

Cuidando do Idoso na Família e na Comunidade

Área Temática de Saúde

Resumo

O município de Jequié, localizado no sudoeste da Bahia, acompanha a transição demográfica evidenciada nas últimas décadas no Brasil, qual seja o acelerado envelhecimento populacional. Apesar de 9,6% dos jequienses possuírem idade igual ou superior a 60 anos, as Políticas Públicas de Atenção à Saúde do Idoso ainda são incipientes. Ciente de seu papel social, a UATI/UESB, com o objetivo de cuidar, em caráter interdisciplinar e intersetorial, do idoso com limitações bio-psico-sócio-cultural, no ambiente familiar, criou, no ano 2000 o Núcleo de Atenção à Saúde no Envelhecimento (NASEN). O projeto se desenvolve através de uma metodologia aproximativa com a pesquisa-ação. Conta com atuação de docentes e discentes dos cursos de enfermagem e fisioterapia para o cuidado humanizado na Vigilância à Saúde de 64 idosos, residentes no bairro periférico do INOCOOP, identificados pelos agentes comunitários da localidade. O acompanhamento do idoso/família ocorre com visitas ao domicílio do geronte de acordo com as necessidades percebidas. Após quatro anos de implantação do projeto observamos ser o mesmo um importante campo de aprendizado para os futuros profissionais de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, além de estabelecer elos consistentes entre a extensão, a pesquisa e o ensino.

Autores

Andréa dos Santos Souza – Docente Auxiliar do Curso de Enfermagem
Edméia Campos Meira – Docente Assistente do Curso de Enfermagem
Deusélia Moreira – Docente Auxiliar do Curso de Enfermagem
Isleide Santana Cardoso – Docente Auxiliar do Curso de Enfermagem
Paula Lisiane de Assunção – Docente Auxiliar do Curso de Fisioterapia.

Instituição

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Palavras-chave: idoso; cuidado; família

Introdução e objetivo

O atual panorama demográfico do Brasil é caracterizado por um crescente contingente de pessoas com idade igual ou maior que 60 anos. Os idosos já representam 8,6% da população (IBGE, 2000), modificando seu outrora título de “país jovem” para “país dos cabelos brancos”.

Essa transição demográfica observada tem origem multifatorial. Resulta da redução das taxas de natalidade e mortalidade propiciada pela difusão dos métodos contraceptivos e acesso a avanços tecnológicos na área de saúde, tais como: vacinas, antibióticos, exames diagnósticos, entre outros e, também, da crescente redução das taxas de fecundidade verificada a partir da década de 60.

Dentre as várias implicações do envelhecimento populacional brasileiro, destacamos a suscetibilidade às doenças crônico-degenerativas, devido às perdas progressivas inerentes ao processo de viver/envelhecer, podendo gerar incapacidades e perda da autonomia e independência do idoso.

Além dessa situação epidemiológica desfavorável, os idosos brasileiros agregam outros fatores de risco que comprometem a sua qualidade de vida, tais como: precárias condições sócio-econômicas, difícil acesso aos serviços de saúde, estilo de vida inadequado, rede de suporte social (formal e informal) insuficiente e atitude preconceituosa da sociedade face a faixa etária maior de 60 anos. Portanto, os idosos encontram-se vulneráveis, uma vez que são acometidos de pluripatologias, problemas psicossociais, limitações motoras, sensoriais e insegurança social e econômica.

Essa realidade requer planejamento e ações de âmbito político, econômico, social e de saúde que atendam as necessidades específicas da terceira idade, fazendo cumprir a Lei 8.842 da Política Nacional do Idoso.

O município de Jequié, localizado no sudoeste baiano, supera o percentual nacional da população idosa. De acordo com Souza et al (2004), na década de 70 haviam 4.657 (4,6%) idosos residentes nas zonas urbana e rural da cidade, enquanto que no ano 2000 este número saltou para 147.202 (9,6%).

Apesar da grande demanda de serviços exigidas por esse contingente de pessoas, Jequié ainda não dispõe de serviços específicos para a Vigilância à Saúde do Idoso. A Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) com o projeto Universidade Aberta a Terceira Idade (UATI) tem procurado sensibilizar a população, os gestores, os profissionais de saúde e os acadêmicos, com vistas a implementar ações que atendam as necessidades dos gerontes. No ano 2000, a UATI/UESB iniciou em caráter extensionista, ações cuidativas intersetorial e interdisciplinar ao idoso, no ambiente familiar e comunitário, através do Projeto: Núcleo de Atenção à Saúde no Envelhecimento (NASEN).

O NASEN propõe uma atuação gerontogeriatrica, contribuindo para a formação de recursos humanos que atuem numa visão holística junto ao idoso no seu espaço político-sócio-cultural. Entendendo o idoso como ser integral, as ações implementadas são baseadas na promoção, prevenção e reabilitação da saúde, através da estratégia de saúde da família.

O Programa de Saúde da Família é um modelo proposto pelo Ministério da Saúde para promover cuidado interdisciplinar e humanístico, levando em consideração o indivíduo inserido na família e comunidade. Cada equipe funciona com um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cabendo-lhes atender, no máximo 1.000 famílias, ou 4.500 habitantes (BRASIL, 1997).

Na família temos uma identidade, nos sentimos protegidos, damos e recebemos afeto e desenvolvemos um importante papel na transmissão de informações e conhecimentos. Para Patrício (1994, p.97e 98), a família pode ser entendida como:

Um sistema interpessoal formado por pessoas que interagem por variados motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico... é uma relação social dinâmica, que em seu desenvolvimento elabora um sistema de crenças, valores e normas,... podendo ser um recurso para o crescimento e desenvolvimento de seus membros ou um meio de limitação.

A família jequieense vivencia a escassez de emprego, a migração de jovens para as capitais, o controle da natalidade, a entrada da mulher no mercado de trabalho. Quanto aos idosos, esses passam a dividir o seu ambiente e aposentadoria com seus filhos, na tentativa de ajudá-los a enfrentar a situação de crise. A família nuclear vai perdendo espaço para os novos “arranjos familiares”.

Dessa forma, é notória a complexidade deste campo que o NASEN desafia cuidar. Ter a família como cliente, é pois, ver um grupo de pessoas com valores, crenças, hábitos comuns, convivendo num mesmo ambiente, e numa determinada comunidade que também os

influencia. Nesse universo familiar, os fatores sócio-econômicos e culturais determinam as atitudes de seus membros, por isso, é tão importante conhecê-los, para descobrir sua repercussão no processo saúde-doença do idoso.

Nas ações desenvolvidas para a Vigilância à Saúde do Idoso, a educação para o autocuidado é eleita como foco principal, estabelecendo vínculos de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e esta população.

Abordamos o cuidado a partir de uma concepção antropobiológica, o que significa “uma abordagem global das pessoas no seu contexto de vida, tentando compreendê-las em relação aos costumes, hábitos de vida, crenças, valores que veicula, bem como situar o impacto da doença e das limitações que lhe são inerentes em relação a esse contexto” (Collière 1989, p.296).

Ao estimular o comportamento para o autocuidado buscamos contribuir não apenas para um bom estado de saúde das pessoas idosas, mas, estimular e continuar a trajetória à completude como ser humano.

Freqüentemente, os idosos apresentam graus variados de dependência, necessitando de auxílio de outros para as suas atividades básicas e instrumentais da vida diária. Quando a família/idoso dispõe de recursos, é contratado um cuidador formal (profissional da área de enfermagem). Mas, na maioria das vezes, é a própria família quem cuida, mesmo sem preparo, motivada pela necessidade e impossibilidade de contratar profissionais. Nesses casos, o NASEN tem procurado instrumentalizar o cuidador informal, planejando ações que sejam compatíveis com a realidade observada e possível de serem viabilizadas.

Gonçalves, Alvarez e Santos (2000) destacam que essas cuidadoras, geralmente, são do sexo feminino (filhas, cônjuges, netas e irmãs do idoso), possuem forte traço de amor, solidariedade e doação e entre as atividades que desempenham, as mais comuns, são os cuidados higiênicos, e os de auxílio à locomoção e nutrição do idoso. Essas cuidadoras convivem diariamente com fatores estressantes envolvidos no desenvolvimento dessas atividades, provenientes do medo do desconhecido, a sobrecarga por ser a única cuidadora e a falta de recursos materiais.

Dessa forma elucidamos a importância do projeto, uma vez que favorece a permanência do idoso no ambiente domiciliar através do apoio à família, com ênfase no seu cuidador informal, na perspectiva de redução de custos hospitalares, da desinstitucionalização do idoso e, conseqüentemente, promoção de conforto tanto para o idoso quanto para o seu cuidador.

Assim, consideramos como pressupostos importantes para o cuidar/cuidado gerontogerátrico:

- visualizar o idoso como cidadão, resgatando a sua valorização sócio/cultural e participação produtiva na sociedade;

- estabelecer parcerias com instituições governamentais e não-governamentais para viabilizar ações que atendam as necessidades sentidas e/ou percebidas pelo idoso e a família;

- reconhecer que a família também cuida de idosos, baseada em suas experiências, orientações formais e de outros recursos disponíveis, devendo os profissionais de saúde envolvidos apoiá-la em suas atividades;

- manter o idoso o máximo possível independente e autônomo.

Compõem a equipe executora do NASEN docentes e discentes bolsistas e voluntários dos cursos de enfermagem e fisioterapia da UESB, em parceria com as Equipes de Saúde da Família (ESF) do bairro Inocoop. Juntos, objetivam cuidar em caráter interdisciplinar e intersetorial do idoso com limitações bio-psico-sócio-cultural, no ambiente familiar, através de ações preventivas e promocionais para a vida com saúde e bem-estar.

Metodologia

As ações de Vigilância à Saúde do Idoso são conduzidas aproximando-se de conceitos relacionados com o método de pesquisa-ação, que segundo Thiollent, (2000, p.14) pode ser definida como: “um tipo de pesquisa social (...) realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes (...) estão envolvidos de um modo cooperativo ou participativo”. O autor ressalta que “mesmo quando as soluções não forem imediatamente aplicáveis no sistema vigente, poderão ser aproveitadas como meio de sensibilização e de tomada de consciência” (ibidem, p. 102).

Atualmente, o projeto conta com a participação de 64 idosos que foram identificados pelos 16 agentes comunitários, das duas ESF, alocadas na Unidade Padre Hilário, localizado no bairro periférico do INOCOOP. Para tanto, os ACS utilizaram como critérios de inclusão ter idade igual ou superior a 60 anos, aceitar voluntariamente participar das ações desenvolvidas, necessitar de ações promocionais, preventivas e/ou de reabilitação com maior urgência.

A escolha do referido bairro deu-se em virtude de estar localizado na periferia do município, possuir duas equipes de saúde da família e ter grande demanda no atendimento de pessoas idosas. Dos seus 10.817 moradores, 710 são idosos (6,6%) (SIAB, 2003).

Após a identificação e anuência do idoso e de sua família, iniciamos a fase exploratória, quando procedemos a um levantamento da situação e dos problemas prioritários. Essa coleta é sistematizada utilizando além da anamnese e exame físico, protocolos de Avaliação Multidimensional e aspectos relacionados ao cuidador, visando identificar problemas reais e potenciais relacionados a condição saúde-doença, capacidade funcional, estado cognitivo e risco para depressão no idoso. Foram eleitas pela facilidade de aplicação e por confiabilidade nos resultados obtidos, as escalas de Katz, Lawton, Mine-Exame do Estado Mental e a Escala de Depressão Geriátrica, podendo ser acrescentadas outras de acordo com a condição do idoso.

Essas informações coletadas permitem aos membros do projeto e os idosos/família, estabelecerem os problemas prioritários, seguido do plano de ação.

O referido plano contém o que há de ser realizado para solucionar o(s) problema(s) identificado(s), podendo as ações estarem situadas nos âmbitos educativo, político, cultural, entre outros. Considerando os pressupostos estabelecidos para o desenvolvimento das atividades do projeto, são respeitados os saberes formal e informal, pois concebemos que o homem constrói significados e teoriza a sua realidade social.

Cada idoso possui um prontuário onde são registradas as informações e os resultados obtidos com a implementação das ações propostas, em comum acordo entre a equipe, o idoso e a família. Os mesmos encontram-se guardados no Núcleo de Pesquisa e Extensão da UESB, sendo disponibilizado quando solicitado.

As visitas aos domicílios ocorrem diária, semanal ou quinzenalmente, de acordo com as necessidades do idoso. Nessa ocasião os discentes de enfermagem e fisioterapia, deslocam-se para o campo que dista aproximadamente 4Km da universidade, acompanhados de um docente supervisor, onde realizam cuidados básicos de higiene, cuidados com a pele, tratamento de feridas, verificação da pressão arterial, treinamento de práticas básicas com os cuidadores, avaliação dos riscos ambientais e uso de medicamentos, orientação postural, exercícios de reabilitação, entre outros.

Os materiais utilizados são provenientes da UESB (soro fisiológico, tensiômetro, luvas de procedimento, gases, óleo de amêndoas, esparadrapo, curativos hidrocolóides, entre outros), da Unidade de Saúde da Família ou improvisados com os recursos disponíveis no domicílio, como muitas vezes ocorre na confecção de órteses.

A atividade intramuros inclui uma reunião semanal, quando a equipe interdisciplinar discute os casos e avalia os resultados obtidos, solicitando os membros da ESF quando julga necessário. Fruto desta atividade, inúmeras pesquisas têm sido desenvolvidas com idosos e cuidadores desse bairro, contribuindo não só para a construção do conhecimento, mas para reorientar práticas de saúde, tornando-as mais efetivas.

Os idosos são desligados do projeto em situação de mudança de residência para além da área de abrangência do PSF, melhora do quadro clínico, óbito, ou habilitação satisfatória do cuidador, sendo então cadastrados novos idosos indicados pelos ACS.

Resultados e discussão

As informações obtidas a partir da avaliação Multidimensional do idoso, revela uma clientela fragilizada pelas condições de saúde-doença, agravada pela situação sócio-econômica em que se encontram inseridos.

Dos 64 idosos integrantes, 24 (38%) são do sexo masculino e 40 (62%) do sexo feminino. A faixa etária predominante está entre os 70-79 anos para ambos os sexos. Porém, dos 04 idosos com idade igual ou superior a 90 anos, 03 são do sexo feminino. Esses dados corroboram com os encontrados por Camarano (2002) que também observou a feminilização da velhice, aumentando a proporção de mulheres idosas, quanto maior for a faixa etária estudada.

Este fenômeno, pode ser justificado, entre outros fatores, pelo fato das mulheres procurarem mais precoce e frequentemente os serviços de saúde, e estarem expostas por menos tempo aos fatores de risco que os homens.. Estes, em geral, retardam a consulta médica procurando os serviços em situações extremas, por isso morrem mais cedo, deixando as mulheres viúvas.

Esta situação é preocupante, uma vez que as mulheres idosas têm baixo nível de escolaridade e dependem financeiramente do esposo e/ou dos filhos, pois possuem pouca experiência no mercado de trabalho.

Quanto a renda familiar, verificou-se que a maioria (49) sobrevivem com 1-2 salários mínimos, provenientes da aposentadoria e pequenos ganhos com o trabalho informal de filhos que se encontram desempregados. Seis idosos não são aposentados, por isso não possuem renda fixa, sobrevivendo das doações de parentes e vizinhos e, apenas cinco tem renda entre 3-4 salários mínimos.

A pauperização da velhice é outro achado assustador, pois além dos idosos apresentarem pluripatologias, os recursos financeiros escassos impedem-nos de terem acesso a alimentação, vestuário e moradia dignas, levando-os a viverem mais anos, com menos qualidade de vida.

Com os fracassados planos econômicos, o país vive uma crise, com pouca disponibilidade de empregos, agravada pela mão-de-obra desqualificada. A aposentadoria insuficiente para o idoso, acaba sendo, muitas vezes, a fonte de sustento para filhos e netos.

Em relação ao grau de instrução, é observado que apenas 05 (12,5%) idosas são alfabetizadas, enquanto que 04 (16,7%) dos idosos são alfabetizados. Esses idosos viveram numa época de difícil acesso a educação, pois a maioria é de trabalhadores rurais. Os poucos que estudaram, não completaram sequer o ensino fundamental, constituindo-se assim analfabetos funcionais.

Percebe-se que ao agregar idade avançada, feminilização, baixa renda e grau de instrução, os idosos do bairro INOCOOP, encontram-se vulneráveis a violência intrafamiliar e societária, exigindo a implementação de políticas públicas neste âmbito.

No aspecto epidemiológico prevalecem as doenças crônico-não-transmissíveis (DCNT): hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes mellitus, artropatias, câncer, dentre outros, prevalecendo a hipertensão arterial (65,6%). As pluripatologias são comuns na

terceira idade, dificilmente observando-se idosos que não possuem nenhuma, ou apenas uma DCNT.

Preocupa-nos a alta prevalência da hipertensão, uma vez que esta se apresenta como principal fator de risco para eventos cérebro-vasculares que comprometem a independência e a autonomia do idoso e desgasta o cuidador.

Porém, o fato do idoso ser portador de patologia única ou associadas, não implica a este um estado de incapacidade. A saúde em pessoas idosas, como nos apresenta Ramos (2002), “é resultante da interação multidimensional entre saúde física, mental, independência da vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica”.

A manutenção da Capacidade Funcional constitui-se no novo paradigma em saúde para os idosos.

Para a análise da Capacidade Funcional dos idosos integrantes do NASEN, utilizamos a escala de Atividades Básicas da Vida Diária de Katz (AVDs) e de Atividades Instrumentais da Vida Diária de Lawton (AIVDs). Constatamos que apenas 25% dos idosos possuem algum grau de dependência para AVDs e 68,6% para AIVDs.

Das AVDs a que mais os idosos requerem ajuda é a atividade de subir escadas (Quadro 1). Os domicílios dos idosos são predominantemente térreos, de tijolo/adobe, porém um grande número apresentam escadas de 03 a 04 degraus para acesso ao banheiro, situado comumente fora das dependências da casa.

Quadro 1- Idosos requerendo ajuda parcial ou total para as atividades básicas e intrumentais da vida diária, por grupo etário.

		60-69	70-79	80-89	+ 90 ou acima	Total
B Á S I C A S	Transferência	01	05	04	-	10
	Banhar-se	-	05	03	-	08
	Vestir-se	-	05	03	-	08
	Ir ao banheiro	-	04	03	-	07
	Continência	-	01	01	01	03
	Alimentar-se	-	03	02	-	05
	Andar plano	-	03	04	-	07
	Subir escada	04	07	05	02	18
I N S T R U M E N T A I S	Uso telefone	03	08	08	03	22
	Locais distantes	05	09	10	03	27
	Fazer compras	05	09	03	03	20
	Prep. da Refeição	04	07	09	02	22
	Arrumar casa	04	10	09	02	25
	Trab. Manuais	07	10	10	03	30
	Roupa	02	11	09	01	23
	Tomar remédios	01	08	09	02	20
Cuidar Finanças	05	08	08	03	24	

Fonte: NASEN/UATI/UESB, 2004.

Esta condição de dependência parcial ou total para subir escadas e barreiras arquitetônicas aumentam o risco de quedas para os idosos.

Desse modo, os profissionais do projeto, sensibilizados com este potencial “evento sentinela”, orientam o idoso e o cuidador familiar no sentido de diminuir o trânsito nesses locais, e fazer, quando possível, alterações ambientais.

Da totalidade de idosos, 21 (32,8%) apresentam suspeita para depressão e quando analisada a relação desta com o grau de dependência para AVDs (quadro 2), apenas 08 são suspeitos. O autocuidado é aprendido progressivamente desde a infância. Na velhice, as pluripatologias e a fragilização decorrentes do processo viver/envelhecer, fazem com que o idoso necessite de auxílio para banhar-se, vestir-se e até mesmo alimentar-se, podendo tornar-se deprimido devido a esta situação de dependência. Por isso, são realizadas atividades cuidativas com o intuito de manter ou recuperar a independência do idoso e evitar, entre outras complicações a depressão.

Quadro 2- Relação entre depressão e grau de dependência p/ AVDs.

Depressão	Suspeito	Não-Suspeito	Total	%
Dep.AVDs	Depressão	Depressão		
Depend. Parcial	07	05	12	18,7
Depend. Total	01	03	04	6,2
Total	08	08	16	25

Fonte: NASEN/UATI/UESB, 2004.

Em face da complexidade que envolve as Atividades Instrumentais, um maior número de idosos (44) necessita de ajuda para sua realização. Quando analisada a relação desta com a depressão, encontramos 18 casos de idosos com suspeita da doença.

Quanto à avaliação cognitiva através do MEEN, observamos um comprometimento da sua análise devido o baixo grau de escolaridade dos idosos. Atualmente, a equipe discute adaptações e novos modelos de avaliação cognitiva que se adequem ao contexto.

Conclusões

O Projeto NASEN resgata os princípios de humanização do cuidar. Observamos, nestes quatro anos de desenvolvimento, a satisfação dos idosos e seus cuidadores através de relatos verbais, boa receptividade à equipe e adesão as orientações que comprovam a seriedade e qualidade dos cuidados prestados, mantendo e recuperando a autonomia e independência do idoso.

Essa atividade extensionista tem proporcionado, aos futuros profissionais de enfermagem e fisioterapia, a aplicação prática dos conhecimentos teóricos que perpassam o cuidado do idoso na família e comunidade.

O projeto é fonte viva de ações que se concretizam de forma interdisciplinar e intersetorial, beneficiando o idoso, a família, a comunidade e a formação do profissional de enfermagem e de fisioterapia.

Enfim, visualizamos o cuidado promovido pelo NASEN, como importante para a mobilização da rede de suporte informal e auxílio na construção da cidadania do idoso jequeense.

Referências bibliográficas

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

CAMARANO, A . A . Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida.** Da prática das mulheres de virtude, aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A ., M.; SANTOS, S. M. A . Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: DUARTE, Y. A . O. & DIOGO, M. I. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

IBGE. **Vários Censos demográficos**. Disponível em <[http:// www. ibge.org.br](http://www.ibge.org.br)>. Acesso em: 01 junho 2004.

PATRÍCIO, M. Z. Cenas e cenários de uma família. In: ELSEN, I et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis, Série enfermagem – Repensul. Editora da UFSC, 1994.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOUZA, A . S. al. **Aspectos demográficos do envelhecimento no município de Jequié-Ba**. In: GERON 2004, Salvador-BA. Anais do XIV Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, Salvador: SBGG, 2004, p. 114.

SIAB. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Secretaria Municipal de Saúde. Jequié-BA, 2003.

THIOLLENT, Mihel. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2000.