25/boletim-especial-21ago19-web.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Dengue: diagnóstico e manejo clínico adulto e criança*. Brasília; 2016a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/26/dengue-diagnostico-manejo-clinico-adulto-2013.pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo de investigação de óbitos por arbovírus urbanos no Brasil – Dengue, Chikungunya e Zika*. Brasília, 2016b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Chikungunya: manejo clínico* [Internet]. Brasília; 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya_manejo_clinico.pdf

LIMA-CAMARA, T. N. Emerging arboviruses and public health challenges in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, 36, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006791>. Acesso em: 25 Aug. 2020.

LOPES, N.; NOZAWA, C.; LINHARES, R. E. C. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. *Revista*

Pan-Amazônica de Saúde, Ananindeua, v. 5, n. 3, p. 55-64, set. 2014. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232014000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 ago. 2020.

MASRI, H. Chikungunya virus in the geriatric patient: an imported case [abstract]. *The Journal of Post-Acute and Long Term Care Medicine* [Internet]. 2015;16(3):B6 Disponível em: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(15\)00012-2/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(15)00012-2/abstract)

MARQUES, C. D. L. *et al.* Recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia para diagnóstico e tratamento da febre chikungunya. Parte 1 – Diagnóstico e situações especiais. *Revista Brasileira de Reumatologia.*, São Paulo, v. 57, supl. 2, p. s421-s437, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.05.006>. Acesso em: 12 ago. 2020.

OEHLER, E. *et al.* Zika virus infection complicated by Guillain-Barré syndrome: case report, French Polynesia, December 2013. *Eurosurveillance.* [cited 2017 Mar 17], 19(9), pii, 20720, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24626205/>

GUSMÃO, C. M. G. de; PATRIOTA, A. C. de L. S.; CARVALHO, I. de L. Aedes aegypti e arboviroses no Brasil. *Revista brasileira de inovação tecnológica em saúde*, p. 23, 17 abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.18816/r-bits.v8i3.16340>.

LOPES, N.; NOZAWA, C.; LINHARES, R. E. C. *Características gerais e epidemiológicas dos arbovírus emergentes no Brasil*. Paraná, 2014.

SAITO, C. K. *et al.* Sorologia e avaliação clínica: correlação no diagnóstico da dengue. *Revista CuidArt* [citado 2017 jan-jun. 17], v. 11, n. 1, p. 72-77, 2017.

FERNANDES, S. C. A. *et al.* Dengue, Zika e Chikungunya na perspectiva da terceira idade: um enfoque em diabéticos e hipertensos: vivência e experiência com um grupo de idosos de uma Unidade Básica de Saúde de Mossoró/RN. *Revista Extendere* [citado 2017 nov. 03], v. 4, n. 1, p. 19-26, 2016 Disponível em: <http://periodicos.uern.br/index.php/extendere/article/view/2034>

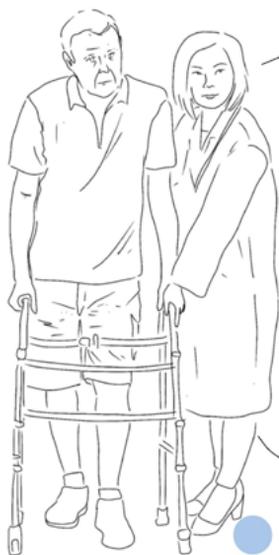
VIANA, L. R. C. *et al.* Reemerging arboviruses: clinical-epidemiological profile of hospitalized elderly patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2018; 52:e03403. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30517293/>

EIXO TEMÁTICO III

Aspectos de segurança em saúde na pessoa idosa

16 Práticas seguras no cuidado à saúde da pessoa idosa

Luciana Yumi Ue



Introdução

A preocupação com a segurança do paciente, importante dimensão da qualidade do cuidado de saúde, constitui atualmente tema de relevância crescente entre pesquisadores do todo o mundo. Os eventos adversos ocorrem em qualquer local onde se prestam esses cuidados e, na maioria das situações, são passíveis de medidas preventivas. Nesse sentido, a segurança do paciente é um componente essencial para oferecer uma assistência segura em cada ponto de cuidado.

A partir da década de 2000, a segurança do paciente entra para a agenda de pesquisadores de todo o mundo e passa a ser internacionalmente reconhecida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde. Reconhecendo a magnitude do problema da segurança do paciente a nível global, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*). O propósito dessa iniciativa foi definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente em diversas partes do mundo e contribuir para uma agenda mundial para a pesquisa no campo.

O *World Patient Safety Program*, composto por diversos países, busca definir questões prioritárias para a pesquisa na área de segurança do paciente que sejam de alta relevância para países em todos os níveis de desenvolvimento. Dentre essas, destacam-se: cuidados de saúde às mães e aos recém-nascidos; cuidados de saúde aos idosos; eventos adversos (EA) relacionados a erros de medicação; frágil cultura de segurança, voltada ao processo de responsabilização pelo erro; competências e habilidades inadequadas entre profissionais de saúde; e infecções associadas ao cuidado de saúde (OMS, 2009).

Desenvolvimento

A segurança do paciente é compreendida como a diminuição do risco de um dano desnecessário relacionado ao cuidado de saúde. Esse problema ganhou relevância a partir do reconhecimento dos erros e riscos evitáveis, os quais dificultam a melhoria da qualidade do cuidado prestado aos indivíduos (MARTINS, 2014).

Segurança do paciente e atributos da qualidade

No início do século XXI, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) passou a incorporar “segurança do paciente” como um dos seis atributos da

qualidade (Quadro 1), com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade (BAKER, 2015).

Quadro 1 – Definições dos atributos da Qualidade

Segurança*	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos, tanto para quem recebe, como para quem presta o cuidado.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: Portaria MS/GM nº 529/2013

Os incidentes associados ao cuidado de saúde – em particular, os eventos adversos (incidentes com danos ao paciente) – representam uma elevada morbidade e mortalidade em todos os sistemas de saúde, sejam de países desenvolvidos ou não. Essa questão levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) e as instituições internacionais a desenvolverem estratégias voltadas à redução de riscos e de danos no cuidado da saúde.

Segundo estimativas da OMS, cerca de um em cada dez pacientes sofre um evento adverso ao receber cuidados hospitalares; nos países em desenvolvimento, de cada 100 pacientes hospitalizados, dez irão adquirir infecções associadas aos cuidados de saúde. Cerca de 234 milhões de cirurgias são realizadas globalmente a cada ano e estima-se que 50% das complicações associadas aos cuidados cirúrgicos são evitáveis. Cerca de 20%-40% de todos os gastos com saúde são desperdiçados devido a cuidados de baixa qualidade. Estudos de segurança mostram que hospitalização adicional, custos de litígio, infecções adquiridas em hospitais, deficiência, perda de produtividade e despesas médicas custaram a alguns países US\$ 19 bilhões anualmente (OMS, 2017).

Erros médicos ocorrem em todo o sistema e podem ser atribuídos a fatores humanos e do sistema. Os incidentes adversos de segurança mais comuns estão relacionados a procedimentos cirúrgicos (27%), erros de medicação (18,3%)

e infecções associadas à assistência à saúde (12,2%) (WHO, 2017).

No Brasil, o cenário da ocorrência de eventos adversos não é diferente dos demais países. Em hospitais brasileiros, acredita-se que cerca de 67% dos erros que ocorrem podem ser evitáveis. Neste contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529 de 1º de abril de 2013, que tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, públicos e privados (BRASIL, 2013).

Figura 1 – Estratégias para Implementação do PNSP

Estratégias para Implementação do PNSP	I – elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente;
	II – promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente;
	III – inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente;
	IV – implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade;
	V – implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes;
	VI – promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual; e
	VII – articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.

Fonte: Portaria GM/MS 529/2013

Os cuidados à saúde progressivamente ganham complexidade, aumentam os riscos e, conseqüentemente, os possíveis danos aos pacientes durante o cuidado de forma

não intencional. A segurança do paciente está diretamente associada às competências individuais e coletivas e à comunicação multi e interdisciplinar na organização de saúde. A base comum para isso constitui-se de profissionais capacitados e comprometidos com a segurança do paciente (WACHTER, 2010).

Novos processos de trabalho, equipamentos, medicamentos, procedimentos e materiais, bem como a ocorrência de eventos adversos, por exemplo, exigem novas aprendizagens para melhorar a atenção aos riscos, para antecipação de situações de risco e também o preparo para a prevenção (VINCENT, 2009). Além da evolução do conhecimento e de tecnologias, a própria ciência da segurança do paciente também avança, pressupondo novas aprendizagens para prevenção de danos (JHA *et al.*, 2013).

A aprendizagem da segurança do paciente transcende o conhecimento e incorpora atitudes, comportamentos e o engajamento do profissional, para tornar suas práticas cada dia mais seguras. Com o intuito de promover esforços e um comprometimento com o cuidado mais assegurado, é importante considerar a importância dos valores subjacentes, sejam estes pessoais ou institucionais, pois deles também depende a aprendizagem de práticas seguras (BAKER, 2015)

A falha humana pode ser analisada na perspectiva da pessoa e do sistema. A análise do erro com foco na pessoa leva à culpabilização, enquanto o foco no sistema busca compreender os processos de trabalho para construir barreiras e evitar erros ou amenizar seus efeitos. Nas organizações de alta confiabilidade, que utilizam a abordagem sistêmica, também ocorrem eventos adversos, mas elas aprendem com tais situações esporádicas e aumentam a resiliência do seu sistema.

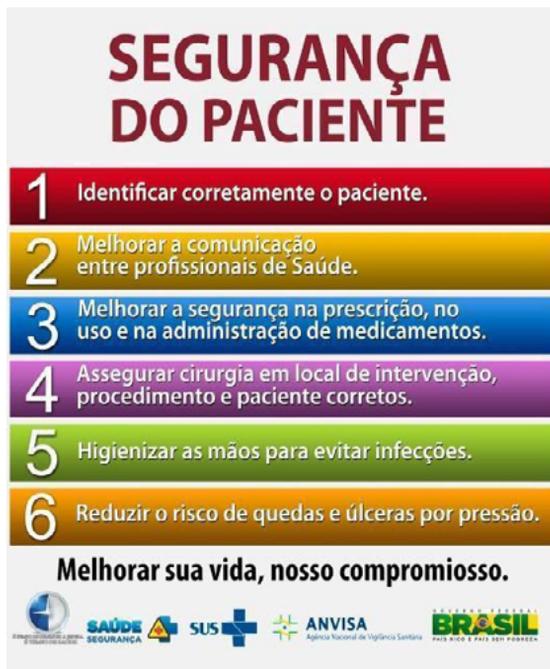
Para entregar um cuidado à saúde de confiança, a instituição deve ter um plano para melhoria que envolva todos os trabalhadores. Espera-se que os profissionais da área sejam capazes de gerenciar a complexidade dos cuidados em seu trabalho diário, prestando serviços de saúde com base em evidências e mantendo um ambiente seguro para os pacientes. A fim de criar um sistema de saúde mais seguro, é fundamental educar os profissionais de saúde sobre a segurança do paciente e capacitá-los para o desenvolvimento de competências necessárias que levem o cuidado seguro ao paciente em contextos de prática. São importantes para organizar as ações desses profissionais e, especialmente, para a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente; e devem ser aproveitadas como uma ferramenta orientadora e clara para a melhoria do cuidado a partir do ensino.

Uma cultura de segurança do paciente decorre de atitudes, atividades e valores éticos duradouros que levam à entrega segura do atendimento a ele. Mais especificamente, refere-se ao compromisso dos profissionais de saúde de minimizar o dano ao paciente, promover o bem-estar destes e dos prestadores de serviços de saúde, reduzir a probabilidade de eventos adversos e comunicar preocupações relativas à segurança. Uma cultura de segurança do paciente é criada e mantida pelo clima organizacional e pelas habilidades, pelas atitudes, pelos comportamentos e valores apropriados daqueles que trabalham na instituição.

Nesse sentido, as práticas seguras compõem um espaço necessário desde a formação até o cuidado prestado, passando pelo desenvolvimento profissional na composição da educação permanente de cada trabalhador da saúde. Esse processo perpassa desde os conhecimentos, habilidades e atitudes profissionais. Podemos iniciar as práticas seguras, desde a utilização de equipamentos de proteção individual para sua própria segurança até a dos pacientes e da população, por meio da prevenção de danos, sejam as contaminações, transmissão e, principalmente, os eventos adversos, como por exemplo: quedas, lesões por pressão, procedimento em local ou pessoa errada, troca de medicamentos ou sangue, ou mesmo procedimento errado.

Quando lidamos com idosos, é comum a associação de características cognitivas, psiconeuromotoras e biopsicoemocionais que demonstram a necessidade de personalizar as práticas seguras de segurança do paciente. É o caso das seis metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente que estão materializadas por meio dos protocolos de segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Figura 2 – Metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente



Fonte: Brasil (2013)

Segurança do paciente adaptada à situação da pessoa idosa

Esses protocolos devem ser ajustados a esse público e às suas características e suas necessidades. Podemos trazer situações comuns onde essas adaptações serão necessárias.

- A identificação do paciente idoso deve ter tamanho legível e, em caso de limitações auditivas, ser escrita ou visual;
- A comunicação deve ser audível, clara e em velocidade adequada para compreensão;
- Os medicamentos devem ser ajustados à rotina do idoso, e o uso, o mais simplificado possível, para a melhoria da compreensão e adesão;
- A avaliação de riscos, devido às comorbidades, deve ser distinta nessa faixa etária;
- Manter álcool gel sempre ao alcance, para que a prática seja seguida e lembrada;
- Orientações e lembretes das medidas preventivas que auxiliam o cuidado e a prevenção de quedas, como a vestimenta, o uso de calçados seguros e o treinamento psiconeuromotor das funções de proteção e da forma muscular;

- Orientações e lembretes para a prevenção de lesões por pressão devido a fragilidade cutânea como medidas de hidratação, nutrição e cuidados protetivos.

Quadro 2 – Recomendações voltadas para o cuidado centrado na pessoa idosa

Síndromes geriátricas	
Incontinência urinária	<p>Recomendação 7: A solicitação de micção para o tratamento da incontinência urinária pode ser oferecida a pessoas idosas com comprometimento cognitivo. (Qualidade da evidência: muito baixa; força da recomendação: condicional)</p> <p>Recomendação 8: O treinamento muscular do assoalho pélvico (PFMT), sozinho ou combinado com estratégias de controle da bexiga e automonitoramento, deve ser recomendado para mulheres mais velhas com incontinência urinária (urgência, estresse ou mista). (Qualidade da evidência: moderada; força da recomendação: forte)</p>

Risco de quedas	<p>Recomendação 9: A revisão e retirada de medicamentos (de medicamentos desnecessários ou prejudiciais) podem ser recomendadas para idosos com risco de quedas. (Qualidade da evidência: baixa; força da recomendação: condicional)</p> <p>Recomendação 10: Exercícios multimodais (equilíbrio, força, flexibilidade e treinamento funcional) devem ser recomendados para idosos com risco de quedas. (Qualidade da evidência: moderada; força da recomendação: forte)</p> <p>Recomendação 11: Após a avaliação de um especialista, modificações domésticas para remover os riscos ambientais que podem causar quedas devem ser recomendadas para idosos com risco de quedas. (Qualidade da evidência: moderada; força da recomendação: forte)</p> <p>Recomendação 12: Intervenções multifatoriais que integram a avaliação a intervenções personalizadas podem ser recomendadas para reduzir o risco e a incidência de quedas entre os idosos. (Qualidade da evidência: baixa; força da recomendação: condicional)</p>
-----------------	--

Fonte: World Health Organization (2017)

Considerações finais

O que podemos fazer para assegurar aumentar a segurança dos pacientes idosos? Ao compreender as necessidades desse público, por meio do conhecimento e da escuta ativa; ao saber que eles são mais suscetíveis a eventos adversos relacionados a medicamentos, lesões ou quedas devido às suas condições clínicas e multicomorbidades. Conhecendo os fatores que interferem na adesão aos tratamentos e às medidas preventivas,

é possível traçar um plano terapêutico colaborativo, onde o paciente pode falar de suas expectativas e necessidades, e com foco no fator dos riscos e segurança, para a prevenção de eventos adversos durante a rotina de cuidados.

Referências

BAKER, R. Patient safety changed perspectives on healthcare. In: Baker R. *Beyond the quick fix: strategies for improving patient safety*. Toronto: Institute of Health Policy, Management and Evaluation at the University of Toronto; 2015. Disponível em: <http://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2015/11/Beyond-the-Quick-Fix-Baker-2015.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. *Portaria n. 529, de 01 de abril de 2013*. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União. 2013 Abr 2

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. *Portaria GM/MS 1377/2013*. Aprova os protocolos de segurança do paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. *Portaria GM/MS 2095/2013*. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

JHA, A. K. *et al.* The global burden of unsafe medical care; analytic modelling of observational studies. *BMJ Quality & Safety*, v. 22, p. 809-815, 2013.

MARTINS, M. Qualidade do cuidado em saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.) *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 25-38

VINCENT, C. *Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos*. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009.

WACHTER, R. M. *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed; 2010.

WHO/UHC/SDS/2019. *Medication Safety in High-risk Situations*. Geneva: World Health Organization; 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Priorities for patient safety research*, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/priorities>. Acesso em: 20 jun. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Geneva: World Health Organization; 2017.

17 Comunicação efetiva na equipe de saúde

Verbena Santos Araújo

Maurício Wilson Santos Galvão

Vilani Medeiros de A. Nunes



Introdução

A prática insegura tende a persistir nos processos assistenciais e administrativos dos estabelecimentos de saúde ao redor do mundo e é um problema crescente; um em cada dez pacientes sofre algum dano enquanto recebe cuidados de saúde, segundo dados da Organização Mundial da Saúde – OMS (DONALDSON *et al.*, 2017).

Os eventos que levam a ocorrência de erros ou de acidentes adversos com consequências danosas para pacientes e instituições de saúde têm sido evidenciados constantemente, principalmente pelos profissionais de saúde quando se deparam com situações repentinas, inesperadas e que exigem atuação rápida dos membros da equipe, por exemplo, em paradas cardiorrespiratórias, quedas em idosos, entre outras, devido à falta de compreensão da atuação de cada profissional neste tipo de atendimento (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Estudos realizados no Brasil, em Portugal e na Espanha trazem resultados alarmantes que denotam a incidência de 7,6%, 11,1% e 8,4%, respectivamente, de pacientes que

sofreram algum tipo de dano resultante de um evento adverso (EA) que poderia ser evitado. Dados publicados no *Segundo Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil*, em 2018, apontaram que os hospitais públicos e privados do país registraram, em 2017, seis mortes a cada hora, decorrentes de EA graves (COUTO *et al.*, 2018).

Estratégias e programas devem ser criados para minimizar os efeitos negativos dessas práticas inseguras a fim de reduzir erros e garantir segurança aos pacientes. As seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente são exemplos desses programas e foram criadas pela OMS junto da *Joint Commission International* (JCI), com o objetivo de promover melhorias específicas na segurança do idoso, apresentando soluções baseadas em evidências. A Meta 2 – “Melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais de saúde” – tem por objetivo desenvolver uma abordagem técnico-científica para aprimorar o diálogo entre os prestadores de cuidado, estabelecendo uma comunicação efetiva, oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor (BRASIL, 2014). A finalidade dessa meta é justamente reduzir ao máximo a ocorrência de erros que estejam relacionados às falhas de comunicação, que prejudiquem, de forma direta ou indireta, o cuidado e a saúde do paciente, assim, resultando na melhoria da segurança do mesmo (BRASIL, 2014).

Desenvolvimento

O processo de comunicação em si é complexo e dinâmico e está intimamente ligado à cognição humana. Dá-se início a partir de um estímulo que esteja estreitamente relacionado ao atendimento de uma necessidade imediata (dúvidas, interesse por informações, alívio de angústias, incertezas etc.), cujo retorno ocorre a partir de elementos construtivos. Desses, os mais utilizados pelos autores são: o *emissor* é o agente que envia a mensagem, iniciando o processo, ou seja, aquele que deseja ter sua necessidade imediata atendida; *receptor* é o que recebe, interpreta e traduz a mensagem; a *mensagem* é aquilo que se transmite e deverá ser interpretada da mesma forma tanto pelo emissor quanto pelo receptor, para que seja de fato compreendida; o *canal* é o recurso pelo qual as mensagens serão transmitidas e atingem os órgãos dos sentidos do receptor; a *resposta* é o retorno enviado pelo destinatário ao remetente, ou seja, é a aprovação de que recebeu a mensagem; e, por fim, o *ambiente* no qual se efetiva a comunicação e é o contexto em que ocorre a interação (GOMES *et al.*, 2018).

As falhas de comunicação podem ocorrer justamente entre esses elementos construtivos, que, por motivos diversos, impedem um retorno positivo, implicando em decodificações inadequadas das mensagens. Vários fatores podem influenciar no entendimento entre os pares. Em instituições de saúde,

isso resulta em problemas sérios, que podem tanto prejudicar o paciente quanto comprometer o processo de trabalho como um todo, levando a instituição a encarar, às vezes, inquéritos judiciais, por erros evitáveis.

É importante considerar alguns aspectos, como a complexidade do cuidado, a diversidade na formação profissional, o efeito da hierarquia da instituição, o número inadequado de profissionais, as limitações inerentes ao desempenho humano como fadiga, estresse, distrações e capacidade limitada de realizar tarefas múltiplas, entre outros problemas que afetam a qualidade do trabalho e interferem significativamente no processo de construção da comunicação eficaz.

Pequenos erros em anotações importantes de saúde, bem como em prescrições médicas ou de enfermagem, letras incompreensíveis e falta de legibilidade por rasuras ou uso de corretivos nas informações podem influenciar na comunicação, gerando dúvidas ou até mesmo incompreensão, compreensão equivocada ou errônea. As passagens de plantão sem rigor ou de forma desordenada, bem como o uso de agentes comunicantes pouco adequados ao processo de trabalho, também podem interferir de maneira negativa no cuidado do paciente.

Segundo Clanton *et al.* (2018), a comunicação eficaz entre os profissionais é de fundamental importância para o cuidado seguro e eficiente em todos os níveis de atenção à saúde, principalmente em serviços complexos e que envolvem múltiplos profissionais. Logo, a falta de processos de comunicação integrados entre os responsáveis pelo cuidado é um fator que contribui para as falhas durante a realização dos cuidados, ocasionando problemas no resultado final, podendo resultar em EA, muitas vezes irremediáveis, porém, possíveis de serem prevenidos.

Sendo a comunicação um meio para a promoção do cuidado seguro, torna-se imprescindível a adoção de ações que possibilitem a abertura na comunicação, a sistematização do retorno da informação mediante comunicação do erro, além do estímulo à notificação de erros adversos, entre outras medidas eficazes de segurança, para o fortalecimento da comunicação, dimensão fundamental para a segurança do paciente (BATISTA *et al.*, 2018).

Segundo a Anvisa (BRASIL, 2013), a comunicação efetiva, durante a transferência de cuidados, é necessária para a segurança do cuidado prestado aos pacientes. Porém, no Brasil, essa habilidade efetuada entre os profissionais de saúde ainda é muito crítica, embora sua melhoria seja uma das metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente, principalmente

no que se refere às prescrições verbais, informações de resultados de exames, interlocução entre equipes médicas, de farmácia e de enfermagem. Infelizmente, os aspectos negativos oriundos da comunicação ineficaz podem gerar suspensão de procedimentos, reações adversas a medicamentos, entre outros incidentes, totalmente evitáveis (BRASIL, 2013).

Assim sendo, faz-se necessária a utilização de estratégias que busquem a padronização de informações sobre o paciente, as quais tornam-se essenciais para manter condutas positivas, a fim de minimizar os erros decorrentes de uma comunicação equivocada. Uma dessas estratégias é denominada SBAR (Situação; *Background* – história prévia; Avaliação; Recomendação), metodologia bem sedimentada que oferece toda a estrutura necessária para que haja um perfeito processo comunicativo entre os profissionais ocorra de forma eficiente, permitindo a continuidade do tratamento sem perdas, interrupções ou inadequações. Estudos demonstram que a adoção da ferramenta SBAR pode auxiliar na diminuição considerável de EA oriundos de comunicação ineficaz, contribuindo, assim, diretamente na melhoria de atitudes de segurança incrementadas, pois trata-se de uma metodologia padronizada de passagem de plantão e/ou informações e que é válida para uma habilidade comunicativa entre a equipe (THING *et al.*, 2017).

O quadro a seguir apresenta, de maneira simplificada, o significado da ferramenta: SBAR (Situação; *Background* – história prévia; Avaliação; Recomendação):

S	Situação	O que está acontecendo com o paciente? Identifique-se / Identifique a unidade do paciente / Explique resumidamente o problema / Qual é, quando aconteceu ou iniciou e qual a sua gravidade / Determine a causa da sua preocupação.
B	Background – história prévia	Qual é o contexto e o histórico clínico? Forneça informações pertinentes dos antecedentes relacionados com a situação, que podem incluir: diagnóstico de internação, data de admissão, lista das medicações em uso, alergias, sinais vitais mais recentes, data e hora em que foi realizado qualquer exame laboratorial e os resultados dos exames anteriores para comparação e resumo do tratamento até o momento.
A	Avaliação	O que mudou? Informe qual problema você considera que se trata: mudanças que ocorrem em relação à avaliação anterior, a condição do paciente instável ou se agravando etc.
R	Recomendação	O que eu faria para corrigi-lo? Informe qual a sua recomendação ou solicitação: tratamentos específicos, exames necessários, o paciente precisa ser avaliado agora?

Fonte: Autoria própria

Essa metodologia oferece toda estrutura necessária para o desenvolvimento de uma comunicação eficaz dos profissionais de saúde sobre o estado do paciente, tornando possível antecipar os próximos passos e alterar, se preciso, o seu modelo

mental, minimizando, assim, os eventuais problemas de comunicação que possam produzir erros. Em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), o SBAR pode ser bastante útil, pois, não sendo instituições hospitalares, por vezes requerem contato com o médico da instituição, que pode ficar de sobreaviso, exigindo assim total segurança na troca de informações, para evitar possíveis incoerências e inconsistências na comunicação.

O SBAR instiga o desenvolvimento do pensamento crítico, ofertando as informações essenciais para o cuidado do paciente, buscando minimizar a ocorrência de erros. Embora seja uma ferramenta simples, potencializa a comunicação entre a equipe multidisciplinar, levando informações concisas e claras mediante a necessidade a ser atendida, reduzindo a ocorrência de erros.

Vejamos, a seguir, um exemplo de comunicação em saúde, antes e depois de utilizar o método SBAR, respectivamente.

Antes de utilizar o SBAR:

“Bom dia, Doutor. O Sr. Antônio sentiu-se mal e acabou de cair da sua própria altura. Ele estava andando no corredor e fez um bom desjejum. Não sei o que de fato aconteceu, mas ele está desacordado faz alguns minutos. Já chamei o SAMU.

Ele foi submetido a uma ressonância magnética ontem, mas não houve intercorrências”.

Depois de utilizar o SBAR:

S Situação	Bom dia, Doutor. Aqui é a enfermeira X da ILPI Y e estou acompanhando o Sr. Z. Ele apresentou tontura e sudorese após deambular pelo corredor e caiu da sua própria altura há cerca de cinco minutos.
B Background- história prévia	Ele tem 89 anos, é diabético, hipertenso e acometido por doença de Parkinson, já fraturou o fêmur há dois anos e faz uso de andador.
A Avaliação	Realizei os primeiros socorros e já acionei o SAMU, no entanto, minha preocupação é que ele tenha batido a cabeça e sofrido uma nova fratura. Ficou desacordado por alguns minutos, porém agora encontra-se consciente e orientado.
R Recomendação	Seria importante que o senhor viesse aqui imediatamente.

Fonte: Autoria própria

Considerações finais

A comunicação efetiva é uma das principais metas a serem alcançadas pela equipe interdisciplinar. Por meio dela é possível proporcionar um ambiente de trabalho harmonioso, com assistência livre de danos em qualquer instituição de saúde. Nesse sentido, sua otimização torna-se um desafio, por ser

uma ferramenta fundamental para um bom desenvolvimento do trabalho entre os profissionais, sendo também o elo de interação entre a equipe interdisciplinar e o paciente.

Assim, utilizar uma comunicação breve e concisa, com informações de importância crítica transmitidas em uma estrutura organizada, ajuda a desenvolver as habilidades de pensamento crítico, melhorando o processo de cuidado sem perdas no processo comunicativo. Dessa forma, o treinamento dos profissionais quanto a esse processo gera maior confiabilidade e segurança no que se transmite, contribuindo para a tomada de decisões.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Brasília, DF: Anvisa, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília, DF: ANVISA; 2014.

BRASIL. *Portaria Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013*. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 27 jul. 2020.

BATISTA, J. *et al.* Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 40, n. spe, 2019. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200403&lng=en&nrm=iso. access on 11 Aug. 2020. Epub Jan 10, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180192>

CLANTON, J. *et al.* Effective handoff communication. In: FIRSTENBERG M. S., STAWICKI S., (ed.) *Vignettes in patient safety*. London: IntechOpen; 2018. v. 2, p. 25-44. doi: <https://doi.org/10.5772/intechopen.69747>.

COUTO, R. C. *et al.* Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS. II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil. Belo Horizonte. 2018 [citado em 2018 ago. 11]. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>

DONALDSON, L. *et al.* Medication without harm: WHO's Third global patient safety challenge. *Lancet*. 2017 [citado em 2018 maio 10], 389:1680-1. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673617310474?via%3Dihub>

GOMES, C. O. *et al.* *Semiotécnica em Enfermagem* [recurso eletrônico] / organizador Nascimentoes – Natal, RN: EDUFRN, 2018. p. 431: il., PDF; 13,6 MB.

NOGUEIRA, J. W. da S.; RODRIGUES, M. C. S.. *Comunicação Efetiva no Trabalho em Equipe em Saúde: Um Desafio para a Segurança do Paciente. Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 20, n. 3, set. 2015. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016/26245>. Acesso em: 17 set. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>.

TING, Wuan-Hua, *et al.* The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* [Internet]. [cited 2019 Jun 15]; v. 56, p. 171-174, 2017. Available from: https://www.researchgate.net/publication/316674002_The_impact_of_situation-background-assessment-recommendation_SBAR_on_safety_attitudes_in_the_obstetrics_department.

18 Manejo da prescrição, uso e administração de medicamentos em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)

Thiago da Silva Bezerra
Izabel Cristina S. do Nascimento



Introdução

O envelhecimento traz consigo os desafios para a manutenção da qualidade de vida dos idosos, favorecendo a ocorrência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), como as cardiovasculares, as respiratórias, as neoplásicas, entre outras (ALMEIDA *et al.*, 2017). Nesse contexto, é comum a utilização de diversos medicamentos, no entanto, devido às mudanças decorrentes da senilidade, a resposta aos fármacos pode ser alterada significativamente, tornando os idosos mais vulneráveis aos riscos destes (ASSIS *et al.*, 2016).

Segundo Nascimento *et al.* (2017), o uso regular de cinco ou mais medicamentos é considerado polifarmácia. Esse fenômeno tende a acarretar desfechos indesejáveis na saúde da pessoa idosa; entre eles, pode-se citar o alto risco da incidência de interações medicamentosas, principalmente por remédios inapropriados, o qual possibilita um elevado risco para o surgimento de efeitos adversos e uma baixa eficácia do tratamento. Além disso, há ocorrências de outros problemas, como a redução da capacidade funcional, declínio cognitivo, iatrogenias medicamentosas, hospitalizações frequentes e até mesmo óbito (MARIN, 2010).

Atualmente, um dos eixos relacionados à segurança do paciente está refere-se à prescrição, ao uso e à administração de medicamentos. Esse tema gerou diversas discussões em todo o mundo, pois é considerado um problema de saúde pública e está diretamente associado ao aumento da mortalidade da população idosa, e, conseqüentemente, ao aumento dos custos nas instituições devido às falhas nos processos e procedimentos durante a utilização dos fármacos (ABREU, 2015).

No cenário das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), a administração de medicamentos é uma prática que deve ser realizada com cuidado e é de grande responsabilidade das equipes multiprofissionais que prestam serviços a esta população. Os erros decorrentes da terapia medicamentosa apresentam potenciais prejuízos e desfechos negativos devido às falhas nas etapas da ministração dos fármacos em pessoas idosas, seja na prescrição, na dispensação, na preparação, na administração ou no monitoramento. Tudo isso acaba resultando em falhas nos cuidados direcionados ao idoso (GUSSO, 2019; ABREU, 2015).

Entre os residentes de ILPI, características importantes são apresentadas, como o aumento de sedentarismo, a perda de autonomia e a ausência dos membros da família, fatores que colaboram para o aumento das prevalências das morbidades

relacionadas à autonomia do idoso, sendo necessário, muitas vezes, um cuidado especializado, com exames regulares e uso constante de medicamentos (INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS, 2018).

Percebe-se, dessa forma, a necessidade de adotar estratégias para melhorar a segurança da pessoa institucionalizada, de modo a reduzir a ocorrência de possíveis eventos adversos (EA) no processo de cuidar, bem como promover um envelhecimento saudável. Tais estratégias devem focar em políticas de prevenção, como a criação de protocolos, a sistematização da assistência, a organização dos setores, a comunicação efetiva, a educação continuada da equipe, entre outras, as quais contribuem significativamente para a garantia do bem-estar dos idosos (SILVA *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, pretende-se com este capítulo expor estratégias para prescrição e administração segura de medicamentos nas ILPI, direcionadas tanto à equipe de saúde como também ao profissional prescritor, isto é, o médico.

Desenvolvimento

A polimedicação é algo comum em pessoas idosas, decorrente, por vezes, de cascatas de prescrições, as quais resultam em seu acúmulo, devido, por exemplo, à existência de multimorbidades, o que pode causar prejuízos à saúde

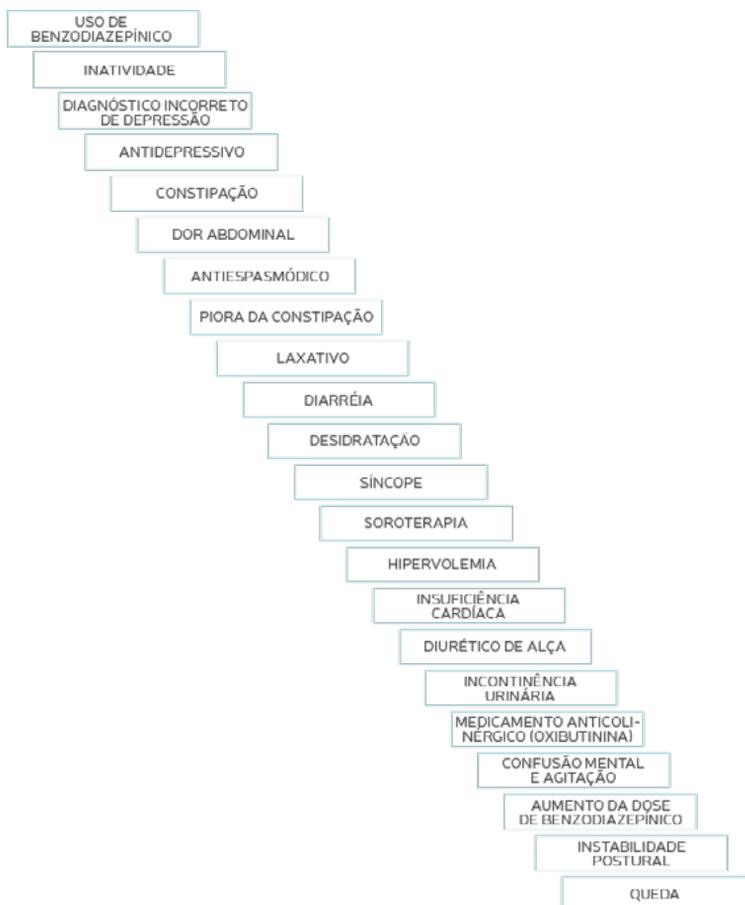
desses indivíduos por conta da falta de benefícios clínicos dos medicamentos receitados, de reações adversas, da má adesão terapêutica, entre outros fatores (MARTINS, 2013). Isso pode levar a cascata iatrogênica, como visto a seguir.

Cascata de prescrições

Conforme Nascimento *et al.* (2017), a cascata iatrogênica é definida a partir do momento em que uma reação adversa de uma droga é interpretada como nova entidade clínica, sendo tratada com novo medicamento.

Assim, evidenciam-se situações de risco, às quais diversos idosos estão expostos, e as falhas no processo de terapia medicamentosa. Ressalta-se a necessidade da adoção de práticas seguras de prescrição de medicamentos, a ampliação do olhar para as mudanças na organização do processo de trabalho e a sensibilização dos profissionais envolvidos.

Figura 1 – Cascata de prescrição



Fonte: UNASUS (2019)

Estratégias direcionadas à equipe

As discussões acerca da assistência à saúde da pessoa idosa institucionalizada devem ser realizadas por todos os membros das equipes multidisciplinares e têm como objetivos proporcionar um envelhecimento saudável, diminuindo riscos, promovendo saúde com medidas de proteção e prevenção, dando-a sentimento de satisfação e qualidade de vida. Nesse contexto, devem ser realizadas estratégias voltadas para a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, as quais estão listadas a seguir:

- A prática dos nove certos (idoso certo, droga certa, via certa, dose certa, hora certa, anotação certa, ação certa, forma/apresentação certa e resposta certa (monitoramento de eventos adversos – farmacovigilância)).
- Seguir o protocolo de higienização das mãos e de identificação da pessoa idosa.
- Informar ao idoso quais medicamentos serão administrados e quais suas reações adversas.
- Atentar para interações medicamentosas e possíveis reações inesperadas.
- Dupla checagem – por dois profissionais,

principalmente nos medicamentos potencialmente perigosos e de alta vigilância.

- Comunicação eficiente entre as equipes.
- Local adequado para o preparo das medicações.
- Checar medicações com embalagens e nomes parecidos e verificar seus prazos de validade.
- Armazenamento adequado e identificação clara.
- Separar a medicação de cada idoso para evitar erros na administração.
- Caso o idoso deixe de residir na ILPI, ele deverá levar consigo o restante da sua medicação.
- Registrar adequadamente a omissão de doses de medicamentos e comunicar ao enfermeiro.
- Registrar caso o idoso não queira tomar a medicação.
- Caso haja fracionamento da medicação na ILPI, deverá ser anotado numa etiqueta acoplada ao invólucro do fracionamento:
 - a. número do lote;
 - b. data de entrada e de saída;
 - c. prazo de validade;
 - d. data da dispensação;

- e. nome da medicação;
 - f. dosagem;
 - g. carimbo do profissional responsável.
- Após o fracionamento, as embalagens primárias fracionáveis remanescentes devem retornar para a embalagem original correspondente.
 - Com relação aos medicamentos que necessitam de refrigeração, ressalta-se a importância de as ILPI possuírem uma geladeira destinada exclusivamente a esta finalidade, evitando-se colocar, em um mesmo refrigerador, medicamentos junto de alimentos, por exemplo. Nesse caso, é preciso adotar um mapa de registro diário de controle da temperatura (máxima e mínima).
 - Programas de Educação.
 - Supervisão contínua do enfermeiro de sua equipe.
 - Registrar incidentes e notificar ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) ou à Gerência de riscos.

Estratégias direcionadas aos profissionais médicos

- Os idosos que utilizam cinco ou mais medicamentos deverão passar por uma revisão rigorosa para avaliar se algum deles pode ser suspenso ou ter sua dose reduzida.
- Priorizar quais medicações são as mais importantes para estabelecer a qualidade de vida do idoso.
- Considerar o potencial para abstinência de cada medicamento.
- Quando houver dois ou mais problemas de saúde, deve-se buscar usar uma medicação que sirva para os mesmos propósitos.
- Na polifarmácia, deve-se colocar um alerta nos prontuários dos idosos que fazem uso de vários medicamentos que possuem efeitos com cargas cumulativas de efeitos adversos, como hipotensão, hemorragia etc.

Considerações finais

A segurança da pessoa idosa institucionalizada depende do gerenciamento de riscos relacionados à terapia medicamentosa,

no qual se verifica a necessidade de prevenir e identificar os eventos adversos a medicamentos por meio de capacitações realizadas pelos profissionais. Estes precisam estar preparados a fim de intervir com base em suporte científico qualificado, de forma a garantir que o uso das medicações seja seguro.

A notificação dos erros ou reações adversas a medicamentos é essencial e tem como objetivo a redução dos danos e a adoção das medidas de segurança apresentadas. O uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) deve ser estimulado pelas equipes de saúde e de cuidadores das ILPI, pois é um instrumento que contribui para a organização do processo de trabalho dessas equipes e para a otimização de ações que possibilitem uma avaliação integral da saúde da pessoa idosa, especialmente no que se refere à prescrição e à administração de medicamentos.

Conclui-se, portanto, que o trabalho da equipe de saúde é essencial para que os fatores causadores de erros no processo de preparo das medicações sejam mitigados a partir das estratégias para a redução da polifarmácia e a elaboração e a aplicação das medidas preventivas.

Referências

ALMEIDA, N. A.; REINERS, A. A. O.; AZEVEDO, R. C. S.
et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre os

idosos residentes na comunidade. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 143-153, jan/fev 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160086>.

ASSIS, D. L.; CHAGAS, V. O; VALENTE, M. *et al.* Polifarmácia e uso de medicamentos inapropriados em idosos institucionalizados: lições ainda não aprendidas. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 10, n. 3, p. 126-133, 2016. Disponível em: DOI: 10.5327/Z2447-211520161600020.

NASCIMENTO, R. C. R. M; ÁLVARES, J; GUERRA JUNIOR A. A. *et al.* Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 51, Supl 2, 19s, 2017.

CARVALHO FILHO, E. T. *et al.* Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. (org.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 60-70.

GUSSO, G.; POLI NETO, P. Polifarmácia. In: GUSSO G.; LOPES, J. M. C. (org.). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed. v. 2, 2019. p. 809-825.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS. Polifarmácia: quando muito é demais? [Internet]. *Boletim ISMP Brasil*, 8(1), p. 1-6, 2018. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/01/Polifarm%C3%A1cia-Quando-Muito-%C3%A9-Demais.pdf>. Acesso em: jul. 2019.

SILVA, M. V. R. S; FILHA, F. S. S. C; BRANCO, T. B. Administração de medicamentos: erros cometidos por profissionais de enfermagem e condutas adotadas. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (REUFMS)*, v. 8, n. 1, p. 102-115, jan./mar. 2018. Disponível em: 10.5902/2179769225686.

19 Higienização das mãos na prática do cuidado à pessoa idosa

Riane Tavares Ursulino

Tatiana de Medeiros C. Mendes

Larissa de Albuquerque Costa



Introdução

A prevenção e o controle das infecções relacionadas à assistência e ao cuidado à saúde ainda constituem grandes desafios da medicina atual. Nesse cenário, a lavagem apropriada das mãos é uma medida simples; porém, é uma atitude relevante e eficaz na prevenção da contaminação de objetos e na transmissão de infecções entre as pessoas.

A higienização das mãos é amplamente reconhecida como uma das principais estratégias para a prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS (PRICE *et al.*, 2018). Vários microrganismos podem ser transmitidos pelas mãos dos profissionais de saúde e cuidadores, e, juntamente com esses patógenos, doenças contagiantes e algumas vezes fatais para a pessoa idosa, como diarreia, influenza A (H1N1), doença do vírus ebola, hepatite A, escabioses, entre outras.

Recentemente, a humanidade foi surpreendida com a pandemia causada pelo novo coronavírus (Covid-19), e, mais do que nunca, o ato de higienizar as mãos está sendo usado para impedir a transmissão de uma doença até então desconhecida

pelo mundo (OLIVEIRA; LUCAS; IQUIAPAZA, 2020). É importante destacar a publicação da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, como um marco para a melhoria da segurança do paciente no Brasil. Esta constitui ações que visam serviços de saúde seguros, além de protocolos básicos nacionais de segurança do paciente, incluindo o de Práticas de Higienização das Mãos (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

No entanto, apesar da sua importância, a adesão à higienização das mãos ainda é considerada baixa nos serviços de saúde (LLAPA-RODRÍGUEZ *et al.*, 2018). O aumento da adoção dessa prática pode ser alcançada por meio da implantação da estratégia multimodal da Organização Mundial de Saúde (OMS), que prevê cinco componentes: disponibilização da preparação alcoólica no ponto de assistência, além de pia/lavatório, sabonete líquido e água; capacitação dos profissionais; observação das práticas de higienização das mãos e retorno de indicadores de adesão à equipe; lembretes e cartazes no local de trabalho; e estabelecimento de um clima de segurança, com apoio expresso da alta direção e líderes dos serviços de saúde (BRASIL, 2018).

A prevenção e controle de infecções devem estar presentes não apenas na prática diária das instituições hospitalares, mas também na rotina diária de outras as instituições extra

hospitalares, entre elas, as Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI). Com o aumento da demanda por ILPI, ocasionada pelo crescimento progressivo do número de idosos, muitas vezes estes ficam expostos a maiores riscos relacionados a inadequadas condições de estrutura física, recursos humanos e assistenciais, sendo fundamentais as medidas de prevenção e diminuição dos riscos à saúde (CAVALCANTE *et al.*, 2016), entre as quais está a higienização correta das mãos.

Diante do exposto, considerando o crescimento da procura pelas ILPI, bem como a vulnerabilidade dos idosos institucionalizados, torna-se fundamental discutir a importância e divulgar informações sobre a maneira correta de realizar a higienização das mãos nessas instituições.

Desenvolvimento

São vários os fatores que interferem direta e indiretamente na segurança do cuidado nas ILPI, como as boas práticas de higienização das mãos, que não se restringem ao ambiente hospitalar (OPPERMANN; CAREGNATO; AZAMBUJA, 2017).

Nos últimos anos, surgiu um grande interesse na implementação da prática de higienização das mãos em unidades extra-hospitalares. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) cita a importância da correta higienização das mãos

em situações comuns nas ILPI, como na verificação de parâmetros vitais e clínicos em residentes acamados, na troca de fraldas e nos cuidados fisioterapêuticos, como os exercícios de mobilidade (OPAS, 2014).

A investigação precoce dos fatores de risco e a implementação de medidas preventivas podem contribuir substancialmente para otimizar o serviço prestado e a qualidade de vida dos idosos residentes.

A fim de fornecer subsídios teóricos aos cuidadores, à equipe multiprofissional e aos próprios idosos das ILPI, serão abordadas, de forma sintética, orientações quanto às técnicas e aos momentos básicos para a higienização das mãos, as quais deverão ser utilizadas para subsidiar ações de cuidado nessas instituições.

Formas de higienização das mãos nas ILPI

A eficácia da higienização das mãos depende da duração e da técnica empregada. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o termo higienização das mãos engloba as seguintes formas: higiene simples das mãos, higiene antisséptica das mãos e fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica, as quais serão detalhadas a seguir (BRASIL, 2010).

Higiene simples das mãos

Essa forma corresponde ao ato de higienizar as mãos com água e sabonete líquido e tem como finalidade a remoção dos microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, do suor, da oleosidade e das células mortas. A duração desse procedimento deve ser de 40 a 60 segundos (BRASIL, 2013c).

Os produtos destinados à higienização das mãos devem ser registrados na ANVISA/Ministério da Saúde para essa finalidade. Não devem ser utilizados nas mãos sabões e detergentes registrados como saneantes, os quais são destinados a objetos e superfícies inanimadas, de acordo com a RDC/Anvisa nº 13, de 28 de fevereiro de 2007 (BRASIL, 2007).

Higiene antisséptica das mãos

Essa técnica é semelhante à anterior. No entanto, o sabonete líquido comum é substituído por um sabonete associado a um antisséptico, o qual auxilia na redução da carga microbiana das mãos. A higienização antisséptica promove a remoção das sujidades e de microrganismos e tem duração de 40 a 60 segundos (BRASIL, 2013c).

Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica

A fricção antisséptica refere-se à aplicação de preparação alcoólica nas mãos, sem a necessidade de enxágue ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos. Podendo ser na forma de gel, com concentração mínima de 70%, por 20 a 30 segundos, usando a técnica apropriada, se as mãos não estiverem visivelmente sujas ou não estiverem contaminadas com secreções (OPAS, 2020).

O produto mais comumente disponível é a preparação alcoólica para as mãos, que deve estar em dispensadores fixados na parede, em frascos fixados na cama ou na mesa de cabeceira do residente, nos carrinhos de curativos e medicamentos levados para o ponto de assistência, podendo também ser portado pelos profissionais em frascos individuais (BRASIL, 2013c). É recomendado conter emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.

Momentos para higienização das mãos nas ILPI

De acordo com o fluxo de atendimento de assistência à saúde do idoso, são cinco os momentos para higienização das mãos (OPAS, 2014):

Antes de tocar o idoso

Essa indicação é determinada pela ocorrência do último contato com o ambiente assistencial e o próximo contato com o idoso, evitando assim a transmissão de microrganismos presentes no profissional responsável pelo cuidado da pessoa idosa.

Antes de realizar procedimentos limpos/assépticos

Imediatamente antes de acessar um local crítico, com risco de infecção para o idoso, a fim de evitar a transmissão de microrganismos para o residente e de um sítio anatômico para outro na mesma pessoa (contaminação endógena), assim como do ambiente assistencial para o idoso (contaminação exógena). Por exemplo, durante a verificação de sinais vitais, a troca de fraldas e curativos, a administração de medicamentos, entre outros.

Após riscos de exposição a fluidos corporais

Indicado para imediatamente após o término de procedimentos que envolvam riscos de exposição a fluidos corporais (e após a remoção das luvas), mesmo que o contato seja mínimo e não claramente visível, com sangue ou outro fluido corporal,

e antes do próximo contato com qualquer superfície, idoso ou ambiente assistencial.

Após tocar o idoso ou quando o cuidado é interrompido

Essa indicação é determinada pela ocorrência do contato com a pele íntegra ou vestuário do idoso e o contato seguinte com uma superfície no ambiente assistencial.

Após tocar superfícies próximas ao idoso

Essa indicação é determinada pelo último contato com objetos e superfícies inertes nas imediações do idoso (sem ter tocado o residente) e o próximo contato com uma superfície do ambiente assistencial. Com intuito de proteger o profissional de saúde contra a colonização por microrganismos do idoso, que podem estar presentes em superfícies e em objetos próximos ao residente, e para proteger o ambiente assistencial da contaminação microbiana e disseminação potencial.

Figura 1 – Momentos para higienização das mãos em Instituições de Longa Permanência de Idosos



Ilustração: Giulia Gabriela. Adaptado de OPAS (2014)

É importante destacar que além da implantação de medidas preventivas, é necessário o aumento da fiscalização, da supervisão e do regramento, de modo que sejam realizadas de forma contínua nos serviços, não se limitando a vistorias para emissão de licença. Desse modo, a ampliação dos setores regulados implicará a busca pela qualificação dos serviços e a diminuição das infecções, que têm impacto significativo na qualidade de vida das pessoas que utilizam esses serviços (OPPERMANN; CAREGNATO; AZAMBUJA, 2017).

Considerações finais

Diante da necessidade de prevenção e diminuição dos riscos à saúde, aos quais ficam expostos os idosos residentes em ILPI, o simples ato de higienizar as mãos mostra-se eficaz no combate a infecções, contribuindo para melhoria da qualidade da saúde da pessoa idosa.

É fundamental que as ILPI tenham um plano de ação com medidas de segurança a serem adotadas no dia a dia pela equipe multiprofissional, para manter um ambiente propício ao cuidado da saúde. Essas instituições devem oferecer uma estrutura adequada para o desenvolvimento da prática correta da higienização das mãos, buscando aumentar a adesão dos profissionais. Além da estrutura, é fundamental que haja também a disponibilização de produtos para a higienização, bem como a oferta de profissionais capacitadas para o cuidado como cuidadores, enfermeiros e médicos.

Ademais, é imprescindível que o ato de higienizar as mãos seja continuamente estimulado. Isso exige a atenção de gestores, diretores e administradores dessas instituições para o incentivo e a sensibilização de toda equipe que lida diretamente com os idosos, para ofertar e estimular a participação dos profissionais em ações de qualificação.

Espera-se que esse estudo venha a contribuir para a conscientização da importância da higienização das mãos em Instituições de Longa Permanência para Idosos, e, conseqüentemente, para o fortalecimento de uma cultura de segurança que garanta um cuidado livre de riscos aos idosos institucionalizados.

Referências

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. *Nota Técnica nº 01/2018: Orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde*. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. *RDC nº 42: dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências*. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. *RDC nº 36, de 25 de julho de 2013: institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências*. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. *RDC nº 13: aprova o regulamento técnico para produtos de limpeza e afins harmonizado no âmbito do Mercosul*. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013: aprova os Protocolos de Segurança do Paciente*. Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde*. Brasília, DF, 2013c.

CAVALCANTE, M. L. S. N. *et al.* Indicators of health and safety among institutionalized older adults. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, n. 4, p. 602-609, ago. 2016.

LLAPA-RODRÍGUEZ, E. O. *et al.* Aderência de profissionais de saúde à higienização das mãos. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 12, n. 6, p. 1578-1585, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde. *Higiene das Mãos na Assistência à Saúde Extra-hospitalar e Domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência*. Brasília, DF: OPAS, Anvisa, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. *Recomendações importantes sobre água, saneamento e higiene COVID – 19: Estabelecimentos de Saúde*. Brasília, DF, 2020.

OPPERMANN, C. M.; CAREGNATO, R.; AZAMBUJA, M. S. de. *Riscos de infecção em serviços de saúde fora do contexto hospitalar: revisão integrativa*. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*., v. 7, n. 3, p. 194-202, 2017.

OLIVEIRA, A. C. de; LUCAS, T. C.; IQUIAPAZA, R. A. *What has the COVID-19 pandemic taught us about adopting preventive measures*. *Texto Contexto Enferm.*, v. 29, e20200106, maio. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>

PRICE, L. *et al.* A Systematic Review to evaluate the evidence base for the World Health Organization's adopted Hand Hygiene Technique for reducing the microbial load on the hands of Healthca workers. *American Journal of Infection Control*, v. 46, n. 7, p. 814-823, 2018.

20 Prevenção de lesão por pressão na pessoa idosa

Luylla Astéria Maia Delmiro

Miria Mendonça de Moraes



Introdução

O envelhecimento humano envolve a soma de fatores biopsicossociais que levam o idoso a um progressivo declínio funcional, além dos riscos de agravos à saúde e da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que podem ocasionar algum tipo de incapacidade e ou dependência (SUELEN MATOS *et al.*, 2016).

Considerando as limitações impostas pelo envelhecimento, que provocam alteração do estado cognitivo, algumas famílias buscam abrigar o idoso em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) por não disponibilizarem de pessoas para cuidar dele no ambiente de sua residência. A institucionalização ocorre como alternativa para garantir os cuidados necessários, que são ofertados por uma equipe multidisciplinar e por cuidadores formais que prestam serviço remunerado e auxiliam no atendimento das necessidades dos residentes (MATOS *et al.*, 2016).

Algumas fragilidades decorrentes do processo de envelhecimento da pele e das condições peculiares de cada pessoa

podem ocasionar alterações na qualidade de vida. Um exemplo são as lesões por pressão (LPP), que podem ocorrer em idosos em situação de vulnerabilidade, sobretudo naqueles que são dependentes, que apresentam restrição de mobilidade e que possuem idade avançada. Essas lesões representam uma grande preocupação no contexto das ILPI, devido à necessidade de prevenir suas ocorrências (FIGUEIRA, 2018).

Desenvolvimento

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 283/2005 regulamenta o monitoramento e avaliação do funcionamento das ILPI. Recomenda-se avaliar continuamente o desempenho padrão das instituições relacionado a vários indicadores, entre eles, a taxa de prevalência de úlcera de decúbito (lesão por pressão) em idosos residentes (Número de idosos residentes apresentando úlcera de decúbito no mês/Número de idosos residentes no mês).

As lesões por pressão são localizadas na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, em resultado de pressão, de fricção, de cisalhamento ou de uma combinação entre essas e forças de torção (FIGUEIRA, 2018).

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG (2015), as lesões por pressão são consideradas um sério problema que afeta, em média, 23% dos pacientes idosos

acamados. Esse problema pode ser de difícil solução e, geralmente, resulta em dor, deformidades e tratamentos prolongados. Entretanto, uma assistência efetiva e individualizada pode minimizar seus efeitos deletérios e apressar a recuperação dos pacientes. Os idosos que apresentam maiores chances de desenvolver lesão por pressão apresentam alguns fatores de risco, tais como: idade avançada; imobilidade; alterações do nível da consciência ou da cognição; problemas circulatórios; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; sudorese aumentada ou diminuída; alteração da sensibilidade da pele; higiene inadequada; desnutrição ou sobrepeso; e o uso contínuo de medicamentos.

Quanto maior for a idade do idoso, maiores serão as alterações no seu corpo, podendo favorecer o aparecimento das LPP. O envelhecimento provoca espessamento e aumento das rugosidades na pele, além de reduzir a ação das glândulas que produzem a umidade e as gorduras naturais da pele. Essas alterações aumentam o atrito da pele com os tecidos da cama, facilitando o surgimento de ferimentos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015).

Doenças que causam déficits cognitivos leves ou moderados estão entre os principais fatores para o aparecimento de LPP em idosos, uma vez que elas interferem em sua capacidade de movimentação. Comorbidades como Alzheimer, acidente

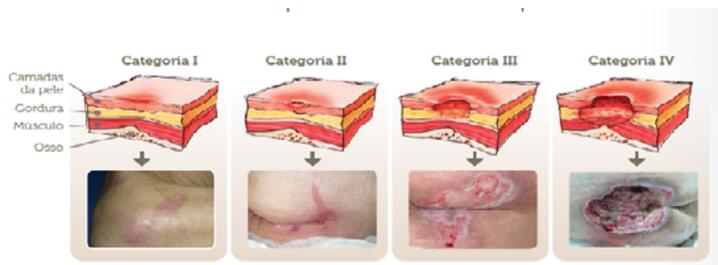
vascular cerebral (AVC) e Parkinson são apontadas como principais fatores predisponentes para o surgimento dessas lesões. Além das já apresentadas, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e acidente vascular encefálico (AVE), são condições de adoecimento que, conseqüentemente, proporcionam o aparecimento de lesões por pressão (SOUZA, 2017).

Há ainda outros fatores, como o aumento da sudorese e o ressecamento da pele. Por vezes, o excesso de roupas pode levar os idosos a suarem com mais facilidade, ocasionando o aumento da umidade e a perda da proteção natural da pele, como também a falta de lubrificação e a desidratação do local prejudicado, pois o ressecamento fragiliza e sensibiliza os tecidos da pele (FIGUEIRA, 2018).

A higiene é uma das principais ações relacionadas à saúde. Quando há a sua falta, surgem deficiências nos cuidados, o que pode ocasionar doenças e situações de risco para a pessoa idosa. O quantitativo de cuidadores é essencial nesse quesito, pois, quando há um número insuficiente de profissionais, o cuidado é prejudicado. Cuidados de higiene, como dar banho e trocar o idoso, são fundamentais para evitar o aparecimento de LPP (TOLONE, 2018).

As Lesões por Pressão são categorizadas de acordo com a extensão do dano tissular, como mostra a Figura 1:

Figura 1 – Categoria das lesões por pressão



Fonte: Guia para Cuidadores de Idosos, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2015)

- Categoria I: Apresenta pele intacta com área localizada de eritema (vermelhidão) que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, na temperatura ou na consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais.
- Categoria II: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, ou seja, a área com dano cutâneo ou tecidual é propícia para cicatrização, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e

escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo.

- Categoria III: Perda da pele em sua espessura total, na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e/ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, de músculo, de tendão, de ligamento, de cartilagem e/ou de osso.
- Categoria IV: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta de fáscia, de músculo, de tendão, de ligamento, de cartilagem ou de osso. Esfacelo e/ou escara pode estar visível. Epíbole, descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica (SOBEST, 2016).

As medidas de prevenção estão associadas aos cuidados, à promoção do bem-estar, à qualidade de vida e à saúde da pessoa idosa, mesmo na presença de doenças crônicas.

As orientações de prevenção das úlceras por pressão (UP) envolvem quatro aspectos principais:

- **Avaliação frequente** – Identificar e avaliar periodicamente indivíduos de risco para programar medidas de prevenção.
- **Higiene otimizada** – Prover e garantir medidas para a manutenção das condições adequadas para a integridade da pele, zelando pelo cuidado e evitando sobrecargas de fatores irritantes, especialmente em pacientes incontinentes.
- **Alimentação adequada** – Estimular a adequada ingestão de alimentos e líquidos, de acordo com as recomendações nutricionais para cada indivíduo.
- **Proteção contra os efeitos ambientais** – Promover a proteção da pele e dos tecidos associados contra os efeitos de fatores biomecânicos ambientais (externos): pressão, fricção e cisalhamento.

As lesões por pressão ou de decúbito constituem um problema de saúde pública e podem ser evitadas por meio de medidas adotadas sistematicamente como parte da rotina diária dos cuidadores. Se o idoso sob a cautela do cuidador já possuir úlcera causada por pressão, as orientações de tratamento deverão ser prescritas por um profissional habilitado.

No entanto, o cuidador deve manter-se atento às orientações descritas (EBSERH, 2018).

Figura 2 – Pressão, fricção e cisalhamento exercidos no corpo

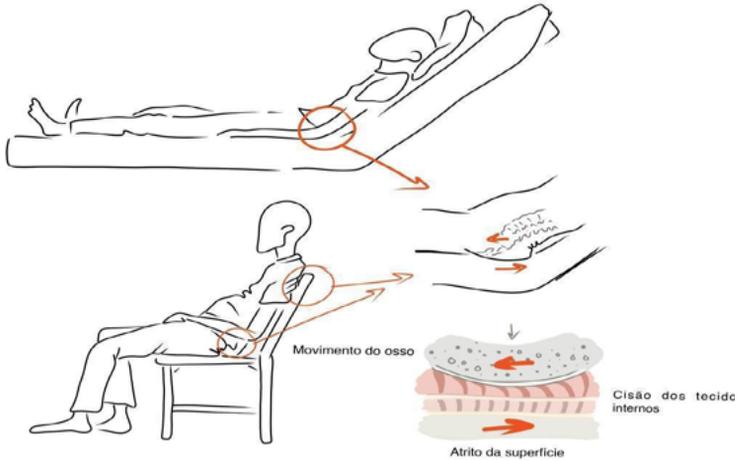


Ilustração: Giulia Gabriela

Entre as medidas preventivas, algumas são essenciais, como a identificação individualizada dos fatores de riscos para LPP, registrando e acompanhando cada alteração tecidual dos residentes em ILPI. Além disso, deve-se avaliar continuamente os resultados obtidos mediante às ações e intervenções adotadas para prevenção e/ou recuperação da lesão (SOUZA *et al.*, 2017).

Considerações finais

As lesões por pressão são um sério problema comumente identificável em pessoas idosas, sobretudo, nas mais vulneráveis, que se encontram institucionalizadas e/ou hospitalizadas. Nessa perspectiva, fazem-se medidas preventivas e protetivas, de fácil execução e baixo custo, direcionadas ao cuidado, devido sua incidência, além de relacionar-se com a condição clínica do idoso, também refletir na a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde e cuidadores.

Referências

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA – SOBEST.
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM
DERMATOLOGIA – SOBENDE. Classificação das lesões por pressão
- Consenso NPUAP 2016 - adaptada culturalmente para o Brasil.
Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>. Acesso em: 11 set.
2019.
- EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES –
EBSERH. *Protocolo de Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão*
2018. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents>. Acesso
em: 12 maio 2020.
- FIGUEIRA, T. N.; BACKES, M. T. S; KNIHS, N. D. S. Elaboração
de um guia de cuidados de enfermagem para tratamento de
pacientes com lesões por pressão. *Revista On Line de Pesquisa*
Cuidado é Fundamental, Rio de Janeiro, RJ, v. 10, n. 7, p. 322-326,
out./2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/>

cuidadofundamental. Acesso em: 4 abr. 2020.

MATOS, F. S. *et al.* Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 10, p. 3393-3401, ago. 2016.

MATOS, S. S. S. *et al.* Prevenção de Úlcera por Pressão: Saberes de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas Institucionalizadas. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, PE, v. 10, n. 11, p. 3869-3874, nov. 2016. DOI: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201607. Acesso em: 1 maio 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. *Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N° 283/2005*. Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis>. Acesso em: 21 maio 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – SBGG. *Guia para Cuidadores de Idosos*. 1. ed. Rio de Janeiro, RJ: Grupo FAVI, 2015.

SOUZA, N. R. D. *et al.* Fatores Predisponentes para a Aparição da Lesão por Pressão em Pacientes Idosos: uma Revisão Integrativa. *Revista Estima*, Recife, PE, v. 15, n. 14, p. 229-239, jul. 2017. DOI: 10.5327/Z1806-3144201700040007. Acesso em: 3 maio 2020.

TONOLE, R.; BRANDÃO, E. D. S. Recursos humanos e materiais para a prevenção. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, Recife, PE, v. 12, n. 8, p. 2170-2180, ago. 2018. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i8a235091p2170-2180-2018. Acesso em: 12 abr. 2020.

21 Cuidados para um ambiente seguro: estratégias para prevenção de quedas

Márcia Vieira de A. Caldas

Thaiza Teixeira Xavier Nobre

Vilani Medeiros de A. Nunes



Introdução

Considerando a necessidade de garantir os direitos da população idosa institucionalizada, a Resolução RDC nº 283/2005 estabelece o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), preconizando diversos fatores de responsabilidade, de análise e de observância no funcionamento dessas instituições, como a infraestrutura física, que deve garantir a segurança, a privacidade e a integridade do residente (ANVISA, 2005).

O ambiente das ILPI pode comprometer o desempenho das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), normalmente realizadas em ambiente doméstico convencional, como preparar o próprio alimento, higienizar-se, tomam outra dimensão na realidade institucional, sendo delegado a terceiros. Dessa forma, observa-se que a institucionalização compromete a autonomia e a funcionalidade do idoso ativo ao restringir as possibilidades de tarefas rotineiras que podem evitar a depressão, isolamento social e alterações cognitivas (OMS, 2005).

Desenvolvimento

É pertinente afirmar que as capacidades diminuídas da pessoa idosa devem ser compensadas por meio de um ambiente considerado ideal, capaz de viabilizar as adequações à realidade de cada idoso e promover sua independência, segurança e bem-estar (PRADO; PERRACINI, 2007).

Processo de envelhecimento humano x quedas

A manutenção da capacidade funcional e da autonomia na pessoa idosa são condições que favorecem um envelhecimento saudável e possibilitam a longevidade. Quedas e incapacidades funcionais dificultam essa expectativa de vida, estabelecem dependência de terceiros e a necessidade de cuidados especiais, que exigem maior atenção do sistema de saúde (DEL DUCA; THUME; HALLAL, 2011).

As quedas em pessoas idosas produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo graves, como fraturas, hematomas e sangramentos, que podem levar ao óbito. Além disso, a queda pode reduzir a mobilidade e levar à ansiedade, à depressão e ao medo de cair de novo, aumentando o risco de novos acidentes, sendo considerada uma importante causa de morbimortalidade e um dos principais problemas clínicos e de

saúde pública devido à alta incidência, complicações e altos custos assistenciais (ARAÚJO NETO *et al.*, 2017).

Em pessoas idosas, a queda está relacionada a fatores intrínsecos e extrínsecos. Nos primeiros estão inclusos a idade avançada, as doenças crônicas, as alterações da marcha, a falta de equilíbrio, a redução da força muscular, as medicações, os déficits cognitivos, visuais e auditivos e as questões posturais. Já os segundos são relativos a riscos ambientais, inadequações do espaço físico, como a ausência de iluminação, o piso escorregadio, a ausência de barras de apoio, entre outros. O comportamento inadequado no desempenho de tarefas, como subir em cadeiras, contribui para o aumento do risco de quedas (PINHO *et al.*, 2012; ROSA; CAPPELLARI; URBANETTO, 2019). Entre os residentes de ILPI, a maior parte desses acidentes ocorre devido aos fatores intrínsecos, enquanto os fatores extrínsecos são responsáveis pelas suas ocorrências em idosos não institucionalizados (ARAÚJO NETO *et al.*, 2017). De acordo com a RDC nº 283/2005, a queda com lesão é considerada um evento sentinela, ou seja, incidente que envolve morte, lesão ou risco físico ou psicológico, sendo dever da instituição notificar imediatamente a sua ocorrência à autoridade sanitária local (ANVISA, 2005).

As intervenções mais efetivas na prevenção de quedas são aquelas com multicomponentes, destacando-se a avaliação do

risco, a sinalização do ambiente, o agendamento dos cuidados de higiene pessoal para os idosos de risco, a verificação da medicação, a atenção aos calçados utilizados, a educação dos idosos e dos profissionais, a análise após a ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas (ALVES *et al.*, 2017).

Diante da ocorrência de queda com lesão, as instituições devem cumprir exigências em algumas esferas, tais como na estrutura física e nas estratégias de educação preventiva. Nesse sentido, recomenda-se a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que dispõe de itens destinados à avaliação ambiental e a ocorrência de quedas, auxiliando na identificação da segurança do ambiente e monitoramento desse incidente (BRASIL, 2017a).

Estrutura física dos ambientes, a importância da ambiência como aliada à humanização dos espaços e a segurança dos idosos institucionalizados

Os parâmetros ideais para o ambiente físico propício ao idoso institucionalizado estão estabelecidos na RDC nº 283/2005 e os itens relacionados à acessibilidade, na NBR nº 9050/2015 (ANVISA, 2005; ABNT, 2015). Porém, sabe-se que, além de cumprir os requisitos relacionados às dimensões

mínimas, entre outras exigências, o ambiente físico contribui como espaço socializador da pessoa idosa.

A ambiência, conceito adotado pela Política Nacional de Humanização (PNH), refere-se ao conjunto de relações estabelecidas entre o espaço físico e os sujeitos, por entender que a sua apreensão e as interações que ocorrem no ambiente físico influenciam na recuperação da saúde e na socialização. A percepção ambiental varia de acordo com a sensibilidade de cada indivíduo aos estímulos que constituem o espaço, como formas, cores, cheiros, sons, luzes e texturas, componentes que auxiliam nas dimensões subjetivas da relação de identificação com o ambiente. No entanto, o projeto arquitetônico das ILPI, muitas vezes, fica comprometido por adaptações em sua estrutura, como a necessidade de expansão, prevalecendo a funcionalidade e o dimensionamento em relação ao ambiente acolhedor com características domiciliares (BRASIL, 2017b).

Dessa forma, a integração da ambiência aos residentes, funcionários e visitantes, possibilita resultados positivos (BRASIL, 2017b). Preservar a identidade, promover a socialização e a acessibilidade são atributos da arquitetura na promoção da saúde nos espaços físicos. Valorizar as diferenças, especificidades e vulnerabilidades do idoso constituem a produção de um local humanizado e coerente com a realidade dessas pessoas.

De acordo com Villarouco, Paiva e Sobral (2016), o ambiente construído e a ambiência podem auxiliar nas percepções do espaço físico, em suas apropriações, na identidade, na integridade, nas interações sociais e na qualidade de vida dentro do ambiente institucional.

Ambiente adequado das ILPI: orientações e dicas práticas para evitar riscos de quedas

O acesso principal das ILPI deve garantir condições de acessibilidade. Nesse caso, o tipo de piso e sua manutenção, a presença de desníveis e a ausência de sinalização são aspectos estruturais relevantes nas boas-vindas à instituição. A aplicação de pisos de alerta e direcionais, para que as pessoas com baixa acuidade visual possam se orientar e locomover com segurança, deve seguir as orientações da NBR nº 16537/2016, que trata da implementação de piso tátil (ABNT, 2016).

Os trajetos até as instalações da edificação devem evitar o uso de degraus, optando por rampas, que precisam estar na inclinação adequada (8,3%). A acessibilidade precisa estar também nas larguras das portas e nos corredores, que devem conter corrimãos para apoio e espaços para paradas de descanso.

A incidência de ruídos nos ambientes pode promover a confusão mental e o desconforto no idoso, por isso, a

importância de zonestar espaços: separar a área de convívio da sala de TV, por exemplo. Caso contrário, o conflito entre as ações de socializar e de assistir a uma programação de televisão, no mesmo local, pode comprometer ambas atividades.

Os quartos e os banheiros são locais de cuidados. A autonomia do idoso na realização das Atividades da Vida Diária (AVD) pode ter como facilitadores: barras de apoio ao longo do percurso quarto-banheiro; iluminação de balizamento, devido ao uso do banheiro durante a noite; a cama não tão baixa (necessário observar a altura do idoso usuário e o tipo de espuma – a mais rígida auxilia no momento de sentar e levantar); fixação de móveis, como mesas de cabeceira e armários, pois garante maior estabilidade e evita riscos de tombos, caso o idoso os utilize para apoio; móveis com quinas vivas devem ser evitados, utilização de protetores de silicone ou com as bordas arredondadas; fios presos, fixando ventiladores e abajures nas paredes, de preferência com a fiação embutida.

A RDC nº 283/2005 determina a integração do quarto, que pode ser coletivo, com o banheiro. Para isso, devem permanecer os cuidados com a segurança do ambiente, desde o percurso que conduz ao ambiente até a escolha dos materiais. Além da RDC, a norma ABNT nº 9050/2015 apresenta as

exigências e recomendações quanto ao dimensionamento e quais os ambientes necessários para compor uma ILPI.

Quadro 1 – Questionário para avaliação dos ambientes externo e interno das ILPI segundo NBR nº 9050/ABNT e RDC nº 283/2005

Externo		
Ambiente	Pergunta	Orientações
Calçada externa	Possui desníveis na faixa de circulação de pedestres?	Utilização de rampas com inclinação adequada (suave). Buscar orientação na prefeitura local sobre as leis urbanísticas vigentes no município.

Interno		
Passeios internos/ circulação	Piso regular, sem buracos e antiderrapante?	Caso exista longos percursos, a recomendação é inserir corrimãos e espaços de descanso para que não obstrua a circulação.
	A iluminação é suficiente?	Em passeios externos, a iluminação de balizamento ao longo do caminho pode contribuir para a orientação e complementar a iluminação geral existente.

Rampas	A largura e a inclinação da rampa atendem às especificações das normas ABNT 9050/2015 e RDC 283/2015?	A inclinação adequada e a largura exigida de 1,20m das rampas permitem a autonomia do usuário. Esses parâmetros garantem a segurança e o conforto dos usuários.
	A rampa existente tem corrimãos de ambos os lados e com duas alturas diferenciadas?	É importante seguir as especificações da norma ABNT 9050/2015, segundo a qual, em escadas e degraus, é permitida a instalação de apenas um corrimão duplo e com duas alturas, a 0,92m e a 0,70m do piso, respeitando a largura mínima de 1,20m, em ambos os lados.
	Existe uma parada (patamar) na mudança de sentido? Existe uma parada (patamar) na mudança de sentido?	Uma rampa não garante uma acessibilidade plena se a pessoa não puder utilizá-la com autonomia. Por esse motivo, consultar a inclinação recomendada pela norma ABNT 9050/2015 garante uma execução que atenderá às diversas necessidades.
Portas largas	Os vãos livres das portas atendem à especificação da RDC 283/2015, na medida de 1,10m?	A RDC 283/2015 exige o vão livre de 1,10m para facilitar a circulação.

Dormitórios	Há interruptores de acionamento de lâmpadas próximos à entrada e ao lado das camas?	A localização dos acionadores de iluminação deve ser de fácil acesso. Ao precisar se levantar, o idoso deve ter facilidade para encontrar esses dispositivos.
	A iluminação é suficiente para a área de circulação, indicação das saídas e acesso ao banheiro?	É recomendado acrescentar novos pontos de luminosidade, pois a iluminação direcionada previne acidentes. Evite o uso de extensões ou fios soltos para abajures, prefira modelos fixos a parede, do tipo arandela.
	As maçanetas são de fácil manuseio?	A utilização do modelo tipo alavanca, pode ser manipulado facilmente, portanto, não é recomendado o modelo tipo bola. Este item deve ser observado nos demais ambientes.
	A altura da cama é compatível ao perfil do usuário?	A altura da cama deve ser avaliada quando o idoso estiver sentado confortavelmente, para a altura que deve ser, em média de 45cm. Observar a estatura do residente e a maneira como ele acessar o móvel nessa atividade.
	A altura dos móveis permite ao idoso alcançar os cabideiros, as gavetas e as prateleiras aos pertences?	Os objetos de uso diário devem estar acessíveis, e, para isso, é preciso ajustar a altura deles de acordo com a estatura do idoso (observar o idoso com braço estendido). O uso de banquinhos ou degraus para auxiliar nessa tarefa deve ser abolido.
	O quarto e circulação para os banheiros possuem luz de vigília e campainha de alarme?	A RDC 283/2015 exige esses tipos de dispositivos para auxiliar na segurança e no conforto dos pacientes.

Banheiros	O vaso sanitário tem altura entre 43cm e 45 cm?	A altura do vaso sanitário fora do padrão convencional permite a acessibilidade.
	O tipo de piso e o de revestimentos possuem brilho? Existe algum desnível no piso existente?	Recomenda-se revestimentos com acabamento acetinado ou natural para este tipo de ambiente, pois a área molhada pode potencializar acidentes. O uso de tapetes antiderrapantes pode solucionar as diferenças de nível entre o box e o piso geral. Nesse caso, o tapete deve contemplar a extensão do box para garantir o nivelamento.
	Há barras de apoio na lateral e nas costas do vaso sanitário?	A distribuição de barras indicada pela norma ABNT 9050/2015 garante a possibilidade de apoio e auxílio no acesso ao vaso sanitário.
	As torneiras são facilmente acionadas?	Substitua pelo modelo tipo alavanca.
	As dimensões dos boxes de chuveiro estão adequadas?	Muitas vezes, o idoso precisa do auxílio de um cuidador para a higienização; por isso, deve-se seguir a recomendação das dimensões mínimas dos boxes de chuveiros de 0,90 m x 0,95 m, área que possibilita a realização dessa rotina com segurança. Ao utilizar a cadeira de rodas, deve-se verificar as dimensões na norma ABNT 9050/2015, conforme os tipos de transferências necessárias (frontal ou lateral ao vaso sanitário).

Sala para atividades coletivas e sala de convivência	O ambiente é arejado e com iluminação natural?	A ventilação cruzada e a iluminação natural permitem a troca de odores, ameniza a temperatura e economiza energia.
	O mobiliário existente permite o levantar e o sentar sem auxílio?	A altura das poltronas e dos sofás deve atender a média de 45 cm e a espuma deve ser firme. O uso dos braços auxilia no apoio.
	As cores dos móveis e das paredes são contrastantes?	As cores do piso, das paredes e dos móveis devem gerar contrastes, a fim de auxiliar na orientação e no acesso aos cômodos.
Espaço ecumênico e/ ou para meditação	A circulação entre móveis é livre e possui largura adequada?	O espaço para circulação deve permitir que dois cadeirantes passem lado a lado. Por isso, deve-se evitar o excesso de móveis, de jarros para plantas, de tapetes e de lixeiras no ambiente.
Refeitório	A mesa é firme com apoio nas extremidades? Permite a aproximação de cadeirante?	A mesa pode ser utilizada como apoio para o idoso, com isso, o móvel deve ser estável, com bordas arredondadas para evitar acidentes.
	As cadeiras são estáveis e sua altura permite acesso à mesa de modo confortável?	A cadeira pode auxiliar no apoio e no conforto para acessar os objetos que estão sobre a mesa. A relação com os demais mobiliários deve ser analisada.
	A circulação entre os móveis é livre de obstáculos?	A circulação livre permite acessibilidade, por isso deve-se evitar o excesso de móveis.

Fonte: NBR nº 9050/ABNT e RDC nº 283/2005

A partir do acesso ao *QR Code* a seguir é possível visualizar um infográfico referente à segurança do ambiente institucional para prevenção de quedas.



Fonte: <https://drauziovarella.uol.com.br/infograficos/como-aumentar-a-seguranca-da-casa-contras-quedas-de-idosos-infografico/>

Considerações finais

O monitoramento da saúde e dos cuidados com o ambiente físico no qual se encontra o idoso institucionalizado pode facilitar a rotina, promover o bem-estar e o mais relevante: facilitar a prevenção de quedas. Sabe-se que a legislação avançou em vários aspectos, porém, a realidade ainda aponta outra necessidade para o profissional atuante nas Instituições de Longa Permanência para Idosos – o conhecimento de variáveis diversas a sua área de atuação, como por exemplo, das normas vigentes para segurança do ambiente nas ILPI. É importante sensibilizar e despertar o olhar para as oportunidades de melhoria neste contexto, avançar o trabalho de forma interdisciplinar, a fim de proporcionar um ambiente

mais humanizado e com possibilidades diversas na promoção do bem-estar da pessoa idosa.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. *RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005*. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília, DF: ANVISA, 2005.

ALVES, V. C. *et al.* Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 25, e2986, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2394.2986>.

ARAÚJO NETO, A. H. *et al.* Quedas em idosos institucionalizados: riscos, consequências e antecedentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 4, p. 719-725, jul./ago. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0107>. Acesso em: 10 set. 2020

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. *NBR 9050: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. Rio de Janeiro: ABNT, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. *NBR 16537: acessibilidade – sinalização tátil no piso – Diretrizes para elaboração de projetos e instalação*. Rio de Janeiro: ABNT, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa*. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 44, 2017b.

DEL DUCA, G. F.; THUME, E.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 113-120, fev. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000047>. Acesso em: 10 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, p. 61, 2005.

PINHO, T. A. M. *et al.* Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 2, p. 320-327, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200008>. Acesso em 10 set. 2020.

PRADO, A. R. A.; PERRACINI, M. R. A construção de ambientes favoráveis aos idosos. In: NERI, A. L. (org.) *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea, p. 221-229, 2007.

ROSA, V. P. P.; CAPPELLARI, F. C. B. D.; URBANETTO, J. S. Análise dos fatores de risco para queda em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, e180138, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180138>.

VILLAROUCO, V.; PAIVA, M. M.; SOBRAL, R. F. A. Avaliação estética em ambientes residenciais de idosos. *Blucher Design Proceedings*, São Paulo, v. 2 n. 7, p. 293-303, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5151/despro-eneac2016-AMB03-4>.

22 Aspectos comunicacionais na atenção à saúde da pessoa idosa hospitalizada

Kamilla Sthefany A. de Oliveira

Katie Moraes de Almondes



Introdução

A hospitalização é um evento estressante e gera preocupações nos idosos em decorrência de suscetibilidade ao sofrimento (RIBEIRO; MARQUES; RIBEIRO, 2017). Isso porque o ambiente hospitalar pode ser caracterizado como um local tenso, sombrio, triste, hostil, impessoal e desalentador (WEISS *et al.*, 2017).

Nesse cenário, destacam-se implicações de diversas naturezas: biológicas, psicológicas, sociais e econômicas. No ambiente hospitalar, as pessoas idosas são submetidas a tratamentos prescritos por médicos e desenvolvidos pela equipe de enfermagem, o que restringe as possibilidades de escolhas e preferências da pessoa idosa, caracterizando uma rotina pouco individualizada, que pode resultar em diminuição da capacidade funcional, em dependência e em mudanças na qualidade de vida (MIRANDA; NASCIMENTO; NUNES, 2018).

Em geral, as pessoas idosas sentem-se constrangidas em fazer perguntas ou responder às questões feitas pela equipe de

saúde; além do mais, a privacidade negligenciada e a exposição corporal provocam vergonha, medo, desconfiança e tristeza. Dessa forma, esses efeitos acabam limitando a expressão de opiniões e dos idosos que temem estar ultrapassando a autoridade médica (BENHAM-HUTCHINS *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

O aumento da população acima dos 60 anos traz como preocupação a capacidade e a adequação dos serviços de assistência à saúde, mediante a crescente demanda por atendimento (COUTO, 2015). A atuação do profissional de saúde com a pessoa idosa requer uma relação delicada, com confiança mútua e um acolhimento personalizado ou humanizado, que deve ir além da conduta terapêutica (LOBO *et al.*, 2017). Nesta perspectiva, o cuidado deve ser ampliado e realizado com a intenção de provocar compartilhamento de poder e responsabilidade entre os idosos e profissionais, respeito às decisões do doente, comunicação, interação, colaboração e estabelecimento de relações multiprofissionais que levam em conta a complexidade das necessidades de saúde (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

É necessário que os profissionais da saúde possuam conhecimento técnico, assistencial, administrativo, de técnicas de resolução de problemas e habilidades comunicacionais para lidar com a população idosa (SCHIMIDT; DUARTE;

SILVA, 2015). A escuta e a atenção dedicadas às pessoas mais velhas podem ter o efeito curativo semelhante ao um de medicamento, o que a Literatura denomina de “remédio-médico” (LOBO *et al.*, 2017, p. 383).

Desenvolvimento

O cuidado do profissional de saúde com o idoso exige o conhecimento de habilidades comunicacionais, as quais “compreendem uma multiplicidade de nuances que merecem e precisam ser estudadas para serem aplicadas no cotidiano, com consciência, pelo profissional” (SCHIMIDT; DUARTE; SILVA, 2015, p. 310).

Nesta perspectiva, considera-se que a competência necessária para se comunicar seja influenciada por sentimentos, atitudes, valores, normas sociais e ambientes. Ademais, os elementos essenciais para a atividade comunicativa efetiva envolvem a interação idoso-profissional, a partir da necessidade de estar consigo ou com o outro em harmonia, respeito e civilidade (SCHIMIDT; DUARTE; SILVA, 2015). Enquanto ferramenta de trabalho, a comunicação, quando acompanhada de sensibilidade e compaixão, possibilita o reconhecimento das necessidades de cada idoso e o esclarecimento de dúvidas sobre seus quadros de saúde (GASPAR *et al.*, 2019).

A abordagem da comunicação centrada no paciente, assim como a empatia e a familiaridade, é geradora de confiança mútua, o que favorece chegar em um diagnóstico correto e proporcionar o bem-estar buscado por aqueles em idade avançada (LOBO *et al.*, 2017; SELMAN *et al.*, 2017). Isso ocorre, pois, quando incluído, o idoso pode manter uma postura ativa frente às informações médicas e às tomadas de decisões que lhe dizem respeito, o que auxilia na continuidade dos cuidados prestados (BENHAM-HUTCHINS *et al.*, 2017).

Para tanto, existem alguns fatores que podem dificultar a comunicação seja assertiva, a saber: a cultura, o temperamento, o regionalismo, a classe social, as emoções, as percepções, o paternalismo profissional (atitude que limita a autonomia) e o despreparo para definir o diagnóstico e o prognóstico (GASPAR *et al.*, 2019). Os idosos, por sua vez, possuem um modo particular de compreender o adoecimento, visto que a diversidade cultural e as experiências de vida influenciam em suas percepções e crenças (FALLER; TESTON; MARCON, 2015). Notadamente, a dificuldade de comunicação com a pessoa idosa requer uma aproximação na linguagem utilizada, a fim de haver uma potencialização no cuidado (MORAES *et al.*, 2016).

A comunicação, seja ela verbal ou não, é fundamental para o cuidado destinado ao idoso, pois é uma forma de se

aproximar de sua vivência (BARROS; LEAL; SILVA, 2017). É possível que as pessoas idosas tenham dificuldade em comunicar-se verbalmente, porém, em decorrência das inúmeras experiências de vida, eles parecem atentos e treinados à decodificação da comunicação não verbal (BRASIL, 2006). Por isso, a comunicação não verbal deve ser utilizada na comunicação com idosos no ambiente hospitalar, visto que é uma estratégia que auxilia no esclarecimento das informações e facilita seu entendimento (KRAFT-TODD *et al.*, 2017).

Essa forma de comunicação inclui a expressão facial, que, quando associada ao tom da voz e à velocidade da fala, pode encorajar ou inibir o paciente. O comportamento cortês, como oferecer um sorriso, é capaz de revelar interesse, gentileza e simpatia, exercendo um fator estimulante nos idosos que estão internados (SCHIMIDT; DUARTE; SILVA, 2015).

As informações devem ser transmitidas de forma clara, pautada na veracidade, respeitando a capacidade de compreensão e o tempo de aceitação de cada pessoa, para, desta forma, extinguir relações abusivas, de exploração, de subjugação e de dominação (PINTO, 2016). Isso significa que o processo comunicativo pode ser desenvolvido de forma gradativa, ao longo do período de hospitalização (GASPAR *et al.*, 2019).

O processo comunicativo e as habilidades comunicacionais possibilitam a valorização do sujeito e, conseqüentemente, a

produção de saúde, o que remete às qualidades dispostas pela Política Nacional de Humanização (PNH), que se sustentam nos princípios de acolhimento, na clínica compartilhada, no protagonismo, na corresponsabilidade e na autonomia dos sujeitos, por exemplo.

Ademais, a comunicação efetiva é um dos princípios do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). No âmbito das organizações de saúde, a falha na comunicação desponta como um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos, o que implica na má qualidade do serviço. Embora a cultura de segurança do paciente represente um desafio para essas organizações, é por meio desse elemento que ocorrerá mudanças nos modelos de cuidados com a implantação de programas institucionais para a melhoria da qualidade e do acesso à saúde.

Considerações finais

O envelhecimento populacional tem gerado uma série de impactos nas diversas dimensões da vida humana. Os milhões de idosos que existem no mundo têm sinalizado mudanças nos padrões saúde/doença e, conseqüentemente, desafiam o acesso a serviços públicos ou privados adequados no tocante à ordenação do cuidado. Nesse cenário, os profissionais de saúde

envolvidos com o atendimento ao idoso precisam ofertar uma abordagem apropriada às necessidades da população idosa.

Quando comparada às demais faixas etárias, as pessoas acima de 60 anos são as que mais utilizam o serviço hospitalar. A hospitalização, por sua vez, traz diversos impactos psicológicos para o idoso, seja ansiedade e/ou angústia decorrente da internação, ou medo, devido ao seu prolongamento. Soma-se a isso situações rotineiras, nas quais a privacidade é negligenciada, além do estresse devido à mudança para um ambiente não familiar, causando insônia, falta de apetite, irritabilidade e nervosismo. Isso afeta diretamente a relação do profissional de saúde com o idoso hospitalizado.

A comunicação, embora negligenciada em alguns ambientes de saúde, é uma forma de garantir a humanização e a cooperação entre os profissionais e os pacientes. Além disso, é promotora de confiança, o que impacta positivamente na melhora dos sintomas e na adesão da pessoa internada ao tratamento.

Apesar disso, torna-se necessário compreender que alguns idosos possuem um modo particular de compreender o adoecimento devido a aspectos culturais, regionalismo, classe social e paternalismo profissional, por exemplo. As experiências de vida influenciam nas suas percepções e crenças, e, nesse sentido, a comunicação não verbal parece ser mais assertiva, o que inclui a expressão facial e o comportamento cortês. Portanto, faz-se necessária a articulação de saberes relacionados às formas verbais e não verbais de comunicação, no atendimento das necessidades em saúde da população idosa, possibilitando caminhar para a obtenção de melhor qualidade de vida.

Referências

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, p. 905-916, 2016.

BARROS, M. F. F.; LEAL, C. S.; DA SILVA, V. *Assistência humanizada à pessoa idosa com dificuldade de comunicação: atuação do psicólogo em um hospital universitário de São Luís - MA*. Psicologia. pt: 2013. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0727#.X8aVivSIsNA. Acesso em: 10 set. 2020.

BENHAM-HUTCHINS, M. *et al.* “I want to know everything”: a qualitative study of perspectives from patients with chronic diseases on sharing health information during hospitalization. *BMC health services research*, v. 17, n. 1, p. 529, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

COUTO, F. B. D. Cuidando do idoso no hospital e em internação domiciliar: o que há de diferente? *Revista Kairós: Gerontologia*, v. 18, n. 18, p. 57-76, 2015.

FALLER, J. W.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 24, n. 1, p. 128-137, 2015.

GASPAR, R. B. *et al.* O enfermeiro na defesa da autonomia do idoso na terminalidade da vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 6, p. 1639-1645, 2019.

- KRAFT-TODD, G. T. *et al.* Empathic nonverbal behavior increases ratings of both warmth and competence in a medical context. *PLoS ONE*, v. 12, n. 5, p. 1-16, 2017.
- LOBO, M. de O. *et al.* Relação médico-paciente idoso no cinema: visões de atendimento. *Revista Bioética*, v. 25, n. 2, p. 382-391, 2017.
- MIRANDA, A. P.; NASCIMENTO, A. P. R. do; NUNES, S. C. R. O idoso no ambiente hospitalar, suas comorbidades e a mudança na rotina durante o internamento em uma emergência. *Nursing*, São Paulo, p. 2471-2475, 2018.
- MORAES, G. V. de O. *et al.* A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às “coisas da idade”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, p. 309-329, 2016.
- OLIVEIRA, T. M. J. *et al.* A hospitalização para o idoso: Contribuições da enfermagem gerontológica. *Revista Kairós: Gerontologia*, v. 19, n. 3, p. 293-308, 2016.
- PINTO, A. M. M. *Particularidades da relação médico-doente no idoso*. 2016. 44f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2016.
- RIBEIRO, P. C. P. S.V.; MARQUES, R. M. D.; RIBEIRO, M. P. El cuidado geriátrico: maneras y formas de conforto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 4, p. 830-837, 2017.
- SCHIMIDT, T. C. G.; DUARTE, Y. A. de O.; SILVA, M. J. P. da. Avaliação mediata na replicação do Programa de Capacitação em Comunicação Não Verbal em Gerontologia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 2, p. 309-316, 2015.

SELMAN, L. E. *et al.* How empowering is hospital care for older people with advanced disease? Barriers and facilitators from a cross-national ethnography in England, Ireland and the USA. *Age and Ageing*, v. 46, n. 2, p. 300-309, 2017.

WEISS, R. *et al.* Associations of Physician Empathy with Patient Anxiety and Ratings of Communication in Hospital Admission Encounters. *Journal of Hospital Medicine*, v. 12, n. 10, p. 805-810, 2017.

EIXO TEMÁTICO IV

A saúde mental da pessoa idosa

23 Violência contra a pessoa idosa

Teresinha Peixoto A. Cabral

Istênia Márlia Medeiros Alves

Juliana Maria Gazzola



Introdução

A violência praticada contra a pessoa idosa pode ocorrer por ato ou omissão que lhe cause sofrimento e/ou dano físico ou psicológico ou morte, seja em local público ou privado, geralmente acontecendo em meio a uma relação de expectativa de confiança na família. O Art. 230 da *Constituição Federal* de 1988 obriga a família, a sociedade e o Estado a amparar o idoso, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar (BRASIL, 1988).

O Estatuto do Idoso prescreve em seu Artigo 4º que “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei” (BRASIL, 2003). Constituem crimes contra a pessoa idosa as seguintes práticas: discriminar, desdenhar, humilhar ou menosprezar em função da idade, negar assistência, abandonar em casas de saúde, em hospitais, em instituições de longa permanência ou com terceiros e expor a perigos a integridade física e psicológica. Geralmente, seus agressores são os familiares mais próximos, com graves

violações dos direitos humanos, tornando-se uma preocupação social e jurídica (BRASIL, 2003).

Desenvolvimento

Os crimes praticados contra a pessoa idosa, constantes do Capítulo II, presente no Título I do Estatuto do Idoso, são de ação penal pública incondicionada. Isso significa dizer que será promovida pelo Ministério Público sem que haja a necessidade da manifestação de vontade da vítima ou de outra pessoa, desde que provado o crime ou tornando verossímil a acusação (BRASIL, 2003). Segundo o Estatuto, consistem em violência e maus-tratos contra o idoso os casos a seguir:

- Aquele que discriminar a pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte, ao direito de contratar, por motivo de idade, está sujeito a pena de reclusão de seis meses a um ano e multa. O mesmo vale para aquele que desdenhar, humilhar, menosprezar o idoso por qualquer motivo. Se a vítima se encontrar sob os cuidados ou responsabilidade do agente agressor, a pena será aumentada em um terço.
- Omitir socorro à pessoa idosa: o Art. 97 do Estatuto do Idoso descreve que deixar de prestar assistência à pessoa idosa que esteja em situação de perigo

iminente, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, recusar, retardar ou dificultar sua assistência à saúde, sem justa causa, ou não pedir socorro de autoridade pública, está sujeito a pena de detenção de seis meses a um ano e multa. A pena será aumentada, se a omissão resultar em lesão corporal de natureza grave, e triplicada se resultar em óbito.

- Abandonar a pessoa idosa: segundo o Art. 98 do Estatuto do Idoso, aquele que abandonar a pessoa idosa em hospitais, casas de saúde, instituições de longa permanência ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado judicial, está sujeito a pena de detenção de seis meses a três anos e multa. As famílias devem zelar pelos seus idosos, provendo, de acordo com as condições sociais, suas necessidades básicas, o que inclui carinho e afeto. Nesse sentido, a Constituição, em seu Art. 229, faz referência ao dever dos filhos maiores de ajudar e amparar os pais na velhice, na carência e na enfermidade.
- Expor a perigo a pessoa idosa: O Art. 99 descreve que colocar em perigo a integridade e a saúde física ou psíquica da pessoa idosa, submetendo-a a condições desumanas ou degradantes, negando-a alimentação

e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, está sujeito a pena de detenção de dois meses a um ano e multa. Se do fato resultar lesão corporal de natureza grave, a pena de reclusão será de um a quatro anos e, se resultar em morte, de quatro a 12 anos.

- Abusar financeiramente da pessoa idosa: conforme o Art. 102 do Estatuto do Idoso, aquele que se apropriar ou desviar bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento da pessoa idosa, dando-lhes a aplicação diversa da de sua finalidade, incorre na pena de reclusão de um a quatro anos e multa. São exemplos de violência financeira: obrigar o idoso a contrair empréstimos contra a sua vontade, utilizar sua renda para fins diversos do autorizado por ele, não permitir que ele decida sobre a destinação de sua renda e patrimônio, inclusive na compra de bens móveis e imóveis. O abuso financeiro é um dos principais crimes cometidos contra os idosos e geralmente é praticado por familiares mais próximos, como filhos(as) ou companheiros(as).
- Negar o acolhimento ou a permanência da pessoa idosa: no Art. 103 do Estatuto do Idoso consta que

aquele que negar o acolhimento ou a permanência do idoso, como abrigado, por recusa deste em passar procuração à entidade de atendimento, está sujeito a pena de detenção de seis meses a um ano e multa. A pessoa idosa tem o direito de determinar a quem quer outorgar procuração para gerir seus bens, aposentadoria ou pensão. A idade avançada não é sinônimo de incapacidade.

- Reter o cartão magnético da pessoa idosa: aquele que reter o cartão magnético de conta bancária relativa a benefícios, proventos ou pensão da pessoa idosa, bem como documentos, com objetivo de assegurar recebimento ou ressarcimento de dívida, incorre na pena de detenção de seis meses a dois anos e multa. O idoso possui o direito de dispor de sua renda com autonomia e liberdade.
- Exibir ou veicular informações ou imagens depreciativas ou injuriosas da pessoa idosa: conforme o Art. 105 do Estatuto do Idoso, aquele que exibir ou veicular, por qualquer meio de comunicação, de informações ou de imagens depreciativas ou injuriosas à pessoa do idoso, está sujeito a pena de detenção de um a três anos e multa.

- Induzir a pessoa idosa a outorgar procuração: o Art. 106 do Estatuto do idoso diz que aquele que induzir o idoso sem discernimento dos seus atos a outorgar procuração para fins de administração de bens ou deles dispor livremente, pode sofrer pena de reclusão de dois a quatro anos.
- Coagir a pessoa idosa a outorgar procuração: segundo o Art. 107, é crime coagir, de qualquer modo, a pessoa idosa a doar, a contratar, a testar ou a outorgar procuração para que desfaça de seus bens ou firmar contratos consignados em benefício de terceiros, sob pena de reclusão de dois a cinco anos.

Na sociedade brasileira, as estatísticas hospitalares e policiais estabelecem a realidade de idosos internados por lesões e envenenamentos. A violência que ocorre no âmbito familiar, deve ser reconhecida como de indiscutível presença (RAMOS, 2014).

Para o autor, destaca-se a negligência social difusa, que se manifesta como uma cultura em relação aos idosos, de conformidade com a avaliação feita junta as instituições de longa permanência. Em segundo lugar, derivada dessa cultura negligente, percebe-se a violência institucional, cuja maior expressão são os asilos/abrigos, sobretudo, os conveniados

com o Estado e com o município, onde são comuns processos de maus-tratos, de despersonalização, de destituição de poder da vontade, de falta e inadequação de alimentos e, também, de omissão de cuidados médicos específicos e personalizados.

Os fatos aqui registrados comprovam que as políticas públicas são meramente gastos e não investimentos para o bem da pessoa idosa. Ressalta-se a questão da pouca acessibilidade urbana aos transportes públicos utilizados pelas pessoas idosas, considerando que a adequação dos veículos não prioriza de forma equitativa as pessoas com deficiência e os idosos. O desrespeito se expressa, sobretudo, na insensibilidade de alguns cobradores e de motoristas, que não param nos pontos quando veem esses usuários, dão partida e freiam bruscamente. Por vezes, passageiros mais jovens não cedem lugares nos assentos a que, supostamente, as pessoas idosas têm prioridade. Os fatos apresentados nos evidenciam uma urgente e profunda necessidade de suporte institucional e comunitário (RAMOS, 2014).

Os estudos de Borges (2014) demonstram que, no interior de suas casas, as pessoas idosas do sexo feminino, proporcionalmente, sofrem mais abusos do que as do sexo masculino, enquanto o oposto ocorre nas ruas, em que os homens são a maioria das vítimas. De ambos os sexos, os idosos mais vulneráveis são os dependentes físicos ou mentais, sobretudo,

quando apresentam déficits cognitivos, alterações no sono, incontinência, dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades diárias. Frequentemente, as consequências dos maus-tratos provocam nessa parte da população episódios de depressão, desesperança, alienação, desordem pós-traumática, sentimento de culpa e negação das ocorrências de violência.

Todos têm a obrigação de denunciar atos de maus-tratos, de violência, de discriminação, de abusos e de abandono sofridos por idosos, seja aqueles cometidos pela própria família seja por terceiros. Alguns dos órgãos que recebem denúncias contra esses crimes são o Ministério Público Estadual, delegacias especializadas em defesa e proteção à pessoa idosa, o Conselho Estadual dos Direitos do Idoso e o Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (RAMOS, 2014).

Considerações finais

A violência contra a pessoa idosa é mais intensa do que revelam as estatísticas. O Estado brasileiro como, em sua função de prestação de serviço de assistência social, de saúde e previdência social, é o que recebe severas críticas e reclamações. Os serviços são exercidos por meio de uma burocracia impessoal que produz a cultura da discriminação, causando imenso sofrimento à maioria dos idosos, e aos pobres que

não tem condições de optar por alternativas de atendimento público.

O maior legado que se pode deixar para as próximas gerações é a educação voltada ao respeito e à dignidade do ser humano. A educação é o principal meio de preparar nossas crianças e jovens para o futuro, com o objetivo de propiciar ao idoso a sua aceitação e inclusão na sociedade. A expansão da legislação brasileira tem se firmado por meio do Estatuto do Idoso e a Constituição Federal, que configuram a garantia dos direitos da terceira idade e suas conquistas sociais.

Referências

BORGES, S. *Alienação Parental, uma síndrome contra crianças e idosos*. O Documento. 05 jun. 2014.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 03 mar. 2019.

BRASIL. Lei 10.741 de 1 de out. de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e das outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil.03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 19 dez. 2018.

DIAS, M. B. *Manual de Direito das Famílias*. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015. p. 654.

MADALENO, R. *Curso de Direito de Família*. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2013. p. 6-7.

RAMOS, P. R. B. *Curso de Direito do Idoso*. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 133.

24 Estratégias para a prevenção do delírio, da depressão e da demência no processo de envelhecimento

Viviane Peixoto dos Santos Pennafort

Izabel Cristina S. do Nascimento

Mayara Priscilla Dantas Araújo

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Thaiza Teixeira Xavier Nobre



Introdução

Dentre as modificações ocasionadas pelo processo de envelhecimento, tem se observado uma maior incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais influenciam no aumento de danos funcionais, biológicos, psicológicos e sociais que, no decorrer do tempo, podem levar a situações de dependência e incapacidade na pessoa idosa. Essas doenças são capazes de provocar sérios graus de incapacidade que afetam tanto os hábitos de vida e o bem-estar do indivíduo quanto a economia do país, com impacto relevante na saúde pública. Ainda que exista um grande desenvolvimento do aparato tecnológico, vale destacar que a longevidade ainda não é sinônimo de saúde e de qualidade de vida (FABER *et al.*, 2017).

Desenvolvimento

Com o envelhecimento, as alterações neuropsiquiátricas ganham uma maior atenção, consideradas um relevante problema que afeta sobremaneira a qualidade de vida da

pessoa idosa, mesmo sendo potencialmente evitáveis e estarem associadas ao aumento da morbimortalidade nos indivíduos acometidos por elas (MARTINS; SIMÕES; FERNANDES, 2013). Ante essa realidade, ressalta-se a necessidade de discutir estratégias direcionadas à prevenção dos principais transtornos mentais associados ao processo de envelhecimento: o delírio, a demência e a depressão.

Delírio

Na pessoa idosa, delírio é definido como uma síndrome geriátrica aguda e reversível de trajetória flutuante, que altera a capacidade de atenção, cognição e consciência dos indivíduos afetados (PINCELLI; WATERS; HUPSEL, 2015).

No entanto, é comum entre os idosos, principalmente em instituições de longa permanência, como um sinal de alguma desordem aguda que necessita de investigação. Ou ainda, como trajetória natural de doenças avançadas que seguem para a fase final de vida.

Kukreja, Günther e Popp (2015) e Potter e George (2006) consideram que o delírio seja uma perturbação da consciência e uma mudança na cognição que se desenvolve durante um curto período de tempo, de algumas horas a dias, mas, se não detectada e tratada adequadamente, pode persistir por semanas e meses. Acrescenta-se que o delírio seja consequência

de uma condição médica geral, abstinência ou intoxicação medicamentosa.

Apesar de não ser uma condição nova e de apresentar alta prevalência, o delírio ainda é sub-reconhecido e mal gerenciado. Esse não reconhecimento ocorre pela incerteza quanto à cognição prévia da pessoa idosa e pela dificuldade em diferenciar o delírio da demência. Para diferenciá-los, é importante conhecer o histórico clínico do paciente, determinar se as alterações e flutuações cognitivas são agudas e típicas do delírio e procurar possíveis causas (COYLE *et al.*, 2018; INOUYE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014).

Os principais fatores de risco incluem a idade avançada, os déficits cognitivo, auditivo e/ou visual, o declínio da capacidade funcional, a imobilidade, a privação do sono, a desidratação, o histórico de consumo abusivo de álcool, a ocorrência de quedas, o uso prolongado de medicamentos (prescritos ou não), a presença de comorbidades, como doenças cardiovasculares e psiquiátricas, anemia, câncer, entre outras, e a gravidade da doença (KUKREJA; GÜNTHER; POPP, 2015; MORAES, 2012).

Conforme Hshieh, Inouye e Oh (2017) e Kukreja, Günther e Popp (2015), além dos fatores de risco, há os precipitantes, relacionados à evolução do delírio, sendo eles: a desnutrição, as alterações hidroeletrólíticas, a polifarmácia, o uso

de medicamentos psicoativos, as infecções, as alterações endócrinas e as restrições físicas.

O delírio desencadeia diversas consequências as quais são observadas a curto e a longo prazos. Em curto prazo, as pessoas idosas apresentam confusão mental; algumas podem ficar caladas e sonolentas enquanto outras ficam agitadas e desorientadas. Além disso, alguns idosos desenvolvem déficit de atenção grave, distúrbios perceptivos e de linguagem, alterações motoras e no ciclo do sono-vigília. Já a longo prazo, mesmo após a remissão, o delírio está associado ao aumento do risco de declínio funcional e cognitivo, de institucionalização e maior mortalidade (KUKREJA; GÜNTHER; POPP, 2015).

Idosos institucionalizados estão vulneráveis a diferentes fatores de risco que podem levar ao delírio. Estima-se que as taxas desse transtorno nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) variem de sete a 60%, sendo necessário que os cuidadores conheçam essas condições e saibam como agir, a fim de garantir uma assistência segura (COYLE *et al.*, 2018; HSHIEH; INOUE; OH, 2017).

Os fatores de risco e os precipitantes para o delírio interagem de forma cumulativa, ou seja, quanto maior a quantidade de fatores que a pessoa apresenta e sua gravidade, maior o risco de desenvolver o transtorno (INOUE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014; KUKREJA; GÜNTHER; POPP, 2015).

Por esta razão e devido a sua complexidade, a melhor forma de gerenciar o delírio é a partir de uma abordagem multidimensional a ser realizada por uma equipe multiprofissional. A prevenção não farmacológica é a estratégia mais eficaz para evitar complicações associadas ao transtorno, além de auxiliar na diminuição de sua severidade e sua duração. Algumas das abordagens que podem ser utilizadas estão apresentadas no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Cuidados recomendados para a prevenção do delírio na pessoa idosa

Reorientação – orientar o idoso sobre o espaço e o tempo, estabelecer rotinas acerca das atividades diárias.
Atividades terapêuticas – estimular as funções cognitivas e sociais.
Mobilização precoce – monitorar a marcha e o equilíbrio, reduzir as restrições físicas e estimular a prática de atividade física.
Melhora do sono – monitorar o sono e, caso necessário, utilizar chás e técnicas de relaxamento, para sua estabilização.
Manutenção da hidratação e nutrição – estimular a ingestão adequada de líquidos e de alimentos.

Avaliação e correção dos déficits sensoriais – rastrear os déficits visuais e auditivos, e estimular o uso de recursos, como óculos e aparelhos auditivos, caso necessário.

Redução do uso de medicamentos psicoativos – considerar a possibilidade de desmame da medicação psicoativa, conforme avaliação da equipe multiprofissional.

Estímulo ao autocuidado e independência – incentivar e apoiar o idoso na higiene corporal, alimentação e atividade física, considerando suas restrições.

Fonte: adaptado de Hshieh, Inouye e Oh (2017) e Moraes (2012)

Sendo um importante indicador da qualidade da assistência à saúde pela sua multifatorialidade e sua relação com outras síndromes geriátricas, como quedas, úlceras por pressão e declínio funcional, a atenção dada ao delírio se torna uma estratégia fundamental para a melhoria da atenção e de vida da pessoa idosa, capaz de reduzir complicações à saúde e custos decorrentes do tratamento. Para isso, são necessários incentivos para melhorar e facilitar a detecção desse transtorno, para sua prevenção e para o processo de cuidado e de tratamento (INOUYE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014).

Demência

Entre as DCNT relacionadas ao envelhecimento estão as demências, que se destacam como causas principais de comprometimento funcional e da má qualidade de vida do idoso. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2012, mais de 35 milhões de pessoas no mundo apresentavam algum grau de demência. No entanto, esse número pode triplicar até 2050, atingindo mais de 115 milhões de pessoas, com maior prevalência nos países de baixa e média renda, isto é, cerca de 60% dos seus casos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012; CAMARGO *et al.*, 2015).

A demência é o declínio geral das habilidades mentais, como perda progressiva da memória, linguagem e raciocínio, que persiste por toda a vida e pode interferir nas atividades rotineiras, na capacidade de julgamento e nos relacionamentos do idoso (TORPY; LYNM; GLASS, 2008).

As síndromes demenciais têm como principal causa a Doença de Alzheimer (DA), seguida pela demência vascular (DV). Contudo, ambas podem ocorrer de forma associada, o que é denominado Demência Mista. Há também a demência por Corpúsculos de Lewy – DCL, a qual envolve o declínio cognitivo progressivo capaz de interferir na função social ou ocupacional (ALZHEIMER’S ASSOCIATION, 2007).

O declínio das atividades cognitivas e o desenvolvimento da demência em idosos estão associados ao estilo de vida, nível de educação e outros fatores ambientais. É mister destacar que ainda não existe reversão ou cura para essa condição; contudo, sabe-se que ela pode ser prevenida. Por isso, o Comitê Lancet destacou alguns passos importantes a serem seguidos por pessoas jovens e mantidos por toda a vida, independente da faixa etária, para prevenir a demência, conforme o Quadro 2 (LIVINGSTON *et al.*, 2017).

Quadro 2 – Cuidados importantes para prevenção da demência na pessoa idosa

Manter a mente ativa – a mente precisa de atividades estimulantes (ler, resolver palavras-cruzadas, jogar xadrez, aprender algo novo) responsáveis por retardar o início da demência e diminuir seus efeitos.

Realizar atividade física – os exercícios aeróbicos como a caminhada, a corrida, o ciclismo e a natação estimulam os sistemas cardiorrespiratório e vascular e também o metabolismo. Os de resistência (luta, boxe etc.) ou de equilíbrio (ioga, surfe etc.) também se mostram eficientes para prevenir o declínio cognitivo em idosos. Já os de força (musculação, levantamento de peso, abdominais etc.) devem ser realizados no mínimo duas vezes por semana.

Recomenda-se o exercício físico regular, ou seja, de três a cinco vezes por semana, com duração mínima de 30 minutos, a fim de obter benefícios supracitados. Ressalta-se que antes de iniciar uma rotina de atividades físicas é necessária uma avaliação médica.

<p>Manter alimentação equilibrada – uma dieta balanceada (com vegetais e frutas frescas) e rica em elementos essenciais à saúde, como ácidos graxos (linhaça, castanhas, peixes), contribui para a preservação da memória. Preferir alimentos integrais e reduzir o consumo de sal, de açúcar, de carne vermelha e de embutido, visto que os cuidados com a alimentação também previnem e auxiliam no controle da hipertensão, de diabetes e de dislipidemia, que causam danos aos vasos sanguíneos do cérebro.</p>
<p>Não fumar – fumar aumenta o risco de demência, pois prejudica a saúde cardiovascular e interfere na oxigenação cerebral.</p>
<p>Evitar ou moderar o consumo de bebidas alcoólicas – o consumo moderado de álcool parece proteger o tecido cerebral e auxilia na regulação do colesterol. Seu consumo em excesso, porém, prejudica a memória e o processamento de imagens, causados pela perda de tecido cerebral.</p>
<p>Manter vínculos sociais – os vínculos com familiares e amigos devem ser mantidos, visando prevenir o isolamento social. Além disso, os idosos devem ser estimulados a se manter ativos socialmente por meio da prática de esportes coletivos, como a hidroginástica e a dança, do desenvolvimento de atividades voluntárias e da participação em grupos de convivência.</p>

Fonte: Livingston *et al.* (2017)

A demência afeta pessoas em todo o mundo e o número crescente de idosos com essa condição é preocupante, não apenas pelos custos com medicamentos e tratamentos, mas, também, pela necessidade progressiva de acompanhamento e de cuidados contínuos. Ressalta-se que as pessoas responsáveis por cuidar desses idosos precisam desenvolver habilidades de comunicação, de afeto e de empatia, já que o conjunto de sintomas da doença se acentua progressivamente e interfere na

capacidade para a realização do autocuidado e nas atividades de vida diária (BRASIL, 2008).

Neste sentido, os cuidados à pessoa idosa com demência consistem em um desafio a toda sociedade, devido à redução no número de integrantes familiares, quando comparado às gerações anteriores, e a inserção das mulheres no mercado de trabalho. Em virtude dessas mudanças, esses cuidados, que antes eram realizados por membros da família, cada vez mais são delegados a profissionais sem vínculo familiar e/ou a ILPI (XIMENES; RICO; PEDREIRA, 2019).

Depressão

A depressão é uma condição psiquiátrica mais comum e debilitante, associada ao sofrimento significativo, às mudanças no funcionamento biopsicossocial e profissional, ao aumento dos riscos de mortalidade e a outras desordens médicas (MORAES *et al.*, 2014). Atualmente, é vista como um adoecimento que se manifesta além da tristeza, da infelicidade ou da melancolia, da qual grande parte da população recupera-se rapidamente; é uma doença capaz de afetar qualquer pessoa, sem fazer distinção de idade, de gênero, de etnia ou de nível socioeconômico, tornando os indivíduos incapacitantes. Segundo a OMS, a taxa de depressão aumentou significativamente nos últimos dez anos, sendo a quarta causa principal

de mortes no mundo (MORAES *et al.*, 2014).

A depressão é um distúrbio afetivo que acompanha a humanidade ao longo de sua história e caracteriza-se, em geral, pela presença de tristeza, de baixa autoestima, de pensamentos negativos, mau humor, perda de apetite e de sono, sensação de falta de sentido na vida, inutilidade, ruína, fracasso e ideias de suicídio (BRASIL, 2015).

Figura 1 – Principais sentimentos manifestados pela pessoa idosa com depressão.



Ilustração: Giulia Gabriela

Nesse contexto, a depressão refere-se ao comportamento a partir de uma resposta inadequada comumente associada à baixa situação econômica, à perda do cônjuge, à presença e ao aumento de comorbidades, bem como ao isolamento social e o abandono familiar devido ao processo de institucionalização,

contribuindo para o crescimento do uso de serviços médicos e de medicações (polifarmácia) e, conseqüentemente, para o aumento dos custos (WILLIAMS, 2003).

Nos idosos institucionalizados, uma das principais causas para o surgimento do transtorno depressivo é o abandono familiar, ocasionando sofrimento ao idoso, tornando-o incapaz para a prática de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Desse modo, as mudanças no estilo de vida, correspondentes ao processo de institucionalização, tornam o idoso mais vulnerável e impossibilitam os cuidadores e as equipes de saúde de efetivar uma assistência diferenciada, capaz de promover melhor bem-estar (SANTOS, 2005).

A partir disso, percebe-se a necessidade de uma atenção especial quanto ao diagnóstico precoce e ao tratamento da depressão. Por essa razão, as equipes multidisciplinares devem estar atentas às suas principais causas, possibilitando intervenções efetivas, bem como a prevenção baseada nos fatores de risco, a fim de garantir uma assistência à saúde de qualidade (LIMA *et al.*, 2016).

A melhoria da qualidade de vida dos idosos residentes em

ILPI não depende apenas da estrutura física, mas também da adoção de políticas adequadas para a prevenção da depressão, em que há diversas intervenções multidisciplinares apropriadas para esse fim, objetivando a segurança, a autoestima, a autonomia e a identidade da pessoa idosa, assim como o funcionamento psíquico, social e emocional (MOREIRA *et al.*, 2016), conforme disposto no Quadro 3.

Quadro 3 – Cuidados importantes aos profissionais para a prevenção de depressão

- Buscar capacitação na área.
- Escutar ativamente o idoso e apresentar empatia.
- Ofertar suporte emocional por meio da escuta ativa, aconselhamentos e medidas para resiliência, como a valorização das crenças.
- Reduzir fatores estressores.
- Promover a segurança do ambiente (prevenção de suicídio e de quedas).
- Promover medidas para a melhora do sono.
- Monitorar o estado nutricional e a ingestão de água.
- Auxiliar o idoso na melhora da autoimagem e da socialização.
- Auxiliar o idoso na promoção da autonomia e da independência.
- Auxiliar o idoso na assistência do autocuidado (higiene e se vestir).
- Promover terapias em grupo, exercícios físicos e de relaxamento.
- Promover o desenvolvimento de tarefas cotidianas.
- Controlar a prescrição e administração de medicamentos.

Fonte: Autoria própria

Considerações finais

A saúde mental dos idosos sustenta-se na percepção de ter sido útil e produtivo para a família e para a sociedade. No entanto, quando ocorre a quebra desse contexto, os sentimentos negativos sobre si mesmo favorecem o surgimento de transtornos mentais. O processo de institucionalização, de hospitalização e outros fatores também transformam a vida de diversos idosos e requerem cuidados contínuos para a promoção da saúde mental e para a prevenção de prejuízos nas funções cognitivas e na qualidade de vida dessas pessoas.

Ressalta-se que o adoecimento mental da pessoa idosa exige a atenção especial dos profissionais da saúde, a fim de estimular e orientar hábitos mais saudáveis. Ademais, observa-se a necessidade de preparo, de sensibilização e de comprometimento da equipe multiprofissional para a identificação precoce e tratamento adequado do delírio, da demência e da depressão. Nessa perspectiva, com a prática dos cuidados mencionados, será possível minimizar o sofrimento dos idosos e de seus familiares e cuidadores, proporcionando uma terceira idade mais ativa e independente.

Referências

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. *Alzheimer's Disease Facts and Figures*, 2020. Disponível em: <https://www.alz.org/media/>

Documents/alzheimers-facts-and-figures.pdf. Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. *Depressão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMARGO, C. H. F. *et al.* Patients with dementia syndrome in public and private services in southern Brazil. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 9, n. 1, p. 64-70, 2015. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642015000100064&lng=en&nrm=iso. Access on: 26 July 2020.

COYLE, M. A. *et al.* Impact of interactive education on health care practitioners and older adults at risk of delirium: A literature review. *Journal of Gerontological Nursing*, v. 44, n. 8, p. 41-48, 2018.

FABER, L. M.; SCHEICHER, M. E.; SOARES, E. Depressão, Declínio Cognitivo e Polimedicação em idosos institucionalizados. *Revista Kairós: Gerontologia*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 195-210, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p195-210>. Acesso em: 10 jul. 2020.

HSHIEH, T. T.; INOUYE, S. K.; OH, E. S. Delirium in the Elderly. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 41, n. 1, p. 1-17, 2017.

INOUE, S. K.; WESTENDORP, R. G.; SACZYNSKI, J. S. Delirium in elderly people. *The Lancet*, v. 383, n. 9920, p. 911-922, 2014.

KUKREJA, D.; GÜNTHER, U.; POPP, J. Delirium in the elderly:

Current problems with increasing geriatric age. *Indian Journal of Medical Research*, v. 142, n. 6, p. 655, 2015.

LIMA, A. M. P.; RAMOS, J. L. S; BEZERRA, I. M. P. *et al.* Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, p. 58-64, abr./2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6427>. Acesso em: 10 jul. 2020.

LIVINGSTON, G.; *et al.* Dementia: prevention, intervention, and care. *The Lancet*, v. 390, n. 10113, p. 2673-2734, 2017.

MARTINS, S.; SIMÕES, M.; FERNANDES, L. O impacto do delirium na família/cuidadores. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, v. 10, n. 10, p. 43-48, 2013.

MORAES, B. S; MIGUEL, M. T; OLIVEIRA, V. C. C. *et al.* Sintomas da depressão associada ao abandono em idosos institucionalizados nos municípios de Firminópolis e São Luís. *Revista Faculdade Montes Belos (FMB)*, v. 9, n. 2, 2016.

MORAES, E. N. *Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOREIRA, P. A.; RORIZ, A.K.C.; MELLO, A.L. *et al.* Quality of Life of Institutionalized Elderly in Brazil. *Social Indicators Research.*, 126, 187-197, 2016. Disponível em: <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br>. Acesso em: 24 jul. 2020.

PINCELLI, E.L.; WATERS, C.; HUPSEL, Z. N. Ações de enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, v. 60, n. 3, p. 131-139, 2015.

POTTER, J.; GEORGE, J. The prevention, diagnosis and management of delirium in older people: concise guidelines. *Clinical Medicine*, v. 6, n. 3, p. 303–308, 2006.

SANTOS, S. S. C. Educação em Enfermagem e a complexidade. *Revista Contexto e Educação da UNIJUI*, v. 20, n. 73/74, p. 103-117, 2005.

TORPY, J.M.; LYNM, C.; GLASS, R.M. Dementia. *The Journal of the American Medical Association – JAMA*, v. 300, n. 19, 19 Nov. 2008. DOI: 10.1001/jama.300.19.2330. Acesso em: 20 jul. 2020.

WILLIAMS, A.M. *Introdução à Enfermagem Gerontológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. 2003, p. 2-10.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Dementia: a public health priority*. Geneva: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75263>. Acesso em: 13 jul. 2020.

XIMENES, M. A.; RICO, B. L. L. D.; PEDREIRA, R. Q. Doença de Alzheimer: a dependência e o cuidado. *Revista Kairós*, v. 17, n. 2, p. 121-140, jun. 2014. Disponível em: <http://ken.pucsp.br/kairos/article/view/21630/15877>. Acesso em: 21 jul. 2020.

25 Envelhecimento e solidão

Miriam Molas Tuneu

Iván Sánchez Martínez

Javier Jerez Roig



Introdução

O envelhecimento populacional está trazendo consigo o aumento do risco da solidão indesejada. De acordo com um relatório publicado na Espanha, em 2017, 47,6% da população idosa espanhola vivia sozinha, sendo quase 30% mulheres idosas, em comparação com aproximadamente 18% que eram homens (GARCÍA *et al.*, 2019).

Neste capítulo, tratamos de fatores que podem interferir no processo de adaptação ao envelhecimento: a esperança de vida, a aposentadoria, a perda da funcionalidade e da interação social, o ambiente familiar e a dependência. Enfatizamos, também, o fenômeno da solidão não desejada em pessoas da terceira idade e suas consequências sobre a saúde, tanto física como psicológica.

Desenvolvimento

A aposentadoria, é um processo que requer adaptação e uma certa quantidade de esforço (como a maioria das mudanças vitais que nos ocorre, independentemente de sua

natureza). O trabalho é uma atividade social que organiza nossa vida e fortalece nossa identidade. Outro conceito intimamente associado à velhice é a perda. No último estágio do ciclo de vida, podemos vivenciar inúmeras perdas nas dimensões biopsicossociais: de autonomia, sensorial, motora, sexual, cognitiva, emocional, social etc. Adiciona-se a este contexto, outras situações comuns nesse período, como luto, viuvez, monotonia e a distância da família. Tudo isso pode ter consequências no humor; assim como, na autoestima e na segurança da pessoa idosa.

Por outro lado, o papel do ambiente familiar é significativo para a manutenção da saúde dessa população, isto é, a atenção que o idoso recebe da família tem repercussão positiva na superação e enfrentamento desses fatores relacionados ao envelhecimento. De acordo com o estudo coordenado por Rodríguez (2000), atualmente, muitas famílias enfrentam uma deterioração progressiva de um ou mais de seus membros idosos, e ressalta-se que a maioria dos cuidadores de pessoas idosas dependentes são mulheres. Ao mesmo tempo, é evidente que alguns idosos também cuidam de outras pessoas, seja seu cônjuge, seus pais ou, na maioria dos casos, seus netos.

Além dos fatores sociais mencionados anteriormente, é frequente encontrar um fenômeno que ameaça seriamente as pessoas idosas: a solidão. Uma das primeiras definições

do seu conceito foi proposta por Sullivan (1959), quando afirmou ser essa “uma experiência desagradável associada à intimidade interpessoal” (*apud* MONTERO; SÁNCHEZ, 2001, p. 20), conferindo-lhe uma visão negativa, na qual um indivíduo a experimenta quando não mantém relações sociais com outros.

Uma definição mais recente sobre solidão é encontrada no artigo de Rico-Uribe *et al.* (2016), que a entendem como um fenômeno que interfere tanto na saúde física quanto mental, e que está altamente associado à morte prematura. A maioria dos autores que definiram a solidão concorda em lhe dar um significado negativo e apontar o desconforto que produz, e relacioná-la com a deficiência nas relações sociais e com uma experiência subjetiva e individual.

Apesar disso, podem ser encontradas pessoas idosas que se adaptam bem à nova realidade e buscam alternativas para a participação social, como a participação voluntária no trabalho, e o lazer. Entretanto, ainda há muitas pessoas para as quais a adaptação é um processo complicado, e ocasionalmente inclusive acabam enxergando (na maioria dos casos trágicos) o suicídio como uma forma de escapar a esmagadora experiência da solidão (RODRÍGUEZ, 2001).

O modelo de seletividade socioemocional de Carstensen (1999) assume que o envelhecimento bem-sucedido e ativo

depende de uma adaptação proativa e de uma rede de apoio socioemocional durante essa fase da vida. O modelo multidimensional de envelhecimento ativo de Fernández-Ballesteros (2009) postula que o processo de adaptação, ao qual está associada a mudança para o envelhecimento, pode ser favorecido por fatores relacionados à própria pessoa, bem como fatores do contexto, como o aprendizado, o apoio social e familiar e o ambiente comunitário.

No entanto, a possibilidade de não dispor de um apoio socioemocional durante o envelhecimento é frequente. Considera-se que os familiares podem ter dificuldades na conciliação entre trabalho e vida familiar e, portanto, os idosos podem se encontrar frequentemente vivendo ou se sentindo sozinhos. Por isso, é necessário levar em consideração como o isolamento social e a solidão podem afetar a saúde do idoso (RUNCAN, 2012; GARCÍA *et al.*, 2019).

A solidão pode ser conceptualizada de duas maneiras de acordo com Muñoz (2000): uma real ou objetiva, derivada do fato de morar sozinho ou ficar socialmente isolado, e outra subjetiva, entendida como a experiência psicológica negativa, o resultado de déficits nas relações sociais. O risco de mortalidade é alto em ambos os casos (HOLT-LUNSTAD *et al.*, 2015).

Além disso, durante o envelhecimento, há um conjunto

de *situações habituais*, como a presença de doenças, a perda do cônjuge e de amigos, a saída do trabalho, as mudanças familiares, entre outras, as quais podem provocar a diminuição das redes de apoio social e o aumento do distanciamento e da solidão (RUNCAN, 2012).

Em nível psicológico, a solidão pode ser relacionada à presença de sintomas de depressão, problemas de saúde mental e incremento das taxas de institucionalização e mortalidade (RUNCAN, 2012). Alguns autores têm concluído que a solidão é um fator de risco para a saúde, o que gera sofrimento e piora na qualidade de vida (COURTIN; KNAPP, 2017). Por fim, a existência de estereótipos negativos associados à solidão tanto na população geral como nas pessoas mais idosas persiste até hoje, mantendo e fortalecendo o estigma social (PICKHARTOVA; BOWLING; VICTOR, 2015).

A maioria dos estudos mostra que a solidão, o isolamento social e o suicídio tendem a aumentar na velhice. Portanto, é necessário continuar realizando pesquisas para entender melhor a relação entre esses problemas (HEUSER; HOWE, 2018). As estratégias de enfrentamento de situações estressantes consistem em recursos cognitivos e comportamentais. Lazarus e Folkman (1984) distinguiram dois tipos dessas estratégias: as focadas no problema e as focadas na emoção. As primeiras se orientam para a tarefa, em agir, com o objetivo

de lidar diretamente com a situação pela busca de soluções. Já as últimas focam na regulação consciente de emoções, a fim de minimizar o impacto produzido por uma situação estressante, geralmente incontrolável.

Semelhantemente, as estratégias de enfrentamento podem ser subclassificadas naquelas que ocorrem dentro da esfera individual e nas pertencentes à esfera social. Na esfera individual (Quadro 1), distinguimos, de um lado, as estratégias de caráter cognitivo e emocional (focadas no pensamento), e de outro, as orientadas ao comportamento (fazer).

Quadro 1 – Estratégias para lidar com a solidão na esfera individual

ESFERA INDIVIDUAL	
Estratégias focadas no pensamento	Estratégias focadas no fazer
Desestigmatizar a solidão; Manter atitude aberta; Permanecer ativo/a cognitivamente; Sair da zona de conforto; Respeitar a autonomia de decisão.	Ler e ouvir música; Desenhar, colorir, escrever; Ouvir o rádio; Passear; Assistir TV; Estimular a memória por meio de jogos de tabuleiro e de quebra-cabeça; Realizar atividades novas.

Fonte: Adaptado de Martínez e Celdrán (2019)

Na esfera social (Quadro 2), podemos diferenciar entre as estratégias de tipo formal (aquelas que ocorrem dentro de uma instituição) e as de tipo informal (fornecidas espontaneamente, desenvolvidas em um contexto não institucional).

Quadro 2 – Estratégias para lidar com a solidão na esfera social.

ESFERA SOCIAL	
Estratégias formais	Estratégias informais
<p>Realizar atividades em grupo em instituições/ associações;</p> <p>Buscar atividades intergeracionais, impulsionadas a partir de centros de educação;</p> <p>Estimular o uso da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) para socialização virtual;</p> <p>Criar grupos de ajuda ou de apoio;</p> <p>Promover atividades na comunidade e assistência ao idoso em centros comunitários;</p> <p>Utilizar robôs de estimação;</p> <p>Ofertar terapia assistida com animais e com brinquedos.</p>	<p>Praticar esportes, ir ao cinema;</p> <p>Caminhar com amigos;</p> <p>Viajar;</p> <p>Passar tempo com a família;</p> <p>Cuidar dos netos (se desejar);</p> <p>Utilizar as TIC para facilitar o relacionamento com familiares, amigos ou vizinhos;</p> <p>Estimular o uso de aplicativos de namoro para idosos;</p> <p>Expandir a rede social de amigos;</p> <p>Compartilhar habitação (se desejar);</p> <p>Ter um animal de estimação;</p> <p>Ter um robô animal de estimação;</p> <p>Assistir eventos culturais.</p>

Fonte: adaptado de Martínez e Celdrán (2019)

Em um estudo sobre a relação do papel social na solidão, Domènech-Abella *et al.* (2017) postularam que uma maior interação social pode reduzir a prevalência de depressão entre idosos. No que diz respeito às intervenções para as pessoas idosas, o mais eficaz é utilizar estratégias desenvolvidas no

entorno da comunidade que permitam aumentar as habilidades sociais, a interação e a inclusão social. Publicações recentes indicam que as atividades educativas e de apoio grupais, bem como as destinadas a melhorar suas relações sociais, parecem ser uma das estratégias mais eficazes para aliviar o isolamento social e a solidão nesse grupo populacional (BARTLETT *et al.*, 2013; COHEN-MANSFIELD; PERACH, 2015).

Em contextos mais específicos, como é o caso das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), a prevalência de solidão pode ser ainda mais elevada, e as intervenções para reduzi-la ou evitá-la ainda são escassas. Nos casos em que se tenta intervir no problema no idoso institucionalizado, as estratégias propostas são destinadas a promover a socialização, realizando atividades entre os moradores, como a terapia assistida por animais, os programas de exercício físico e de jardinagem de interiores, artesanato, musicoterapia, o uso de salas multissensoriais, atividades de reminiscência, intergeracionais e comunitárias, entre outras (COHEN-MANSFIELD; PERACH, 2015; CASTILLA, 2019).

Considerações finais

Durante todo o capítulo, expusemos os impactos negativos derivados da solidão não desejada nas pessoas idosas. Mesmo assim, cabe destacar que podemos alcançar o estágio da

velhice com o desejo de morar sozinhos (a nomeada solidão desejada), que pode partir de uma escolha voluntária e nos proporcionar paz e tranquilidade. Da mesma forma, se as condições de saúde e de autonomia, assim como a manutenção da rede de apoio social e familiar, são ótimas, morar sozinho também pode ser uma experiência positiva. Para pessoas com menos necessidade de contato social, a solidão pode ser um modo de vida que se encaixa perfeitamente com seu caráter ou personalidade.

Referências

BARTLETT, H. *et al.* Preventing social isolation in later life: findings and insights from a pilot Queensland intervention study. *Ageing & Society*, v. 33, n. 7, p. 1167-1189, 2013. DOI: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84883247444&origin=inward&tx-Gid=5ba80fa4f0625e37f4967db7d0ab478b>

CARSTENSEN, L. L.; ISAACOWITZ, D. M.; CHARLES, S. T. Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, v. 54, n. 3, p. 165-181, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.3.165>. Acesso em: 15 jul. 2020.

CASTILLA, J. Estos son los efectos de la soledad en la salud de los mayores. *Infosalud*, Madrid, 6 ago. 2019. Disponível em: <https://www.infosalus.com/mayores/noticia-depresion-ansiedad-riesgo-muerte-prematura-efectos-soledad-salud-mayores-20190806082537.html>. Acesso em: 17 jul. 2020.

COHEN-MANSFIELD, J.; PERACH, R. Interventions for alleviating

loneliness among older persons: a critical review. *American Journal of Health Promotion*, v. 29, n. 3, p. 109-125, 2015. DOI: <https://doi.org/10.4278/ajhp.130418-lit-182>. Acesso em: 20 ago. 2020.

DOMÈNECH-ABELLA, J. *et al.* Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 52, p. 381-390, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>. Acesso em: 05 jul. 2020.

COURTIN, E.; KNAPP, M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community*, v. 25, n. 3, p. 799-812, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>. Acesso em: 11 jul. 2020.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. *Envejecimiento activo: contribuciones de la Psicología*. Madrid: Editora Pirâmide, 2009, p. 280.

GARCÍA, A. A. *et al.* Un perfil de las personas mayores en España 2019. Indicadores estadísticos básicos. *Envejecimiento en red*, Madrid, n. 22, p. 38, 2019.

HEUSER, C., HOWE, J. The relation between social isolation and increasing suicide rates in the elderly. *Quality in Ageing and Older Adults*, v. 20, n. 1, p. 2-9, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1108/QAOA-06-2018-0026>. Acesso em: 08 jul 2020.

HOLT-LUNSTAD, J. *et al.* Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality. *Perspectives on Psychological Science*, v. 10, n. 2, p. 227-237, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F1745691614568352>. Acesso em: 22 ago 2020.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN S. *Estres y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1984.

MARTÍNEZ, R.; CELDRÁN, M. *La soledad no tiene edad*.

Explorando vivencias multigeneracionales. Barcelona: Observatorio de la Soledad, 2019, p. 71.

MONTERO, M.; SÁNCHEZ, J. J.. La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental*, v. 24, n. 1, p. 19-27, fev. 2001.

MUÑOZ, A. M. La soledad de las personas mayores. *Boletín sobre el envejecimiento*, n. 3, dez. 2000. Disponível em: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm3.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

PIKHARTOVA, J.; BOWLING, A.; VICTOR, C. Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy?, *Aging & Mental Health*, v. 20, n. 5, p. 543-549, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023767>. Acesso: em 26 ago. 2020.

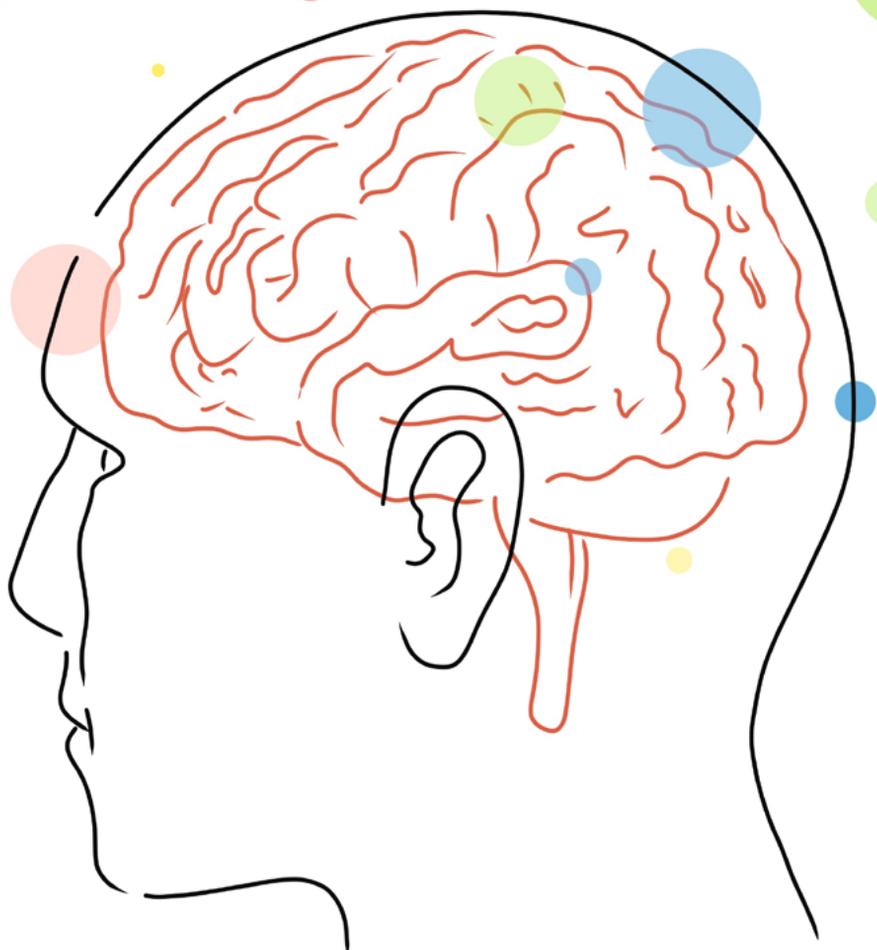
RODRÍGUEZ, G. H. Familia y ancianos. *Revista de Educación*, Madrid, n. 325, p. 129-142, 2001.

RUNCAN, P. L. Elderly institutionalization and depression. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, v. 33, p. 109-113, 2012. DOI: <https://core.ac.uk/download/pdf/82176087.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2020.

RICO-URIBE, L. A. *et al.* Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. *Plos One*, v. 11, n. 1, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145264>. Acesso em: 06 jul. 2020.

26 Aspectos cognitivos na pessoa idosa institucionalizada

João Carlos Alchieri



Introdução

As estatísticas apontam que o número de idosos no mundo é o mais alto registrado na história da humanidade, com tendência de expressão em todos os países, mesmo os menos industrializados. Isso decorre principalmente frente à redução das taxas de fertilidade e de mortalidade infantil, aos avanços na medicina preventiva e nas tecnologias médicas e à qualidade da saúde, que aumentaram substancialmente a expectativa de vida dos indivíduos, especialmente nos países mais desenvolvidos, onde a seguridade social está conectada aos sistemas de saúde (IBGE, 2010).

São considerados idosos no Brasil as pessoas com 60 anos ou mais. O percentual dessa faixa etária nos municípios brasileiros nos últimos dez anos passou de 8,6%, em 2000, para 10,8%, em 2010 (BRASIL, 1994). Até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de idosos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), e esse fato enfatiza a importância dos cuidados preventivos na saúde dessa população (DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, 2015).

Desenvolvimento

As mudanças na dinâmica populacional e a crescente proporção de idosos apontam para a necessidade de cuidados, para além das verificadas até então nas estruturas domésticas tradicionais. Verificam-se elementos de dificuldades junto às famílias, com pouco apoio dos serviços de saúde para os cuidados residenciais dos seus idosos (NUNES, 2008). Estudos demonstram que, ao ser transferido da casa da família para uma instituição, o idoso experimenta sentimentos e reações negativos, como perda e abandono, limitações funcionais e incapacidades (EVANGELISTA *et al.*, 2014). Esses fatores promoverão, de forma gradual ou abruptamente, a redução de habilidades cognitivas e da função motora, em um ciclo retroalimentado (LINI; PORTELLA; DORING, 2016). Cabe ressaltar que os aspectos conceituais que fundamentam a institucionalização, condicionam e restringem a independência do idoso, reduzindo a tomada de decisões em atividades e pouca possibilidade de participação nos cuidados prestados.

A saúde do idoso é um processo de adaptação, devido a sua menor independência, o qual necessita de avaliações contínuas das suas manifestações cognitivas. O comprometimento dos vários sistemas por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais, metabólicos etc.) incide igualmente nas funções cognitivas.

O estudo do envelhecimento cognitivo se torna cada vez mais necessário, considerando que o aumento da idade despertou interesse em pesquisas nos países em desenvolvimento, dado a demanda crescente por recursos em saúde pública. Destaca-se a necessidade de processos de avaliação das funções cognitivas em idosos institucionalizados, de maneira a manter um acompanhamento, visando traçar metas de ações, de intervenções ou mesmo de reabilitações (MELLO; HADDAD; DELLARROZA, 2012). O diagnóstico de comprometimento cognitivo é complexo e pouco sistematizado na população idosa, concentrado mais em funções mnemônicas devido a sua evidente e expressiva alteração, geralmente autorreferida. Seu estágio leve é comum, muitas vezes passando despercebido; porém, é necessário distinguir entre o início da doença e as alterações associadas ao processo normal de envelhecimento (TRINDADE *et al.*, 2013).

Em uma investigação realizada junto a Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) com 243 idosos com baixa escolaridade (até 3 anos de estudo), idade média de 76,8 anos e predominância feminina, 64,6% apresentaram comprometimento cognitivo sendo mais expressivas após seis meses (NUNES, 2012).

No Brasil, existem poucos dados sobre a frequência de distúrbios cognitivos na população idosa. Estudos

epidemiológicos sobre a influência das variáveis do estado de envelhecimento podem ter um valor preditivo para demência, buscando informações como suscetibilidade genética, idade, histórico familiar dessa doença, morfologia cerebral, casos de depressão e esquizofrenia, entre outras (MELO; BARBOSA, 2015).

Um aspecto que apresenta relevância no atendimento está na escolarização, pois a baixa escolaridade nessa população reforçou o maior comprometimento no declínio da função cognitiva, dessa forma, esse fato da redução da reserva cognitiva, aumentaram as chances de maior necessidade de supervisão no cuidado e, o aumento do risco de demência. (ARMSTRONG *et al.*, 2015).

O decaimento da cognição ocorre mais rapidamente em idosos institucionalizados, dada a manutenção de uma baixa estimulação cognitiva, potencializada por reduções sensoperceptivas, de fala ou mesmo de ativação nos aspectos cognitivos. Argumenta-se que o longo período de institucionalização pode ser a causa de déficits cognitivos em idosos devido ao ambiente pouco estimulante, à medicação excessiva e a outros fatores como a ausência de planos de ação, a intervenção e a reabilitação neuropsicológica, identificados nesses locais (ZIMMERMMANN *et al.*, 2015).

Estudos anteriores demonstram efeitos comportamentais de base psicossocial quanto à transferência da residência para a instituição. Evidências apontam para depressão, confusão, perda de contato com a realidade, despersonalização, sentimento de isolamento e separação da sociedade (HARMAND *et al.*, 2014). Investigações dimensionam que o estado de solidão nesses idosos ocorre não apenas porque estão fisicamente afastadas da família e dos amigos. Pessoas institucionalizadas há muito tempo, sem serem estimuladas, vivendo fora do contexto social, sem contato frequente com a realidade externa, podem apresentar demência por comprometimento cognitivo (MASEDA *et al.*, 2014).

Planejar atividades com base nas necessidades de estimulação, de ações e de intervenções antecipa e pode reduzir a necessidade de reabilitação cognitiva. É comum a ideia de que a realização de atividades, por mais simples que sejam, como jogos e bordados, tem impacto terapêutico, além disso, evidências apontam melhoras significativas com uso de atividades aeróbicas e de interação social. A socialização ativa, participante e motivada é um fator de alto impacto para a manutenção das funções cognitivas, uma vez que integra e recruta distintas expressões cognitivas (linguagem, memória, processos atencionais entre outros) em um tempo demarcado, levando o participante a agir sob sua premência.

Considerações finais

O processo de envelhecimento humano possui etapas e períodos com maiores necessidades cognitivas; por isso, deve-se buscar elementos que auxiliem na redução de impactos negativos e desadaptações em pessoas idosas. O elemento de transformação mais expressivo, de apoio e de resiliência é a socialização ativa e intencional, por meio do qual pode-se minimizar impactos de enfermidades, de limitações sociais e culturais, além de otimizar e potencializar intervenções que estimulem essa população. Manter o idoso ativo requer a preservação da sua cidadania, da sua identidade pessoal e das suas condições plenas de interação social.

Referências

ARMSTRONG, J. *et al.* Cumulative impact of health deficits, social vulnerabilities, and protective factors on cognitive dynamics in late life: a multistate modeling approach. *Alzheimer's Research & Therapy*, Amsterdã, v. 38, n. 7, p. 1-9, jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13195-015-0120-7>. Acesso em: 22 jul. 2020.

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*, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm. Acesso em: 22 jul. 2020.

DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS.

Population Division. *World Population Prospects the 2015 Revision: key findings and advance tables*. New York: United Nations, 2015. Disponível em: https://population.un.org/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf. Acesso em: 22 jul. 2020.

EVANGELISTA, R. A. *et al.* Perceptions and experiences of elderly residents in a nursing home. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 81-86, dez. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000800013>. Acesso em: 22 jul. 2020.

HARMAND, M. G.-C. *et al.* Cognitive Decline After Entering a Nursing Home: a 22-year follow-up study of institutionalized and noninstitutionalized elderly people. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 15, n. 7, p. 504-508, jul. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.02.006>. Acesso em: 22 jul. 2020.

LINI, E. V.; PORTELLA, M. R.; DORING, M. Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1004-1014, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>. Acesso em: 22 jul. 2020.

MASEDA, A. *et al.* Effects of Multisensory Stimulation on a Sample of Institutionalized Elderly People with Dementia Diagnosis: a controlled longitudinal trial. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, v. 29, n. 5, p. 463-473, 6 mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1533317514522540>. Acesso em: 22 jul. 2020.

MELO, D. M. de; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p.

3865-3876, dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>. Acesso em: 22 jul. 2020.

MELLO, B. L. D. de; HADDAD, M. do C. L.; DELLAROZA, M. S. G. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. *Acta Scientiarum. Health Science*, Maringá, v. 34, n. 1, p. 1-8, 9 jan. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v34i1.7974>. Acesso em: 22 jul. 2020.

NUNES, V. M. de A. *Avaliação gerontológica multidimensional das condições de saúde de idosos residentes em instituições de longa permanência*. 2012. 104 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/13275>. Acesso em: 22 jul. 2020.

NUNES, V. M. de A. *Qualidade de vida na perspectiva de idosos institucionalizados no Município de Natal – RN*. 2008. 121 f. Dissertação (Mestrado em Assistência à Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/14638>. Acesso em: 22 jul. 2020.

TRINDADE, A. P. N. T. da *et al.* Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 26, n. 2, p. 281-289, jun. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-51502013000200005>. Acesso em: 22 jul. 2020.

ZIMMERMMANN, I. M. de M. *et al.* Idosos institucionalizados: comprometimento cognitivo e fatores associados. *Geriatrics Gerontology Aging*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 86-92, 1 set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5327/z2447-2115201500030003>. Acesso em: 22 jul. 2020.

EIXO TEMÁTICO V

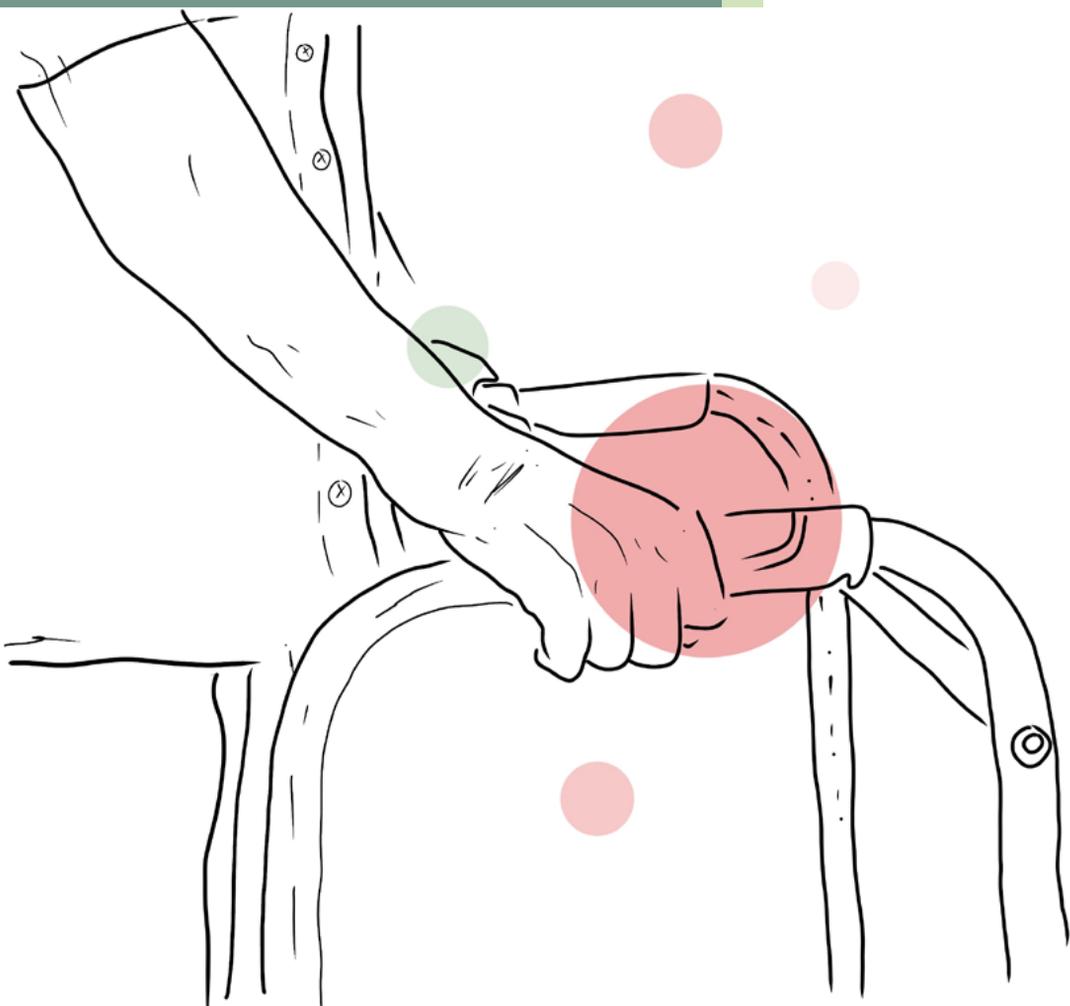
**Aspectos relacionados à
funcionalidade da pessoa idosa**

27 Aspectos de vulnerabilidades na pessoa idosa

Izabel Cristina Santos do Nascimento

Mayara Priscilla Dantas Araújo

Vilani Medeiros de Araújo Nunes



Introdução

Com o aumento da expectativa de vida, houve também o aumento no número de pessoas idosas portadoras de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) devido a alterações decorrentes do processo de envelhecimento que podem ocasionar sequelas e comprometer a saúde física, social, mental e familiar, além da necessidade contínua de cuidados sociais e de saúde (LANA; SCHENEIDER, 2014).

Essas alterações podem contribuir para o surgimento da síndrome da fragilidade, estado de vulnerabilidade fortemente prevalente entre idosos longevos (acima de 80 anos) e que favorece a institucionalização dessas pessoas pelo aumento na demanda de cuidados. Essa síndrome é considerada um indicador negativo da qualidade da assistência e uma ameaça à saúde da terceira idade, devido a esse grupo, frágil, correr mais riscos para desfechos adversos à saúde, como quedas, incapacidades, sarcopenia e depressão que podem levar à hospitalização e à morte (FLUETTI *et al.*, 2018; MELO *et al.*, 2018).

O processo de institucionalização constitui-se como um grande desafio, tanto social quanto de políticas públicas. Culturalmente, é a família que assume o papel de cuidar da pessoa idosa, todavia, muitas vezes os familiares não estão capacitados a enfrentarem as dificuldades inerentes a esse cuidado, seja devido ao aumento do grau de dependência do idoso ou pela ausência de suporte social e financeiro, comprometendo o bem-estar e a qualidade de vida, e aumentando a exposição a novos agravos. Dessa forma, os familiares optam pela institucionalização com o intuito de garantir uma assistência adequada ao idoso (CRUZ *et al.*, 2017).

Desenvolvimento

Alguns pontos importantes devem ser considerados ao se discutir sobre a vulnerabilidade na pessoa idosa, sendo a fragilidade e a qualidade de vida fatores que poderão contribuir para tal questão.

Fragilidade na pessoa idosa

É necessário diferenciar fragilidade de incapacidade. Esta implica na presença de limitações físicas e/ou cognitivas, que impedem ou dificultam a realização de atividades cotidianas de forma independente. Já aquela está associada à presença de múltiplas comorbidades e ao aumento do número de desfechos

adversos em saúde, como hospitalizações recorrentes, incapacidade funcional e morte prematura. Fica demonstrado que a incapacidade pode ser considerada um desfecho e/ou componente que contribui para o desenvolvimento da fragilidade em pessoas idosas institucionalizadas (BERLEZI *et al.*, 2019; JEREZ-ROIG *et al.*, 2016).

Nesse contexto, a síndrome da fragilidade pode ser definida como um processo fisiopatológico resultante de alterações em uma série de mecanismos biológicos que leva a modificações de múltiplos sistemas e ocasiona a quebra do equilíbrio homeostático. Ou seja, a fragilidade é um estado de vulnerabilidade no qual o indivíduo idoso, em determinado momento, acaba não sabendo lidar com estresses orgânicos ou fisiológicos do processo de envelhecimento, culminando em desfechos adversos à saúde (FREITAS, 2016; CRUZ *et al.*, 2017; LOURENÇO *et al.*, 2018).

As condições associadas à piora do quadro de fragilidade em pessoas idosas estão relacionadas à presença de limitações físicas, incapacidades e autopercepção negativa da saúde. A autopercepção é um indicador do estado de saúde do idoso, sendo uma medida subjetiva, capaz de avaliá-lo de forma eficaz, confiável, rápida e de baixo custo, e expressa aspectos físicos, cognitivos e emocionais relacionados ao bem-estar (CARNEIRO *et al.*, 2019).

Além desses fatores, a piora da fragilidade está associada ao comprometimento do estado nutricional e à qualidade da dieta, pois quanto melhor a qualidade da dieta menor o risco de fragilidade. A polifarmácia também pode levar à fragilização do idoso por estar associada à presença concomitante de diferentes condições ou aos seus agravamentos, além da forma que os medicamentos agem no organismo dos usuários e dos efeitos adversos decorrentes da interação medicamentosa, podendo gerar eventos estressores e, conseqüentemente, à piora da fragilidade desses indivíduos (CARNEIRO *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Como forma de caracterizar a fragilidade, Fried *et al.* (2001) propuseram cinco critérios para sua identificação, que são: perda de peso não intencional, fraqueza muscular, redução do nível de atividade física, exaustão e diminuição da velocidade da marcha. Segundo esses critérios, o idoso frágil é aquele que apresenta três ou mais dessas características e o idoso com nível intermediário de fragilidade, o que apresenta uma ou duas características.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) traz como protocolo para identificação do idoso vulnerável o VES-13 (*Vulnerable Elders Survey-13*), instrumento simples e de fácil aplicabilidade, que pode ser respondido por qualquer pessoa, até mesmo pelo próprio idoso, com base em habilidades

necessárias para realizar atividades diárias, sendo dividido em quatro itens: idade, autopercepção de saúde, limitação física e incapacidade. Cada item recebe uma pontuação que, no somatório final, pode variar de 0 a 10. Pontuação maior ou igual a 3 pontos requer uma atenção especial por significar risco 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte, quando comparado a idosos com pontuação \leq . A pontuação obtida pode ser representada na forma gráfica, permitindo o acompanhamento longitudinal do idoso, dessa forma, facilita a identificação e avaliação pela equipe de saúde das necessidades dos idosos de acordo com a faixa que o idoso se encontra (BRASIL, 2018; MAIA *et al.*, 2012).

Figura 1 – Características da fragilidade no idoso

Fragilidade no idoso

Quadro de caráter físico, psicológico e social definido pela presença, entre outros fatores, de:

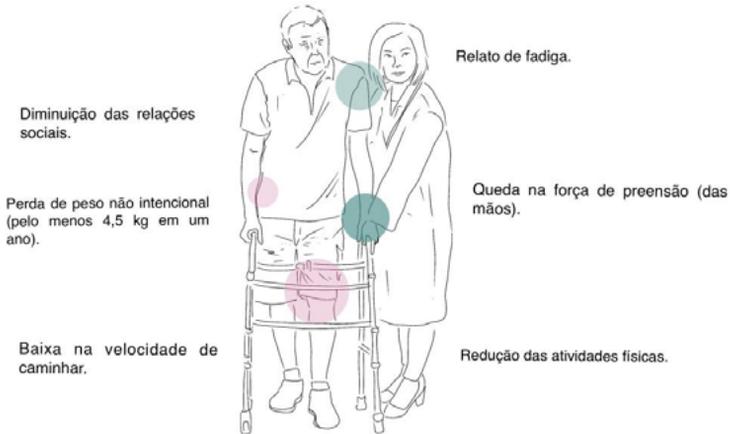


Ilustração: Giulia Gabriela

Estratégias para qualidade de vida da pessoa idosa vulnerável

A fragilidade é uma síndrome complexa e multidimensional, que pode levar a desfechos adversos à saúde. Dessa forma, é necessário que os profissionais que atuam no cuidado à pessoa idosa conheçam seus fatores de risco e as formas de identificá-la, que podem ser feitas por meio de instrumentos

como o VES-13, e saibam como intervir para reduzir os riscos, evitar agravamento e melhorar o quadro do indivíduo, podendo até mesmo reverter a fragilidade (CARNEIRO *et al.*, 2017).

Com isso, a partir dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados, foram propostas ações multidisciplinares para manutenção do seu bem-estar e da sua qualidade de vida, sendo elas:

- Autopercepção da saúde: auxiliar na assistência do autocuidado; encorajar o processo de tomada de decisão e a participação em grupos de apoio/terapia; promover a capacidade de resiliência; escuta ativa e aconselhamento; ofertar suporte emocional; promover a melhora do sono.
- DANT: monitorar o uso de medicamentos, principalmente os inapropriados para pessoas idosas, e ocorrência de eventos adversos; prevenção da polifarmácia; controle da dor; documentar no prontuário e na CSPI as mudanças nas condições de saúde; promoção da comunicação efetiva; capacitação dos profissionais; supervisão contínua do enfermeiro e de sua equipe.

- **Nutrição:** Realizar acompanhamento nutricional periódico através da identificação de fatores que contribuem para a má nutrição para que seja possível melhorar e/ou manter um bom estado nutricional, enfatizando a importância de alimentos naturais e minimamente processados.
- **Limitação física:** identificar e prevenir a perda de massa muscular; realizar treinamento para melhorar a força muscular, conforme apropriado; contribuir com o engajamento espontâneo, para a prevenção de quedas e para a melhora da energia e da disposição pela realização de atividades físicas.
- **Cognição e incapacidades:** auxiliar na prevenção e na redução da ansiedade e/ou depressão; promover a estimulação cognitiva, a independência e a autonomia; melhora da socialização; escuta ativa e aconselhamento; prescrição e administração de medicamentos para controle de estresses; estimular o exercício de atividades básicas do cotidiano.

A identificação precoce da fragilidade e das condições relacionadas a ela permite a realização de ações de saúde para a promoção e a reabilitação da saúde das pessoas idosas. Para isso, é imprescindível a utilização da CSPI no auxílio

da identificação da fragilidade de idosos institucionalizados (CARNEIRO *et al.*, 2017; FLUETTI *et al.*, 2018).

Considerações finais

Diante disso, faz-se necessária a adoção de práticas seguras no cuidado à pessoa idosa, além da ampliação do olhar nesse cuidado à saúde. São necessárias mudanças na organização do processo de trabalho, e na sensibilização e na capacitação dos profissionais envolvidos, para que seja possível identificar os fatores que contribuem para a fragilidade e cuidar dos que apresentam essa condição.

Referências

- BERLEZI, E. M. *et al.* Estudo do fenótipo de fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 11, p. 4201-4209, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.31072017>. Acesso em: 22 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasil: Ministério da Saúde, 2018.
- CARNEIRO, J. A. *et al.* Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 4, p. 780-785, jul./ago. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690304i>. Acesso em: 22 jul. 2020.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Cuidados em saúde estão associados à piora da fragilidade em idosos comunitários. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, p. 1-10, abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000829>. Acesso em: 22 jul. 2020.

CRUZ, D. T. *et al.* Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade. Universidade de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 1-13, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007098>. Acesso em: 20 jul. 2020.

FLUETTI, M. T. *et al.* Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 21, n. 1, p. 62-71, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170098>. Acesso em: 22 jul. 2020.

FREITAS, C. V. *et al.* Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 119-128, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14244>. Acesso em: 25 jul. 2020.

FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, v. 56, n. 3, p. 146-156, mar. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>. Acesso em: 22 jul. 2020.

JEREZ-ROIG, J. *et al.* Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 11, p. 3367-3375, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.15562015>. Acesso em: 25 jul. 2020.

LANA, L. D.; SCHENEIDER, R. H. Síndrome da fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e*

Gerontologia, v. 17, n. 3, p. 673-680, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.12162>. Acesso em: 22 jul. 2020.

LOURENÇO, R. A. *et al.* Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 12, n. 1, p. 121-135, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520181800023>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MAIA, F. de O. M. *et al.* Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, p. 116-122, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000700017>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MELO, E. M. de A. *et al.* Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. *Saúde Debate*, v. 42, n. 117, p. 468-480, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811710>. Acesso em: 25 jul. 2020.

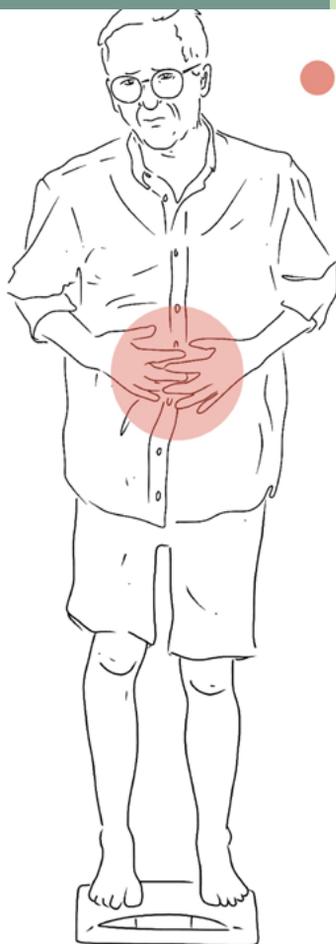
OLIVEIRA, F. M. R. L. de *et al.* Síndrome do idoso frágil: análise conceitual de acordo com Walker e Avant. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, supl. 3, e20190601, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0601>. Acesso em: 22 jul. 2020.

28 Desnutrição, diarreia e desidratação na pessoa idosa

Larissa de Albuquerque Costa

Natalia Raiane Silva Vieira

Natália Coelho Luis Benati



Introdução

A manutenção do bom estado nutricional pode contribuir para um envelhecimento mais saudável, uma vez que, no processo de envelhecimento, ocorrem diversas alterações fisiológicas. Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), quando se trata de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), é importante que o cuidado seja ofertado de forma segura aos residentes. Para isso, alguns indicadores de saúde precisam ser obrigatoriamente notificados, tais como, taxa de mortalidade, doenças diarreicas, escabiose, lesão por pressão, desnutrição, desidratação, quedas e tentativas de suicídio. A partir da identificação desses indicadores, os idosos poderão ser monitorados e, conseqüentemente, tornar-se-á mais fácil o delineamento de planos de cuidados, de acordo com as notificações (BRASIL, 2005; CAVALCANTE *et al.*, 2016).

Desenvolvimento

O nutricionista é formalmente responsável pelos aspectos relacionados à alimentação. No entanto, torna-se importante que todos os profissionais que prestam cuidados à pessoa idosa saibam identificar as principais alterações nutricionais e buscar condutas para minimizar seus efeitos e complicações previstos, buscando manter um bom estado nutricional (PASCOAL *et al.*, 2019).

Diante disso, há três indicadores que possuem relação direta com o estado nutricional da pessoa idosa: a desnutrição, a diarreia e a desidratação. A diarreia, uma vez negligenciada, pode levar a desidratação grave e, quando associada à desnutrição, pode levar ao óbito (BRASIL, 2019).

Desnutrição

A desnutrição se dá pelo consumo de uma dieta inadequada ou má absorção de nutrientes, que resulta na alteração da composição corporal e no declínio da função física e mental. Pode ser ocasionada por consequência de algum quadro patológico, por fatores socioeconômicos, como a privação alimentar, por fatores psicológicos e/ou pelo envelhecimento em idosos frágeis (CEDERHOLME *et al.*, 2017; BRASIL, 2005).

A deficiência proteico-calórica é considerada um agravo comum entre os idosos e apresenta como principal complicação a piora da resposta imunológica, o que favorece o desenvolvimento de lesão por pressão, retarda a cicatrização, compromete a qualidade de vida e aumenta o risco de mortalidade, por isso, ainda é uma preocupação mundial. Estudos apontam que algumas características das ILPI tornam o idoso institucionalizado mais vulnerável à desnutrição, principalmente os que apresentam depressão, comprometimento cognitivo e funcional e dificuldade de deglutição (DAMO *et al.*, 2018; TOLEDO *et al.*, 2018).

Apesar de ser um processo natural, o envelhecimento tem como característica a redução progressiva da atividade celular, gerando alterações anatômicas, metabólicas, funcionais e psicossociais, que podem interferir no estado nutricional da pessoa idosa (CEOLIN; DALLEPIANE, 2016), como descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Fatores biopsicossociais que interferem no estado nutricional da pessoa idosa

Fatores fisiológicos inerentes da idade	Definição
---	-----------

Anorexia do envelhecimento	É uma das principais causas de perda de peso em idosos. A perda de apetite ou a saciedade precoce pode ser gerada por fatores biopsicossociais, acarretando no desequilíbrio da sensação de fome e de saciedade, provocado por alterações hormonais e de neurotransmissores.
Alterações sensoriais	Redução da visão, do olfato e do paladar e, como consequência, do apetite, por falta de estímulos que geram o prazer em se alimentar.
Xerostomia	É o ressecamento da boca e pode ser causada pela redução da secreção salivar, pela diminuição do consumo de água, por alguma patologia e pelo uso de alguns fármacos (antidepressivos, por exemplo). A falta de saliva dificulta o consumo de alimentos, interferindo na deglutição e no apetite do idoso.
Dificuldade de mastigação	Dentição incompleta; prótese inadequada.
Disfagia	Dificuldade para engolir líquidos ou alimentos sólidos.

Alterações digestivas	Intolerância alimentar; diminuição da secreção gástrica, do fator intrínseco e da pepsina e, conseqüentemente, reduzindo a biodisponibilidade de B12, de cálcio, de zinco, de ferro e de folato, interferindo na digestão e absorção de alguns nutrientes; redução da motilidade intestinal, que pode causar constipação ou diarreia.
Situações Psicossociais	Demência, depressão, luto, isolamento social e residir em ILPI.
Declínio cognitivo e funcional	Perda da capacidade funcional e da autonomia, o que torna o idoso mais dependente dos cuidados de outra pessoa.
Condições ambientais	Alimentação, atividade física e estilo de vida.
Alteração da composição corporal	Redução da massa magra, aumento da massa gorda, perda da massa óssea e sarcopenia.
Doenças crônicas	Câncer, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), doenças inflamatórias intestinais, insuficiência cardíaca congênita e insuficiência renal crônica.
Polifarmácia	Uso de cinco ou mais medicações. Alguns fármacos podem apresentar efeitos colaterais, como anorexia, náuseas, diarreia, aumento da necessidade de alguns nutrientes, distúrbio de paladar e ressecamento da boca.

Fonte: Adaptado de Cederholme *et al.* (2017) e Mann e Truswell (2011)

Para uma conduta mais eficiente e eficaz, bem como para uma recuperação mais rápida do indivíduo, é importante detectar o risco de desnutrição o quanto antes. Sendo assim, é imprescindível a escolha de ferramentas validadas e adequadas ao contexto em que estão inseridos os indivíduos a ser avaliados (TOLEDO *et al.*, 2018).

Doença Diarreica Aguda (DDA)

O consumo de alimentos saudáveis e variados, principalmente vegetais, também tem grande relevância no que se refere à microbiota intestinal e, conseqüentemente, à saúde da pessoa idosa. Sendo assim, manter uma boa diversidade de microrganismos benéficos pode reduzir o risco de diarreia, associada ao *Clostridium difficile*, que é considerada uma das principais complicações que afetam o idoso (JEFFERY; LYNCH; O'TOOLE *et al.*, 2016; TORRES *et al.*, 2016).

A Doença Diarreica Aguda (DDA) tem como principal característica o aumento dos episódios de evacuações (mais de três vezes ao dia), com a modificação da consistência das fezes, de amolecida para líquida. O indivíduo também pode apresentar vômito, febre, dor abdominal ou a presença de sangue nas fezes. A diarreia aguda dura, em média, de dois a 14 dias e é auto limitante. Como ocorre uma aceleração no trânsito do conteúdo intestinal pelo intestino delgado, a

absorção de água e de nutrientes fica comprometida, sendo estes eliminados junto às fezes, contribuindo para a perda de líquido e eletrólitos, principalmente sódio e potássio. Em casos mais graves, pode levar à desidratação, à desnutrição e até ao óbito. Já nas inflamações ou doenças que afetam o cólon, não há tanta perda de nutrientes, pois a maioria é absorvida pelo intestino delgado (BRASIL, 2005; MAHAN; SCOTT-STUMP; RAYMOND *et al.*, 2012).

Nesse sentido, visando o controle de doenças transmitidas por alimentos (DTA), a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 216/2004 da ANVISA preconiza as boas práticas de manipulação de alimentos. Logo, as ILPI devem seguir suas normativas que indicam medidas importantes para a proteção e saúde dos usuários, como a correta higienização das instalações, dos móveis e dos utensílios, controle de vetores e pragas urbanas, o abastecimento de água, o manejo de lixo, o bom comportamento e a higiene pessoal do manipulador de alimentos, a seleção, o armazenamento, o preparo e a distribuição dos alimentos (BRASIL, 2004).

Quanto à prevenção da DDA infecciosa de contaminação orofecal, não é preciso grandes investimentos financeiros ou de tecnologias complexas; atitudes simples, como a higienização correta das mãos, que faz parte das seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Além disso, é necessário acesso à

água potável, ao saneamento, ao consumo de alimentos higienizados adequadamente para evitar essa infecção (WALKER; WALKER, 2014; ARAÚJO, 2014).

Desidratação

Em um adulto saudável, cerca de 60% do seu peso corporal é proveniente de água. Já em idosos do sexo masculino, esse número cai para 50% e, em idosas, para 40%, por apresentar mais tecido adiposo. Entre suas várias funções, a água é necessária para o transporte de eletrólitos e de nutrientes, para regular a temperatura corporal e manter a estrutura de formação das células. Porém, o consumo de água é constantemente esquecido, principalmente quando se refere à pessoa idosa (LOPES, 2014).

Araújo (2013) diz que o consumo de água do idoso é semelhante ao do adulto jovem, no entanto, algumas mudanças decorrentes da terceira idade podem comprometer o equilíbrio hídrico, favorecendo a desidratação. A ingestão diária recomendada para o adulto sedentário é de 2L para mulheres e 2,5L para homens. Já no idoso, a redução da capacidade da concentração renal deve ser considerada. Mann e Truswell (2011) recomendam uma média de 1,5L/dia entre as refeições, porém, a quantidade ideal pode variar de acordo com a situação de cada um. Por exemplo, os que utilizam

diuréticos devem ingerir uma quantidade maior de líquido. No entanto, alguns idosos com comprometimento renal podem ter restrições quanto ao consumo de água.

A falta de apetite e de sede na pessoa idosa são os fatores que mais impactam para o estado de desidratação. A desinformação por parte do próprio idoso e do profissional que pratica o cuidado, colabora para essa condição. A incontinência pode levar ao baixo consumo de água e de alimentos que a contenham. Insuficiência renal, vômitos, diarreia, febre com suor excessivo, assim como a diabetes (falta de produção de hormônio antidiurético – HAD), são fatores fisiológicos que contribuem para desidratação (ARAÚJO, 2013).

Os sinais e os sintomas mais comuns de desidratação na pessoa idosa são: a boca seca (mucosa e língua), as axilas e a pele seca, sinais de obstipação, alterações de cor e do odor da urina, além de sua diminuição, o cansaço físico e mental, a perda da capacidade de atenção e de memória, dores de cabeça e também a perda acentuada de peso. Esses indícios devem ser levados em consideração por cuidadores e profissionais da saúde (MESSINGER-RAPPORT *et al.*, 2009).

A pessoa idosa que se encontra em estado de desidratação constante pode perder os mecanismos compensatórios e a sua perfusão tecidual pode ficar comprometida, além de aumentar os riscos de quedas associadas a fraturas, de

confusão, de delírio, de lesão por pressão, de dificuldades na cicatrização, de constipação, de infecções (principalmente urinária), de nefrolitíase, de insuficiência renal, de toxicidade medicamentosa, de acidente vascular encefálico, de trombozes venosas e de enfarte agudo do miocárdio (COSTA, 2015).

O consumo de água deve ser sempre estimulado, mesmo que o idoso não tenha sede, e, assim como outros líquidos, ela deve ser servida em pouca quantidade. Essa ingestão deve ser reforçada nas épocas mais quentes do ano e quando o idoso apresentar febre ou diarreia. Sendo importante que a água seja potável e segura de acordo com o controle higiênico sanitário. Os cuidadores podem avaliar a ingestão líquida através da observação da urina (cor e volume). (LOPES, 2014).

Considerações finais

O bom estado nutricional da pessoa idosa é fundamental para a sua qualidade de vida e requer o comprometimento de toda a equipe da ILPI, bem como a dos profissionais da Atenção Básica que assistem à instituição. Deve haver também ênfase na identificação precoce de condições de desnutrição, na notificação por meio do registro em prontuário e na implementação de protocolos de tratamento, de avaliação e de seguimento. A desnutrição, a doença diarreica e a desidratação

devem ser prevenidas garantindo um cuidado mais seguro nas ILPI e uma boa manutenção da saúde do idoso.

Referências

ARAÚJO, C. M. A. *Tratamento da Diarreia Aguda*. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2014.

ARAÚJO, M. L. A. *A desidratação no idoso*. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Porto, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. *RDC n. 283*, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html. Acesso em: 21 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de vigilância em saúde*. Brasília: Secretaria de vigilância em saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *RDC n. 216*, de 15 de setembro de 2004. Aprova o regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2004.

CAVALCANTE, M.L.S.N. *et al*. Indicadores de saúde e a segurança do idoso institucionalizado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 602-609, 2016.

CEDERHOLM, T. *et al*. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, v. 36, n. 1, p. 49-64, 2017.

CEOLIN, J.; DALLEPIANE, L. B. Comparação Seriada da Miniavaliação Nutricional em Idosos Institucionalizados. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 327-333, 2016.

COSTA, E. R. G. *A desidratação no idoso*. 2015. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015.

DAMO, C. C. *et al.* Risco de desnutrição e os fatores associados em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 735-742, 2018.

JEFFERY, I. B.; LYNCH, D. B.; O'TOOLE, P. W. Composition and temporal stability of the gut microbiota in older persons. *The ISME Journal*. v. 10, n.1, p. 170-182, 2016.

LOPES. A. R. C. *Desidratação no idoso: artigo de revisão*. 2014. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014.

MAHAN, L. K.; SCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J. L. *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2012.

MANN, T.; TRUSWELL, A. S. *Nutrição Humana*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MESSINGER-RAPPORT, B. J. *et al.* Clinical Update on Nursing Home Medicine. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 10, n. 8, p. 530-553, 2009.

PASCOAL, V. *et al.* *Nutrição funcional & alimentos brasileiros: um caminho para longevidade*. São Paulo: Editora Metha, 2019.

TOLEDO, D. O. *et al.* Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. *Braspen J.*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 86-100, 2018.

TORRES, J. D. P. R. V. *et al.* Microbiota intestinal e associações com desordens clínicas em função da faixa etária de idosos: um estudo analítico transversal. *Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento*. Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 263-281, 2016.

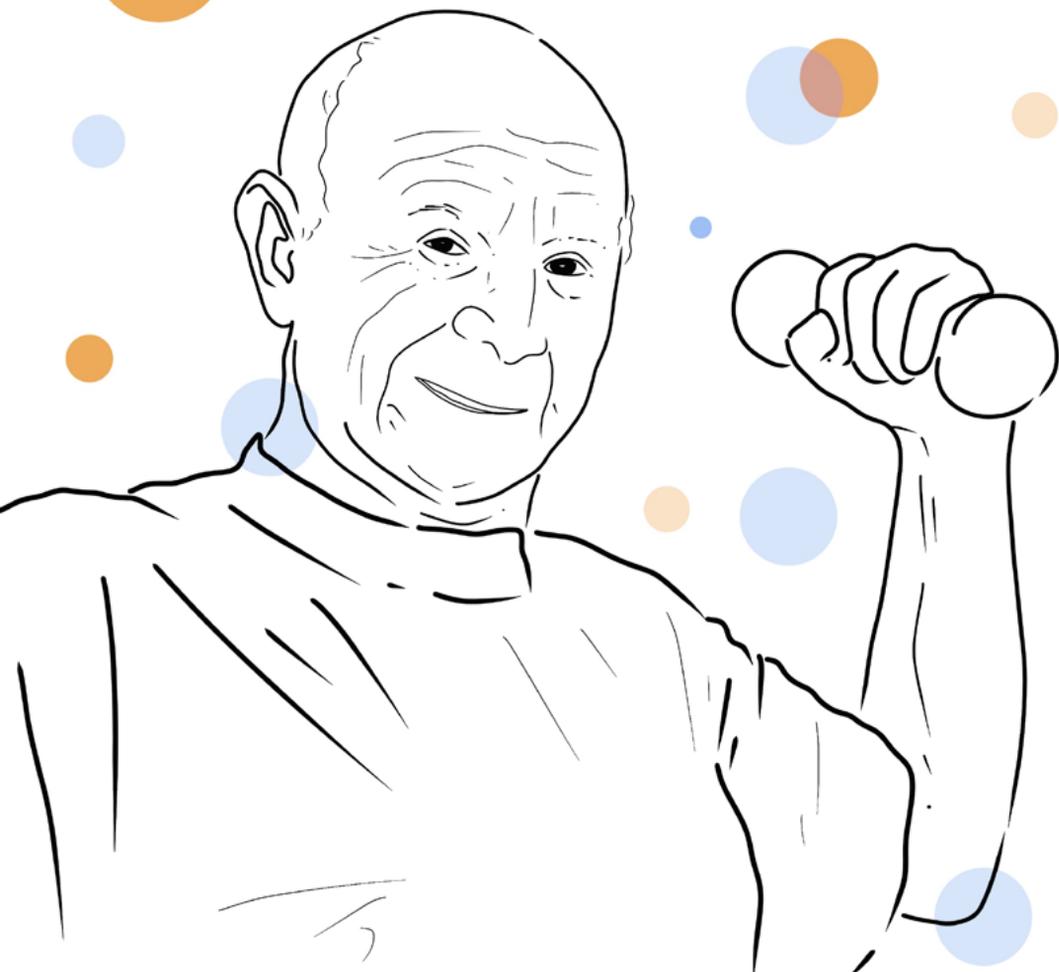
WALKER, C. L. F.; WALKER, N. The Lives Saved Tool (LiST) as a model for diarrhea mortality reduction. *BMC Medicine*, v. 12, n. 70, p. 2-13, 2014.

29 Comportamento sedentário e atividade física na pessoa idosa

Pau Farrés Godayol

Joan Ars Ricart

Javier Jerez Roig



Introdução

A população idosa constitui o segmento mais sedentário da população, gastando aproximadamente 80% (entre 5 e 9 horas) das horas de vigília durante o sono, e acumulando menos atividade física do que qualquer outro segmento populacional, segundo uma revisão sistemática realizada por Harvey, Chastin e Skelton (2015) com amostras de 10 países. Além disso, Van der Ploeg *et al.*, (2013) determinaram em seu estudo que o sedentarismo na população idosa tem aumentado progressivamente nas últimas três décadas.

De acordo com o projeto de consenso sobre terminologia, realizado pela Sedentary Behaviour Research Network (SBRN), a inatividade física significa nível de atividade física insuficiente para atender às recomendações internacionais, enquanto é considerado sedentário qualquer comportamento realizado no período de vigília, caracterizado por um gasto energético $\leq 1,5$ equivalentes metabólicos (MET), na posição sentada, reclinada ou deitada (TREMBLAY *et al.*, 2017).

Segundo Chastin *et al.* (2015), os determinantes do comportamento sedentário podem ser o próprio envelhecimento natural, a solidão, o emprego e a ocupação dos tempos livres na aposentadoria, o nível de educação, os fatores ambientais e, finalmente, o estado de saúde e os hábitos de vida.

Desenvolvimento

Em nível biológico, tanto a inatividade física como o envelhecimento têm sido associados ao aumento da inflamação e da resistência anabólica. Há uma deterioração microvascular causada pela resistência à insulina, que leva a um desequilíbrio no *turnover* proteico, o que causa uma diminuição na síntese proteica muscular e um aumento na degradação proteica, resultando num crescimento da atrofia do músculo esquelético. Da mesma forma, a inatividade física pode causar uma menor ativação das células satélites, também relacionada à atrofia. Nesse sentido, segundo Davies *et al.*, (2019), ser fisicamente ativo está associado a um melhor perfil antropométrico e metabólico de saúde. O estudo de Nair (2005) afirma que a redução dos níveis de atividade física com o avanço da idade parece ser uma característica própria do processo de envelhecimento, resultante da interação entre a redução na função mitocondrial no músculo esquelético e outros fatores

regulatórios ainda não conhecidos, que afetam a motivação dos idosos para a prática dessas atividades (NAIR, 2005).

Por outro lado, o sedentarismo, independentemente da atividade realizada, está associado a efeitos metabólicos nocivos, tais como o aumento da resistência periférica à insulina e à inflamação, as alterações na sinalização da insulina, na lipólise do tecido adiposo, nas vias mitocondriais, no acúmulo de gordura no fígado e em outros órgãos e em uma menor quantidade de colesterol HDL – lipoproteína de alta densidade (DAVIES *et al.*, 2019).

A exposição prolongada a padrões de comportamento sedentário e inatividade física não apenas eleva o risco de exacerbção de patologias concomitantes específicas do indivíduo e das múltiplas patologias crônicas, mas também causa perda de massa muscular devido ao desuso (sarcopenia secundária) e perda de densidade óssea, aumentando o risco de quedas, fragilidade e dependência (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

Entendemos a sarcopenia como uma síndrome caracterizada pela perda progressiva da massa muscular esquelética e da função muscular, com risco de resultados adversos, podendo ser classificada como primária ou secundária, dependendo da sua etiologia. A sarcopenia primária possui relação com a idade quando não há nenhuma outra causa específica,

enquanto a secundária é causada por fatores exógenos ao envelhecimento natural (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

Esta importante perda de funcionalidade e de força coloca a pessoa idosa numa situação de fragilidade, que, de acordo com Dent *et al.*, (2019, p. 773), é definida como um “estado clínico onde há um aumento da vulnerabilidade do indivíduo para desenvolver dependência e/ou mortalidade quando exposto a um fator de estresse”. Essa situação é presente no mundo inteiro e constitui um dos principais contribuintes para o declínio funcional e a morte prematura dos idosos. Sendo esse um estado dinâmico, potencialmente reversível, especialmente em seus estágios iniciais, os principais pontos de abordagem para revertê-lo são os seguintes: o manejo da medicação e da sarcopenia, as causas tratáveis de perda de peso e de fadiga, o apoio social e a suplementação proteica.

O indivíduo frágil apresenta uma autonomia geralmente preservada, porém, com uma vulnerabilidade acrescida para sofrer eventos de saúde adversos, que podem ser acompanhados pelo aumento da incapacidade, pela deficiência cognitiva, pela hospitalização, por quedas e até mesmo pela morte (DENT *et al.*, 2019). Há uma relação direta entre a sarcopenia e a fragilidade que pode ser observada em um estado de baixa condição física. Portanto, a terapia de primeira linha para o tratamento da fragilidade e da perda muscular deve

incluir um programa de atividade física multicomponente de treinamento baseado principalmente na força.

De acordo com o *American College of Sports Medicine*, em seu Guia de Benefícios e Riscos Associados à Atividade Física, a atividade física é definida como qualquer movimento do corpo produzido pelo sistema musculoesquelético que resulte em gasto energético acima do metabolismo basal (≤ 1.5 METs). Existem três tipos de intensidade para classificar a atividade física: muito leve ou leve (3 METs), moderado (3-6 METs) e vigoroso (≥ 6 METs) (THOMPSON, 2014).

Segundo as recomendações da OMS (2010), é aconselhável que os idosos com uma condição crônica ou patologia realizem uma avaliação médica prévia antes de iniciar qualquer programa de atividade física. Para satisfazer os requisitos de atividade física mínima, recomenda-se um total de 150 minutos de exercícios físicos aeróbicos moderados ou 75 minutos de exercícios vigorosos por semana, ou uma combinação de ambos, em sessões de, pelo menos, 10 minutos. Para maior benefício, é aconselhável aumentar o tempo para 300 minutos de atividade física aeróbica moderada ou 150 minutos de atividade vigorosa por semana. Os idosos com mobilidade reduzida devem realizar exercícios de equilíbrio três dias por semana para evitar quedas. Aqueles que não podem se

exercitar devem ser mantidos fisicamente ativos, de acordo com suas condições (OMS, 2010).

A literatura atual permite estabelecer uma relação direta entre a condição física e o risco de mortalidade em adultos. A força muscular é um componente crucial da aptidão física, com um papel relevante na prevenção e no tratamento de quase todas as doenças crônicas, cuja incidência tende a aumentar com a idade. A baixa massa muscular contribui significativamente para o estado de fragilidade. No processo de saúde-doença, contribui sob a forma de maiores complicações pós-operatórias, para uma maior permanência hospitalar, para a redução da função física, para uma pior qualidade de vida e uma menor sobrevida (JOCHEM *et al.*, 2019).

Mandsager *et al.* (2018) publicaram um artigo sobre a maior coorte relatada (122.007 pacientes), com uma média de idade de 53,4 anos e um seguimento médio de 8,4 anos, no qual foi avaliada a associação entre aptidão aeróbica e mortalidade por todas as causas de idosos não institucionalizados submetidos a testes de estresse em esteiras.

De acordo com Cheng *et al.* (2018) e Mandsager *et al.* (2018), os resultados obtidos em seus estudos sinalizam uma associação entre o aumento da frequência cardíaca e a redução da mortalidade a longo prazo. O risco de morte é apontado quando a redução da frequência cardíaca foi maior ou igual

aos fatores de risco clínicos tradicionais, como doenças cardiovasculares, diabetes e tabagismo. O grupo com a melhor condição física reduziu o risco de mortalidade em até 80%, em comparação aos grupos de pessoas que realizam poucas atividades físicas. Portanto, a aptidão cardiorrespiratória é um indicador modificável da mortalidade a longo prazo.

O aumento dos níveis de atividade física e a redução do comportamento desempenham um papel fundamental na prevenção e na redução do risco de doenças crônicas. Finalmente, é importante destacar o importante componente social que surge com a prática de exercícios em grupo, que constitui uma melhora na adesão a uma vida saudável e no combate ao isolamento social, diretamente relacionado ao estado de fragilidade dos idosos (OMS, 2015).

A realização de exercícios físicos é considerada uma prática planejada e repetitiva, feita com o objetivo de melhorar ou de manter a condição física e a saúde. São considerados uma modalidade terapêutica quando adaptados à patologia do indivíduo e prescritos por um profissional de saúde. Nesse caso, é essencial haver metas a serem alcançadas, que devem ser decididas pelo profissional e pelo idoso (DASSO, 2018).

É importante determinar a frequência, o volume, a intensidade, a recuperação e tipo de exercício a ser realizado. Seu programa deve seguir o princípio da individualização e

da progressão para otimizar os resultados a curto, a médio e a longo prazo (ACSM, 2018). Assim, os principais objetivos terapêuticos para os idosos devem ser:

- *Melhorar a força e a capacidade funcional:* permite-lhes combater o estado de sarcopenia e de fragilidade. A perda de força também é um fator determinante no risco de quedas. É necessário trabalhar sempre com exercícios funcionais e aplicar a dose ideal de trabalho para evitar o sobretreinamento e possíveis lesões ao indivíduo, bem como estímulos insuficientes para criar as adaptações anatômicas ideais.
- *Melhorar a capacidade aeróbica:* possui um papel relevante na realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária. A evidência mostra a importância de uma intensidade e duração ótimas para alcançar melhores benefícios.
- *Melhorar o equilíbrio e a flexibilidade:* o trabalho de equilíbrio estático e dinâmico é muito importante, pois está diretamente relacionado com a redução do risco de quedas e à melhoria do alcance das articulações.

- *Reduzir o comportamento sedentário*: as evidências atuais indicam que, se o exercício não for acompanhado por uma diminuição do comportamento sedentário, não haverá uma redução tão significativa dos fatores de risco derivados do sedentarismo remanescente. É necessário reduzir os longos períodos de descanso no comportamento sedentário, para promover o envelhecimento saudável e o bem-estar da pessoa idosa, adotando estratégias facilitadoras de mudança de atitudes sedentárias, integrando-os na sua vida diária e nas atividades básicas da vida diária, com o objetivo de aumentar os níveis de atividade física, tais como pausas ativas durante os seus períodos sedentários, ou adicionar exercícios simples de força de grandes grupos musculares em autocarga ao realizarem as suas atividades básicas da vida diária, envolvendo por um lado os benefícios do trabalho de força, e por outro lado o indivíduo em pé durante mais tempo e aumentando o seu gasto energético.
- *Capacitar*: visa tornar o idoso ativo no processo de tratamento ou de recuperação. É muito importante evitar a atitude passiva da pessoa idosa, que deve

conhecer e estar consciente da relação risco-benefício entre o exercício físico e a vida sedentária.

- *Fornecer ferramentas:* os profissionais da saúde precisam prover as informações necessárias para que o indivíduo tome ciência do seu estado de saúde, além de motivá-lo, acompanhá-lo e guiá-lo ao longo do processo. Dessa forma, estarão garantindo uma completa aderência ao programa de atividade física, proporcionando ao idoso um novo estilo de vida, muito mais saudável e ativo.

Considerações finais

É importante que a população idosa conheça e compreenda os riscos derivados do sedentarismo, aumentando os níveis de atividade física no dia a dia e, conseqüentemente, diminuindo os efeitos adversos. Assim como a prática de exercícios multicomponentes (força, aeróbica, equilíbrio e flexibilidade), para a melhora da saúde, função física, autonomia e redução dos custos com a saúde. Finalmente, deve ser enfatizada a importância da avaliação prévia, da prescrição correta e da supervisão por profissionais de saúde corretamente capacitados para a prescrição e para a realização de exercícios.

Referências

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. 10. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2018.

CHASTIN, S. F. M. *et al.* Systematic literature review of determinants of sedentary behaviour in older adults: A DEDIPAC study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 12, n. 1, p. 1-12, 2015.

CHENG, W. *et al.* Associations of leisure-time physical activity with cardiovascular mortality: A systematic review and meta-analysis of 44 prospective cohort studies. *European Journal of Preventive Cardiology*, v. 25, n. 17, p. 1864-1872, 2018.

CRUZ-JENTOFT, A. J. *et al.* Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, v. 48, n. 1, p. 16-31, 2019.

DASSO, N. A. How is exercise different from physical activity? A concept analysis. *Nursing Forum*, v. 54, n. 1, p. 45-52, jan. 2018.

DAVIES, K. A. B. *et al.* Reduced physical activity in young and older adults: metabolic and musculoskeletal implications. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, v. 10, p. 1-15, 2019.

DENT, E. *et al.* Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, v. 23, n. 9, p. 771-787, 2019.

HARVEY, J. A.; CHASTIN, S. F. M.; SKELTON, D. A. How sedentary are older people? A systematic review of the amount of sedentary behavior. *Journal of Aging and Physical Activity*, v. 23, n. 3, p. 471-487, 2015.

JOCHEM, C. *et al.* Association Between Muscular Strength and Mortality in Clinical Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 20, n. 10, p. 1213-1223, 2019.

MANDSAGER, K. *et al.* Association of Cardiorespiratory Fitness with Long-term Mortality Among Adults Undergoing Exercise Treadmill Testing. *JAMA Network Open*, v. 1, n. 6, e183605, 2018.

NAIR, K.S. Aging muscle. *The American Journal of Clinical Nutrition*, v. 81, n. 5, p. 953-963, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Global Recommendations On Physical Activity for Health*. Genebra, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud*. Genebra, 2015.

THOMPSON, P. Benefits and Risks Associated with Physical Activity. In: AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. 9. ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health, 2014, p. 2-14.

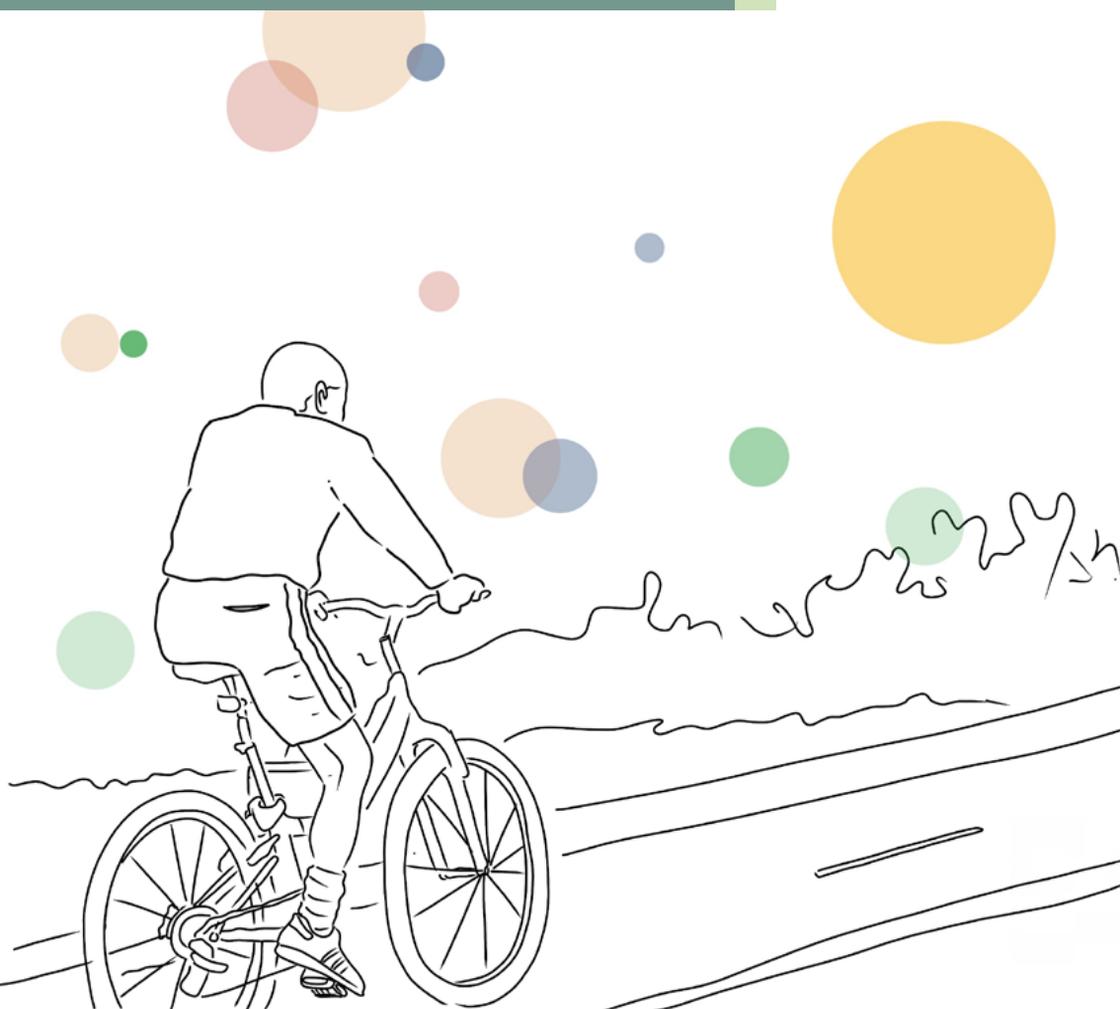
TREMBLAY, M. S. *et al.* Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 14, n. 1, p. 1-17, 2017.

VAN DER PLOEG, H. P. *et al.* Non-occupational sedentary behaviors: population changes in The Netherlands, 1975-2005. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 44, n. 4, p. 382-387, 2013.

30 Avaliação funcional na pessoa idosa institucionalizada

Pau Moreno-Martin

Javier Jerez-Roig



Introdução

Na atualidade, ao pensar sobre o conceito de saúde das pessoas idosas, em lugar da presença ou da ausência de doenças, deve ser considerada a capacidade funcional do indivíduo. Um idoso com doenças crônicas controladas e com funcionalidade ótima pode ser considerado saudável em comparação a outro indivíduo com as mesmas doenças, porém, sem controle sobre elas e com incapacidades associadas, já que uma boa capacidade funcional promove a liberdade e independência.

A funcionalidade pode ser entendida como a capacidade da pessoa em desempenhar determinadas atividades ou funções, utilizando-se de habilidades diversas para a realização de interações sociais, em suas atividades de lazer e em outros comportamentos do dia a dia. De modo geral, ela representa uma maneira de medir se um indivíduo é ou não capaz de desempenhar, independentemente, as atividades necessárias para cuidar de si e de seu entorno. De acordo com Simões *et al.* (2018), a capacidade funcional pode ser definida como a capacidade de um indivíduo para realizar uma tarefa ou uma ação, tendo em vista preservar as relações sociais e

sua sobrevivência de maneira independente e normal, de acordo com os comportamentos socialmente construídos. Pelo contrário, a incapacidade funcional implica a restrição em realizar atividades cotidianas e, como consequência, a necessidade de supervisão ou assistência de outra pessoa (SIMOES *et al.*, 2018).

Desenvolvimento

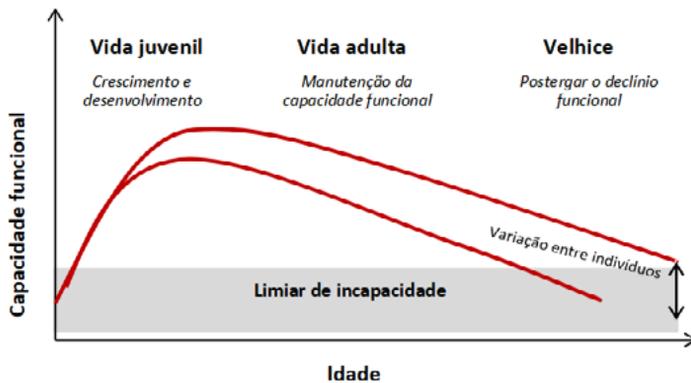
O processo de envelhecimento pode acarretar o declínio da aptidão física e da capacidade funcional, que se agrava com o sedentarismo, tornando as pessoas idosas dependentes de cuidados de terceiros. Essa realidade é mais comum entre os idosos institucionalizados, os quais convivem com várias consequências da inatividade. Nesse sentido, a avaliação da capacidade funcional para orientar intervenções específicas e seu acompanhamento é fundamental no combate às dependências preveníveis e na promoção de uma vida mais ativa.

Capacidade funcional ao longo da vida

Desde que nascemos, as funções do organismo vão se desenvolvendo até a idade adulta (aproximadamente entre 20 e 30 anos), onde este desenvolvimento atinge seu ponto máximo. A funcionalidade é um determinante importante no processo de envelhecimento fisiológico (Figura 1). Ela

aumenta conforme o desenvolvimento das funções de nosso organismo, de modo que quanto mais desenvolvido, mais funcionalidade terá, que, a partir de seu ponto máximo, tem início a fase de diminuição da performance (rendimento funcional). Esse declínio é lento e quase imperceptível, cuja velocidade depende de vários fatores multidimensionais, porém, é universal e inevitável (PERRACINI *et al.*, 2011). Assim, podemos compreender como a prevalência de incapacidade funcional aumenta de acordo com a idade. Aproximadamente 30% das pessoas de 65 anos ou mais e 55% daquelas com 85 anos ou mais apresentam alguma incapacidade funcional (SHAH *et al.*, 2012).

Figura 1 – Modelo de capacidade funcional ao longo da vida



Fonte: Jerez-Roig (2016), adaptado de Perracini e Fló (2011)

Como afirmado anteriormente, a diminuição da capacidade funcional depende da interação de vários fatores multidimensionais, como os aspectos biológicos, socioeconômicos e psicossociais. Há muitos fatores comumente associados com esta síndrome, a saber: a idade avançada, o gênero feminino, a baixa educação, a aposentadoria, ter baixo salário, uma hospitalização recente, a má nutrição, a inatividade física, a deterioração cognitiva, a depressão, a má percepção da saúde, a presença de doenças crônicas, entre outros (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

As atividades da vida diária podem ser classificadas por níveis: básicas (ABVD), instrumentais (AIVD) e avançadas (AAVD). As ABVD consistem em habilidades de autocuidado, como comer, se banhar, realizar higiene pessoal, se vestir ou se deitar. Uma pessoa apresentará uma maior incapacidade, segundo a dificuldade de realizar ABVD; quanto maior a dificuldade, maior a incapacidade. Quando não for capaz de realizar essas tarefas, há a necessidade da ajuda de cuidadores, tornando-a dependente. As AIVD são tarefas mais complexas do que as ABVD, já que envolvem habilidades mais controladas, seletivas e harmônicas de várias funções corporais ao mesmo tempo. Essas são atividades que mais adaptativas ou necessárias para a vida independente na sociedade, como fazer compras, usar o telefone, cozinhar, limpar a casa, administrar

o dinheiro, tomar medicamentos, usar o transporte público, entre outras. Finalmente, as AAVD são as atividades subjetivas e quotidianas mais complexas, relacionadas à execução de papéis sociais e influenciadas por fatores socioculturais e motivacionais (SIMOES *et al.*, 2018).

Além das AVD, outro componente essencial da avaliação funcional é a mobilidade, a qual pode ser definida como a capacidade de deslocar-se de um lugar a outro. Pode-se medi-la a partir de tarefas simples, como ir da cama à cadeira, até tarefas mais complexas que requerem alteração de movimento, resistência e força muscular, como andar distâncias longas ou subir e descer escadas. A mobilidade tem um grau de complexidade intermediária entre ABVD e AIVD (BRASIL, 2018).

As pessoas tendem a perder sua capacidade funcional de forma hierárquica (NIKOLOVA *et al.*, 2011). Frequentemente, a incapacidade nas AIVD precede a limitação funcional nas ABVD. A perda hierárquica destas geralmente começa com o banhar-se e continua, por ordem, com o vestir-se, com a realização da higiene pessoal, com a realização de transferências posturais, com o controle da continência e, finalmente, com o alimentar-se, uma tarefa considerada de perda tardia (JEREZ-ROIG *et al.*, 2017). Do mesmo modo, as AAVD são

preditoras do declínio funcional progressivo das AIVD e das ABVD (DIAS *et al.*, 2011).

A avaliação da capacidade funcional é fundamental e serve tanto como indicador da qualidade de vida do idoso, quanto para avaliar seu grau de dependência. Além disso, proporciona informações importantes para guiar a atenção dos profissionais e os serviços de saúde. Essa avaliação pode se proceder analisando-se a capacidade do idoso para desempenhar as ABVD, as AIVD e/ou a mobilidade.

Existem diferentes métodos para a avaliação da capacidade funcional; porém a Escala de Katz e o Índice de Barthel são possivelmente das mais populares. A Escala de Katz inclui seis ações (comer, traslado da cama à cadeira, caminhar, usar o banho, banhar-se e vestir-se), cada um dos quais apresenta um escore de medição da capacidade funcional de 0 (= incapaz de realizar a atividade sem ajuda completa), de 0,5 ou de 1 (= capaz de realizar a atividade com pouca ajuda ou sem ajuda, respectivamente). Depois, são somados, obtendo-se uma pontuação individual final, que pode ir de 0 a 6 (NUNES *et al.*, 2017).

Por outro lado, o Índice de Barthel avalia a independência dos pacientes para a realização de dez ABVD: comer, traslado da cama à cadeira, usar o banho, tomar banho, higiene pessoal (como escovar os dentes, barbear-se etc.),

vestir-se, caminhar, subir escadas e o controle do intestino e a da bexiga. O rendimento nesses domínios se classifica segundo o nível de assistência necessário; algumas ABVD pontuam mais do que outras (por exemplo, pontuações de transferência e mobilidade vão até 15 pontos, enquanto as de banho, só até 5 pontos) com um escore total máximo de 100 pontos (FIGUEIREDO *et al.*, 2014).

O Índice de Barthel é capaz de detectar algumas mudanças súbitas na independência funcional que não são aferidas pelo índice de Katz. No entanto, os dois métodos têm uma sensibilidade limitada para medir pequenas alterações ou melhorias na função das AVD (HARTIGAN, 2007). Para tal fim, se recomenda o Índice de Barthel Modificado, com cinco opções de resposta para cada item.

Existem outros instrumentos de medida de funcionalidade, como o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional OARS de Brasil (BOMFAQ), a Medida de Independência Funcional (FIM), a Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde (WHODAS), entre outros. O BOMFAQ avalia o grau de dificuldade (nenhum, pouco ou muito) em oito ABVD e sete AIVD, classificando o indivíduo segundo o número de tarefas comprometidas. A FIM é uma escala multidimensional que avalia 18 categorias, qualificadas mediante uma escala *Likert* de

sete pontos, agrupadas em 6 dimensões: o autocuidado, o controle do esfíncter, as transferências posturais, a locomoção, a comunicação e a cognição social. Já a WHODAS avalia o nível de funcionalidade baseado em seis domínios da vida: a cognição, a mobilidade, o autocuidado, a convivência com pessoas, as atividades da vida (trabalho, responsabilidades domésticas, escola e lazer) e a participação na sociedade (FERRER *et al.*, 2019).

A incapacidade funcional geralmente é avaliada de forma verbal com o próprio indivíduo (autoinforme) ou com seu cuidador. Não obstante, a avaliação autorreportada (pelos próprios idosos) pode conduzir a problemas de medida, devido a uma possível deterioração cognitiva ou do baixo nível cultural e/ou educativo. Por essa razão, ainda utilizam medidas de rendimento físico (*performance*), que avaliam objetivamente a função física para complementar o resultado autoinforme. Em idosos institucionalizados, a capacidade funcional frequentemente mede-se mediante instrumentos aplicados pelo cuidador, já que a percepção deste último é confiável para tal operação (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

Avaliação funcional em pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPI)

No contexto das ILPI, além dos determinantes individuais, deve ser levada em consideração a influência dos fatores externos no desenvolvimento da incapacidade funcional. As ILPI, comumente, oferecem uma assistência protecionista e estão baseadas em um modelo caritativo, o que leva a uma falta de estímulos para o idoso e, como consequência, podem provocar uma maior dependência e um maior isolamento social e menor qualidade de vida. Ademais, o momento da admissão em uma ILPI e o do período inicial de institucionalização são críticos para os idosos, que geralmente estão precedidos por problemas de saúde e incapacidade funcional, uma vez que necessitam de um nível de cuidado que em muitas situações não é possível de prover em casa. Portanto, os indivíduos institucionalizados, com frequência, estão no limite de incapacidade, mostrado na Figura 1, ou já o atingiram.

A capacidade funcional é um processo dinâmico e, a partir de certa idade, tende a diminuir, porém, o processo pode ser revertido. No entanto, o risco de desenvolver incapacidade funcional aumenta com o tempo, enquanto a probabilidade de recuperação diminui.

Manter a capacidade funcional foi identificado como o objetivo principal para promover o envelhecimento saudável. Contudo, combater a incapacidade em uma idade avançada é um grande desafio para a medicina moderna e que não pode ser resolvido com medicamentos ou suas combinações. A este respeito, o exercício aparece como uma possível solução (VALENZUELA *et al.*, 2019).

Existe uma forte evidência científica de que o exercício físico regular ao longo de toda a vida está associado a um envelhecimento saudável: pessoas que foram atletas ao longo da vida e que atualmente se encontram com idades avançadas conservam sua função física a uma idade avançada – ~70 anos de média (MCKENDRY *et al.*, 2018). Determinadas situações que frequentemente são afetadas pelo envelhecimento, quando este se acompanha de um estilo de vida inativo, podem ser mantidas quando se realizam exercícios durante toda vida (DUGGAL *et al.*, 2018)

Uma metanálise de 18 estudos mostrou que a terapia mediante exercício físico pode beneficiar a mobilidade e o funcionamento físico de idosos que vivem na comunidade e que são fisicamente frágeis e/ou têm incapacidades físicas e/ou multimorbidade (DE VRIES *et al.*, 2012). Duas metanálises também respaldam os benefícios de exercícios para a velocidade, o equilíbrio, o rendimento físico geral e a

função em AVD nesse grupo (CHOU; HWANG; WU, 2012; GINÉ-GARRIGA *et al.*, 2014).

O tipo de exercício mais eficaz para melhorar a deterioração funcional geral em idosos parece ser o de força, especificamente o orientado para o desenvolvimento da potência muscular (VALENZUELA *et al.*, 2018). Embora a atividade física seja uma ferramenta eficaz para a melhoria das funções cardiorespiratórias, nos idosos, a capacidade de realizá-la com frequência é limitada. Ademais, a desnutrição e a má nutrição são fatores frequentes durante o envelhecimento que contribuem para o desenvolvimento da incapacidade funcional (AGARWAL *et al.*, 2013). Desse modo, têm surgido intervenções nutricionais focadas em trabalhar os padrões de ingestão de proteínas e/ou sua suplementação como uma alternativa para melhorar a função. Estudos mostram que uma ingestão de proteínas adequada se associa positivamente com uma redução na perda da força muscular (FRANZKE *et al.*, 2018),

Conforme comentado anteriormente, os fatores ambientais (contextuais) têm um papel importante na saúde. De fato, os adultos que adotam hábitos pouco saudáveis (como o tabagismo) e os expostos a influências socioeconômicas negativas, como a baixa educação e um estado econômico desfavorável, tendem a experimentar taxas aceleradas de

declínio funcional. Esses fatores ambientais poderiam ser melhorados por meio de intervenções e políticas comunitárias que busquem promover comportamentos saudáveis na comunidade e melhorar os fatores socioeconômicos negativos (SEALS; JUSTICE; LAROCCA, 2016).

Torna-se importante a manutenção e o desenvolvimento contínuo de um estilo de vida saudável, desde a infância até a idade adulta, para manter um bom estado fisiológico e funcional e, assim, aumentar a adesão às práticas de envelhecimento saudável (SEALS; JUSTICE; LAROCCA, 2016).

Considerações finais

A capacidade funcional é fundamental para as pessoas idosas, já que determina sua liberdade e sua autonomia. A funcionalidade inevitavelmente começa a deteriorar-se lentamente, geralmente, por volta dos 30 anos, e, ao afetar as AVD, surgem a incapacidade e, como consequência, a dependência. A deterioração funcional pode ser mais rápida ou lenta, dependendo da influência de fatores multidimensionais, alguns dos quais são modificáveis.

Por último, é importante destacar que o declínio funcional pode ser evitado a partir da realização de atividades físicas, de uma alimentação saudável e de intervenções que melhorem o estilo de vida do idoso e os possíveis fatores socioeconômicos negativos.

Referências

AGARWAL, E. *et al.* Malnutrition in the elderly: A narrative review. *Maturitas*, dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 91 p.

CHOU, C. H.; HWANG, C. L.; WU, Y. T. Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: A meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. W. B. Saunders, fev. 2012. DOI: 10.1016/j.arr.2011.11.002.

DE VRIES, N. M. *et al.* Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, jan. 2012.

DIAS, E. G. *et al.* Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 45-51, jan./abr. 2011.

DUGGAL, N. A. *et al.* Major features of immunesenescence, including reduced thymic output, are ameliorated by high levels of physical activity in adulthood. *Ageing Cell*, v. 17, n. 2, abr. 2018. DOI: doi.org/10.1111/accel.12750

FERRER, M. L. P. *et al.* WHODAS 2.0-BO: dados normativos para avaliação de incapacidade em idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, n. 19, 2019.

FIGUEIREDO-CARVALHO, Z. M. *et al.* Avaliação da funcionalidade de pessoas com lesão medular para atividades da vida diária. *Aquichan*, Bogotá, v. 14, n.2, p.148-158, mai 2014. DOI: dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.2.2.

FRANZKE, B. *et al.* *Dietary Protein, Muscle and Physical Function in the Very Old*, 2018.

GINÉ-GARRIGA, M. *et al.* Physical exercise interventions for improving performance-based measures of physical function in community-dwelling, frail older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. W.B. Saunders, 2014 Apr;95(4):753-769.e3. DOI: 10.1016/j.apmr.2013.11.007. Pub 2013 Nov 27. Erratum in: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2018 Jan;99(1):211-212. PMID: 24291597.

HARTIGAN, I. A comparative review of the Katz ADL and the Barthel Index in assessing the activities of daily living of older people. *International Journal of Older People Nursing*, v. 2, n. 3, p. 204-212, set. 2007.

JEREZ-ROIG, J. *et al.* Dynamics of activities of daily living performance in institutionalized older adults: A two-year longitudinal study. *Disability and Health Journal*, v. 10, n. 2, p. 279-285, abr. 2017.

MCKENDRY, J. *et al.* Muscle morphology and performance in master athletes: A systematic review and meta-analyses. *Ageing Research Reviews*. Elsevier Ireland, ago. 2018; 45:62-82. doi: 10.1016/j.arr.2018.04.007. Epub 2018 Apr 30. PMID: 29715523.

NASCIMENTO, C. de M. *et al.* Factors associated with functional ability in Brazilian elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 54, n. 2, p. 89-94, mar./abr. 2012.

NIKOLOVA, R. *et al.* Transitions in the functional status of disabled community-living older adults over a 3-year follow-up period. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 52, n. 1, p. 12-17, jan. 2011. DOI: 10.1016/j.archger.2009.11.003.

NUNES, J. D. *et al.* Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 26, n. 2, p. 295-304, jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200007>. Acesso em: 12 ago. 2020

JEREZ-ROIG, JAVIER. Funcionalidade em uma coorte de idosos institucionalizados / Javier Jerez Roig. - 2016. 228 f.: il.

PERRACINI, M. R.; FLÓ, C. M.; GUERRA, R. O. Funcionalidade e Envelhecimento. In: PERRACINI, M. R.; FLÓ, C. M. *Funcionalidade e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Cap. 1.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 4, p. 655-662, ago. 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 dez. 2020. DOI: doi.org/10.1590/S0034-89102005000400021.

SEALS, D. R.; JUSTICE, J. N.; LAROCCA, T. J. Physiological geroscience: targeting function to increase healthspan and achieve optimal longevity. *The Journal of Physiology C*, v. 594, 2016.

SHAH, R. C. *et al.* Association of total daily physical activity with disability in community-dwelling older persons: a prospective cohort

study. *BMC Geriatrics*, v. 12, n. 1, p. 63, dez. 2012. DOI: 10.1186/1471-2318-12-63. PMID: 23072476; PMCID: PMC3492176.

SIMÕES, A. L.; FERREIRA, P. L.; DOURADO, M. Medição da autonomia em atividades da vida diária. *Portuguese Journal of Public Health*, Lisboa, v. 36, n. 1, p. 1-7, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000492139>. Acesso em: 12 ago. 2020.

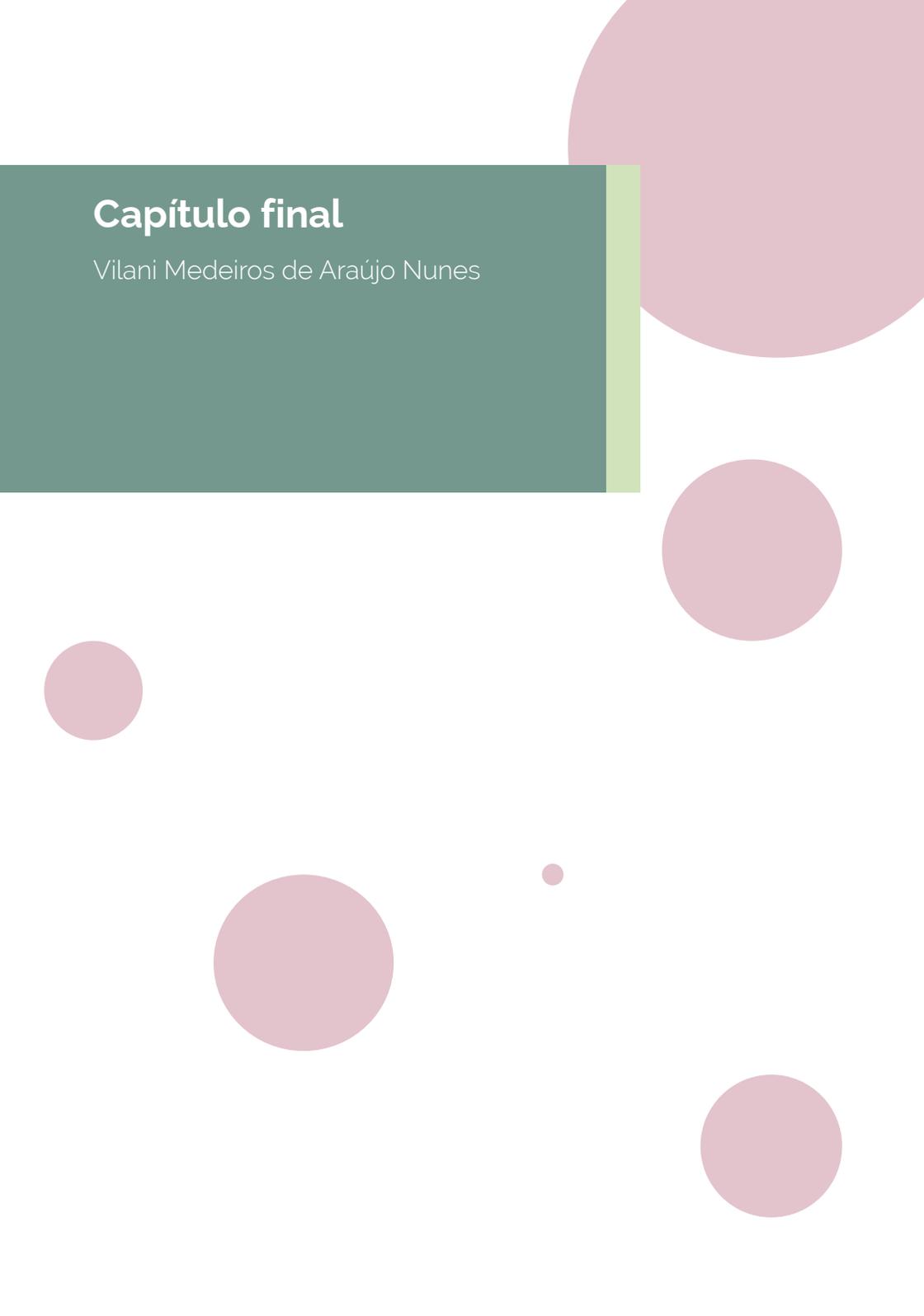
VALENZUELA, P. L. *et al.* Physical strategies to prevent disuse-induced functional decline in the elderly. *Ageing Research Reviews*. Elsevier Ireland, nov. 2018.

VALENZUELA, P. L. *et al.* Physical Exercise in the Oldest Old. In: *Comprehensive Physiology*. [s.l.] Wiley online library, Volume 9. Issue 4. Oct. 2019. p. 1281–1304.

Considerações finais

Capítulo final

Vilani Medeiros de Araújo Nunes



Este livro teve por objetivo fomentar e subsidiar orientações sobre o cuidado à pessoa idosa, a fim de propiciar uma senescência saudável e ativa. Estruturado a partir de cinco eixos temáticos, onde percorremos os principais conceitos e orientações nacionais a serem considerados pelo conjunto de ações, de serviços e de programas, dirigidos a atenção integral à saúde das pessoas idosas.

Os cuidados de longo prazo podem ser prestados em diversos ambientes, inclusive em domicílios, em comunidades e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Em cada um deles, o cuidador possui características específicas que se definem mais em função do modelo cultural dominante em determinada sociedade do que por questões de planejamento. No entanto, independentemente do ambiente em que o cuidado for prestado e de quem o promova, deve haver um preparo adequado para lidar com as especificidades desta fase da vida.

Também é fundamental o estímulo a comportamentos que favoreçam a manutenção da autonomia e do envelhecimento saudável, mediante envolvimento da família, dos profissionais de saúde e, sobretudo, do idoso no autocuidado.

Foram descritos ainda temas propostos para a realização de boas práticas voltadas para a melhoria do cuidado e da

segurança da pessoa idosa, na perspectiva de proposições de ações dentro dos diferentes contextos em que esteja inserida.

Entre os assuntos abordados, a avaliação da capacidade funcional foi considerada um importante indicador da qualidade de vida do idoso ao identificar o grau de dependência nas atividades diárias. Além disso, ela proporciona informações relevantes para o direcionamento das ações e dos serviços de saúde, que devem ter como foco as necessidades biopsicossociais da pessoa idosa, assim como a manutenção da sua autonomia.

Nesse contexto, ressaltou-se, ainda, a importância dos transtornos mentais associados ao processo de envelhecimento, como o delírio, a demência e a depressão, à medida que acarretam impactos significativos no modo de vida da pessoa idosa e são capazes de desencadear a perda da autonomia, a baixa autoestima, a dependência no desempenho das atividades cotidianas e o isolamento social. Dentre as principais estratégias de prevenção desses transtornos, destacaram-se o estímulo aos hábitos saudáveis e a necessidade de preparo da equipe multiprofissional na identificação precoce dos sinais e sintomas e no tratamento adequado.

A solidão e a perda, situações vivenciadas por muitos idosos, também podem interferir na saúde mental e física desses, tornando-se necessário o estímulo à participação social

e a importância de se ter uma rede social de apoio, especialmente nessa fase da vida. Para isso, recomenda-se o uso de estratégias de enfrentamento, como a prática de exercícios físicos em grupo que, ao mesmo tempo em que contribui para a socialização, traz inúmeros benefícios para a saúde, uma vez que o sedentarismo, comumente observado nesse público, pode levar a perda de massa muscular, aumentando o risco de quedas, de fragilidade e de dependência.

Destaca-se, assim, a importância de se ter uma equipe multiprofissional atuante no contexto de situações em que os idosos se encontram em ILPI, uma vez que o envelhecimento leva a mudanças nas diferentes dimensões da vida e que esse público requer cuidados específicos, sendo imprescindível a capacitação e o desenvolvimento de competências e de habilidades desses profissionais, além da sensibilização e do olhar para as suas necessidades dos idosos, quer sejam de saúde ou psicossociais.

A realização de uma avaliação multidimensional e de um cuidado centrado na pessoa idosa, que respeite sua individualidade, suas crenças, seus valores, sua autonomia e o veja em sua integralidade, é fundamental para a prestação do cuidado.

Outras demandas e necessidades de saúde dessa população também foram descritas, com ênfase no papel do cuidador e dos profissionais de saúde. Desvelou-se um cuidado

considerado complexo, o qual requer competências e habilidades específicas, como a escuta ativa e o reconhecimento da suscetibilidade da pessoa idosa a eventos adversos relacionados à administração de medicamentos, a lesões e a quedas, associadas ao próprio processo de envelhecimento, a comorbidades e à condição clínica. A partir dessas abordagens, foi sugerido o desenvolvimento de um plano terapêutico para o cuidado seguro por meio da valorização das expectativas da pessoa idosa, compartilhado com seus familiares, cuidador e profissionais da saúde.

Uma outra estratégia apontada como eficiente e de boa aceitação para a ressignificação da pessoa idosa ante as perdas inerentes ao processo de envelhecimento, consiste na inserção das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no plano terapêutico de cuidados. Essas práticas apresentam como premissa a integração do cuidado alternativo e multidimensional às práticas alopáticas da medicina convencional, promovendo o equilíbrio emocional, o bem estar, o aumento da imunidade, a elevação da autoestima, entre outros benefícios, interferindo de forma significativa na promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos.

Expectativas e possibilidades de melhorias para a organização de boas práticas na terceira idade

No Brasil, o termo “Boas Práticas” foi oficialmente citado na Resolução de Diretoria Colegiada-RDC nº63 de 25/11/2011, que estabeleceu o funcionamento dos serviços de saúde fundamentados nos princípios de qualificação, de humanização da atenção e gestão, de redução e de controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente (ANVISA, 2011).

Nesse sentido, quando se trata de cuidados informais, a mulher é historicamente considerada a principal cuidadora, aspecto que reforça esse papel a ela, além de realizar os afazeres domésticos e cuidar dos outros membros da família (FUHRMANN *et al.*, 2015), 2011).

No entanto, independentemente do ambiente em que o cuidado à pessoa idosa for prestado, deve haver um preparo adequado para lidar com as especificidades do processo de envelhecimento. Torna-se importante ainda o estímulo a atitudes que favoreçam a manutenção da autonomia e o envelhecimento ativo e saudável, mediante o envolvimento da família, dos profissionais de saúde e, sobretudo, na busca por novas práticas do autocuidado (ROSALINA *et al.*, 2019).

Futuros cenários

O cuidado à pessoa idosa apresenta características peculiares quanto à apresentação, à instalação e aos desfechos dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais. Temos à frente muitos desafios que consistem em incluir a discussão sobre o envelhecimento da população brasileira nas agendas estratégicas das políticas públicas. No âmbito da Saúde, o desafio é ampliar o acesso, incluir e/ou potencializar o cuidado integral, concretizar ações intersetoriais nos territórios, com foco nas especificidades, e demandas de cuidado da população idosa.

A especificidade e a heterogeneidade nos processos de envelhecimento devem ser consideradas a partir dos determinantes sociais da saúde, nos seus mais diferentes aspectos, levando em conta ainda as diferenças de gênero e raça, buscando a equidade e a resolutividade do cuidado a ser ofertado. Para isso, as singularidades da população idosa, com suas novas demandas de atenção à saúde, devem ser priorizadas na organização e na oferta de serviços. A atenção deve ser baseada nas necessidades da população, centrada no indivíduo, considerando sua integração com a família e com a comunidade, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença.

É necessário, também, incluir, em todas as etapas de organização do cuidado, a garantia do acesso, o acolhimento e o cuidado humanizados para a população idosa nos serviços de saúde. Ou seja, não apenas exercitar a escuta, porém, propiciar que esta se traduza em responsabilização e em resolutividade. A atenção à saúde deve ser orientada a partir da funcionalidade global da pessoa idosa, considerando o risco de fragilidade existente e o seu grau de dependência, buscando a sua autonomia possível.

Além do investimento na articulação setorial, a interseccional consiste em diretriz potente na busca de respostas às demandas da população idosa, em especial no que se refere à Política de Assistência Social. Essa articulação visa o estabelecimento de consensos, a definição de responsabilidades compartilhadas para a construção de projetos, com prioridade nos temas da atenção domiciliar, centros-dia, cuidadores de idosos e o enfrentamento à violência, e a qualificação do cuidado oferecido em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

A organização do cuidado das pessoas idosas deve ser articulada em rede, com a estruturação de um sistema logístico entre os diferentes pontos de atenção, garantindo o transporte sanitário e o fluxo dos usuários, tanto nas situações de urgências quanto no acompanhamento longitudinal. A regulação

deve articular todos os pontos de atenção, constituindo-se como estratégia para garantir equidade e otimizar a organização dos serviços à população idosa. Para garantir a qualidade desses, é necessário assegurar recursos humanos suficientes e capacitados, reforçando a necessidade de investimento na formação profissional e educacional permanente. O respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas idosas, o combate ao estigma, à violência e ao preconceito, assim como a garantia da equidade de gênero e raça, deve nortear toda a ação voltada a essa parte da sociedade.

Para a organização e o planejamento da atenção à pessoa idosa, considerando a diversidade de condições e de capacidades funcionais dos indivíduos, é necessária a adoção da avaliação multidimensional, que permite a identificação das necessidades de saúde e da estratificação da população idosa em, ao menos, três grandes perfis, de acordo com os níveis de funcionalidade apresentados: pessoas idosas independentes e autônomas; pessoas idosas com alguma limitação funcional (com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros) e pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar suas atividades cotidianas.

Como vimos, temos ainda muito a fazer para a implementação das políticas públicas já criadas no país, na perspectiva de termos boas práticas efetivas e eficazes para a melhoria

da qualidade do cuidado e da segurança da pessoa idosa em todo território.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Resolução Da Diretoria Colegiada – RDC Nº 63*. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. 2011. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0063_25_11_2011.pdf/94c25b42-4a66-4162-ae9b-bf2b71337664.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral*. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 41 p.

FUHRMANN, A. C. *et al.* Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, 2015, p. 14-20. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n1/pt_1983-1447-rgenf-36-01-00014.pdf.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Pressupostos das boas práticas do cuidado domiciliar ao idoso: revisão sistemática. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 72, supl. 2, p. 302-310, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0445>. Acesso em: 26 ago. 2020.

Os(as) Autores(as)

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Gestão da qualidade dos Serviços de Saúde (PPGQualiSaúde/UFRN).

Ana Mayara Gomes de Souza

Enfermeira pela Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN). Especialista em UTI Neonatal/Pediátrica na empresa CENPEX Natal/RN. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPGSCOL).

Ana Tânia Lopes Sampaio

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestrado em Enfermagem (UFRN) e Doutorado em Educação (UFRN). Professora adjunta e pesquisadora do Departamento de Saúde Coletiva (UFRN) e na Pós Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família e no

Mestrado Profissional em Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde. Coordena o Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – LAPICS/UFRN.

Cleusa Ramos

Graduada em Nutrição e Mestrado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Atualmente é professora licenciada do Centro Universitário Metodista do Sul e Gerente de Desenvolvimento Institucional do Hospital Alemão Oswaldo Cruz – SP.

Dyego Leandro Bezerra de Souza

Doutor em Microbiologia, Medicina Preventiva e Saúde Pública pela Universidade de Zaragoza (Espanha) com período sanduíche na International Agency for Research on Cancer – IARC (França). Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, e professor visitante da Universitat de Vic – Universitat Central da Catalunya – UVic-UCC. Professor dos programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e de Ciências da Saúde da UFRN.

Eduardo Canteiro Cruz

Médico pela Escola Paulista de Medicina (EMP/UNIFESP)
Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia / Associação Médica Brasileira (SBGG/AMB).
Médico Assistente da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Unifesp e Diretor Clínico do AME Idoso Sudeste – SPDM.

Fatima S. F. Gerolin

Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Mestre pela EEUSP. Doutorado em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Atua na superintendência Assistencial do Hospital Alemão Oswaldo Cruz – SP.

Felismina R. P. Mendes

Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC) – Évora, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9518-2289>.

Gilson de Vasconcelos Torres

Enfermeiro pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Pós-Doutor pela Universidade de Évora/

Portugal, Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Professor Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFRN, Pesquisador 2 – CNPq. Líder do Grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem da UFRN/CNPq.

Istênia Márlia Medeiros Alves

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte UFRN. Especialista em Gerontologia (UFRN). MBA em Gestão da Qualidade em Serviço pela Universidade Potiguar (UNP). Especialista em Prevenção ao Uso de Álcool e Drogas (UFRN) e Terapia Comunitária pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Ivana Maria Queiroz Fernandes

Enfermeira pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) da Subcoordenadoria de Ações de Saúde / Coordenadoria de Promoção à Saúde / SESAP-RN.

Iván Sánchez-Martínez

Doutorando em Cuidados Integrals e Serviços de Saúde da Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC). Mestrado Interuniversitário Oficial em Psicogerontologia pela Universidade de Barcelona. Mestrado Interuniversitário Oficial em Psicologia Geral da Saúde (Universitat Oberta de Catalunya – Universitat de Girona). Professor da licenciatura em psicologia e do mestrado oficial em psicologia geral da saúde da UVic-UCC. Membro do grupo de pesquisa M3O na linha de pesquisa sobre envelhecimento saudável e diversidade funcional.

Izabel Cristina Santos do Nascimento

Enfermeira pelo Centro Universitário Unifacex. Especialista em Gerontologia pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente de Práticas no semestre letivo 2020.1, na Universidade Potiguar (UNP).

Javier Jerez-Roig

Doutorado e Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Fisioterapeuta pela Universitat de València, Espanha. Professor, Coordenador

do grupo de pesquisa Metodologia, Métodos, Modelos e Resultados em Saúde e Ciências Sociais (M₃O) e Delegado de Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde e Bem-Estar da UVic-UCC.

Jéssica Maria Arouca de Miranda

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Doutoranda em Ciências da Saúde (UFRN), Mestre em Ciências da Saúde (UFRN), Especialista em Enfermagem do Trabalho, Especialista em Enfermagem Clínica, Especialista em UTI Neonatal e Pediátrica na SMS de Natal/RN e SES/RN.

João Carlos Alchieri

Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS), Mestrado pela PUC/RS, Doutor pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Bolsista Produtividade (CNPq 2006 a 2018), Pós-Doutorado pela Universidade de Brasília (UNB) em 2010; Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em 2014; Instituto Brasiliense de Neuropsicologia e Ciências Cognitivas (IBNeuro) em 2015. Professor Titular na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Orientador de Mestrado, Doutorado e Supervisão de Pós-Doutoramento no Programa de

Pós-Graduação Ciências da Saúde (PPGCSA) e no Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia e Inovação (PPGCTI).

Joana D’arc Ricardo dos Santos

Enfermeira pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialista em Gestão da Saúde do Idoso pela Fiocruz. Gerente de Enfermagem do AME Idoso Sudeste – SPDPM.

Joan Ars Ricart

Fisioterapeuta do Parc Sanitari Pere Virgili. Mestrado Universitário em Fisioterapia para pessoas com patologia crónica, ambiente e deficiência pela Blanquerna – Universitat Ramon Llull (URL). Doutorando na Universidade Autònoma de Barcelona. Membro do Grupo de Pesquisa sobre Embalagem, Materiais Frágeis e Transições (RE-FiT BCN). Membro da Sociedade Catalã-Baleares de Fisioterapia.

Juliana Maria Gazzola

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP). Especialista em Gerontologia pela Universidade Federal de São Paulo

(UNIFESP) e pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Mestre e Doutora em Ciências pela UNIFESP. Professora Adjunta do Departamento de Fisioterapia na Área do Envelhecimento Humano do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora Orientadora da Área de Gerontologia da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do RN (LAGGERN). Coordenadora do Projeto de Extensão Universitária “Capacitação de Cuidadores de Idosos” da UFRN.

Kamilla Sthefany Andrade de Oliveira

Graduada e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde. Atualmente está na Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN).

Katie Moraes de Almondes

Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Mestre em Psicobiologia (UFRN), Doutora em Psicobiologia (UFRN). Pós-Doutora pela Universidade de Salamanca (USAL) e Universidade Federal de Minas Gerais

(UFMG). Psicóloga clínica e hospitalar/saúde. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia e da Pós-Graduação em Psicobiologia da UFRN.

Kênio Costa Lima

Graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Mestrado em Odontologia Social pela UFRN, Doutorado em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e pós-doutorado pela Agência de Saúde Pública de Barcelona. Atualmente, é professor titular da UFRN, dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva e em Ciências da Saúde (UFRN) e bolsista de produtividade do CNPq.

Larissa Albuquerque Costa

Nutricionista pela Universidade Potiguar (UnP). Pós-graduada em Nutrição Clínica Funcional pela Universidade Cruzeiro do Sul/Valéria Centro de Nutrição Funcional (UnicSul/VP) e em Saúde Pública pela Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte (Estácio FATERN). Membro colaboradora do Grupo Longeviver.

Luciana Yumi Eu

Fisioterapeuta especialista em Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal, graduação pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Especialista em Melhoria pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI). Atualmente é Técnica Especializada no Programa Nacional de Segurança do Paciente no Ministério da Saúde.

Luylla Astéria Maia Delmiro

Enfermeira pela Universidade Potiguar (UnP). Sanitarista pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e colaboradora do Grupo Longeviver.

Marcia Maiumi Fukujima

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Mestrado e doutorado em Neurologia / Neurociências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). MBA em Gestão em Saúde com extensão universitária na *Tufts University School of Medicine*. Especialização em Gestão da Saúde do Idoso (FIOCRUZ). Diretora Técnica na SPDM – AME Idoso Sudeste e médica do setor de urgências neurológicas da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Márcia Vieira de Alencar Caldas

Arquiteta e urbanista pela Universidade Potiguar (UnP). Pós-graduada em Tecnologia Assistiva e em Práticas Pedagógicas no Ensino Superior. Mestre em Administração. Colaboradora externa do Grupo Longeviver.

Maurício Wilson Santos Galvão

Graduando de Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e colaborador do Grupo Longeviver.

Maxsuel Fernandes Barbosa

Graduado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Sanitarista e colaborador do Grupo de Estudos em Envelhecimento Humano. Membro Colaborador do Projeto Longeviver.

Mayara Priscilla Dantas Araújo

Nutricionista pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Especialista em Nutrição Geriátrica pela Universidade Estácio de Sá. Graduanda e Mestranda em Saúde Coletiva pela UFRN. Colaboradora do Grupo de Estudos em Envelhecimento Humano – Longeviver.

Meiry Fernanda Pinto Okuno

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Especialista em Enfermagem Gerontológica e Geriátrica (UNIFESP). Mestre em Enfermagem (UNIFESP). Doutorado em Enfermagem (UNIFESP). Pós-doutora pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Atualmente é Profista de Enfermagem da UNIFESP.

Miria Mendonça de Moraes

Enfermeira pela Universidade Potiguar (UnP). Graduada em Saúde Coletiva (UFRN) e colaboradora do Grupo Longevidade.

Miriam Molas-Tuneu

Doutoranda em Cuidados Integrados e Serviços de Saúde da Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC). Mestre em Psicologia Geral da Saúde (UVic-UCC). Professora da graduação em enfermagem, terapia ocupacional, nutrição humana e dietética e fisioterapia, atuando em disciplinas sobre Sexualidade e Cronicidade, Psicologia da Saúde e Psicologia Alimentar (UVic-UCC). Professora e coordenadora do Mestrado em Atenção Integral Centrada na Pessoa da UVic-UCC e da Fundação Pilares de Madrid.

Membro do grupo de pesquisa M3O na linha de pesquisa sobre envelhecimento saudável e diversidade funcional.

Natália Coelho Luis Benati

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Membro e colaboradora do Grupo Longeviver.

Natalia Raiane Silva Vieira

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Sanitarista. Membro e colaboradora do Grupo Longeviver.

Nayara Priscila Dantas de Oliveira

Fisioterapeuta pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Especialista em Atenção Básica pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM) da UFRN. Mestra em Saúde Coletiva pela UFRN e doutoranda do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN.

Pau Farrés Godayol

Fisioterapeuta. Mestrado Universitário em Fisioterapia para pessoas com patologia crónica, ambiente e deficiência pela Blanquerna – Universitat Ramon Llull (URL). Doutorando da Universidade de Vic – Universidade Central da Catalunha (UVic-UCC). Membro do grupo de trabalho de fisioterapia da Sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia (SEGG). Colaborador do grupo de pesquisa Metodologia, Métodos, Modelos e Resultados Sociais e de Saúde (M3O). Membro do grupo de interesse de fisioterapeutas de Osona i el Ripollès (GIFOR).

Pau Moreno-Martin

Fisioterapeuta pela Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC). Membro da seção territorial da Catalunha Central do Colégio de Fisioterapeutas da Catalunha. Mestrado no Sistema Musculoesquelético. Colaborador do grupo de pesquisa Metodologia, Métodos, Modelos e Resultados em Saúde e Ciências Sociais (M3O).

Riane Tavares Ursulino

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em saúde Pública e

em Prótese Dentária. Membro Externo Colaboradora do Projeto do Grupo de Estudos em Envelhecimento Humano – Longevidade.

Sandra Maria da Solidade Gomes Simões de Oliveira Torres

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutora em Ciências da Saúde (UFRN), Mestre em Enfermagem (UFRN), Atua na Unidade de Saúde da Família Ronaldo Machado/SMS – Natal/RN. Membro do Grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem da UFRN/CNPq.

Talita Araújo de Souza

Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestra em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) da UFRN. Professora substituta do departamento de enfermagem da FACISA/UFRN e Pesquisadora do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde – LAIS/UFRN, vinculado ao projeto de Resposta Rápida à Pesquisa Aplicada para Integração Inteligente Orientada ao Fortalecimento das Redes de Atenção para Resposta Rápida à Sífilis – Sífilis Não.

Tatiana de Medeiros Carvalho

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre em Saúde Coletiva (UFRN). Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Saúde Coletiva (UFRN) e em Endodontia pela Associação Brasileira de Odontologia. Membro Colaboradora do Projeto do Grupo de Estudos em Envelhecimento Humano – Longeviver.

Teresinha Peixoto A. Cabral

Graduada em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Gerontologia (UFRN). Professora universitária de Direito da Universidade Potiguar (UNP) em Prática Jurídica e de Letras em Literatura Portuguesa, procuradora de Justiça do Ministério Público do Rio Grande do Norte.

Thaiza Teixeira Xavier Nobre

Fisioterapeuta pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre e Doutora em Ciências da Saúde pela UFRN. Professora Associada da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi/FACISA, do Mestrado Profissional em

Gestão da Qualidade dos Serviços de Saúde (PPGQualiSaúde/UFRN) e do Mestrado em Saúde Coletiva PPGSCol/UFRN.

Thiago da Silva Bezerra

Graduado em Medicina e Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), integrante do Grupo de Pesquisa em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde e do Grupo Longeviver.

Verbena Santos Araújo

Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM-CG). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora efetiva da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e colaboradora do Grupo Longeviver.

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre em Enfermagem (UFRN) e Doutora em Ciências da Saúde (UFRN). Professora

Associada do Departamento de Saúde Coletiva e Membro do Corpo Docente do Programa de Pós Graduação do Mestrado Profissional em Gestão da qualidade em Serviços de Saúde PPG QualiSaúde/UFRN. Líder do Grupo de Estudos em Envelhecimento Humano – Longeviver.

Viviane Peixoto dos Santos Pennafort

Enfermeira pela Universidade de Brasília (UNB). Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Enfermeira nefrologista pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás). Professora do Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (PPGQualiSaúde/UFRN).

Wagner Ivan Fonseca de Oliveira

Graduado em Fisioterapia pela Universidade Potiguar (UnP) e Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre e doutorando em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRN).



Este livro foi produzido
pela equipe da EDUFRRN
em maio de 2021.