



# Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

*Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*

Volume 12. Número 1. jan.-abr./2009

ISSN 1809-9823

UnATI  
UERJ





# Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

*Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*

Volume 12. Número 1. janeiro-abril/2009. 152p.

### **Editor / Editor**

Renato Peixoto Veras

### **Editores Associados / Associated Editors**

Célia Pereira Caldas

Shirley Donizete Prado

### **Editor Executivo / Executive Editor**

Conceição Ramos de Abreu

### **Grupo de Assesores / Editorial Advisory Board**

Adriano Cezar Gordilho - Salvador / UFBA

Alexandre Kalache - New York / The New York Academy of Medicine

Andréa Prates - São Paulo / CIES

Anita Liberalesso Néri - Campinas / UNICAMP

Annette Leibing - Montreal / Universidade McGill

Benigno Sobral - Rio de Janeiro / UnATI-UERJ

Daniel Groisman - Rio de Janeiro / UFRJ

Eliane de Abreu Soares - Rio de Janeiro / UFRJ

Emílio H. Moriguchi - Porto Alegre / PUC-RS

Emílio Jeckel Neto - Porto Alegre / PUC-RS

Evandro Coutinho - Rio de Janeiro / FIOCRUZ

Guita Grin Debert - Campinas / UNICAMP

Ivana Beatrice Mânica da Cruz - Santa Maria / UFSM

Jane Dutra Sayd - Rio de Janeiro / UERJ

Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Florianópolis / UFSC

Luiz Roberto Ramos - São Paulo / UNIFESP

Martha Pelaez - Washington, DC / OPAS

Mônica de Assis - Rio de Janeiro / INCA

Úrsula Margarida Karsch - São Paulo / PUC-SP

### **Normalização / Normalization**

Iris Maria de Souza Carvalho

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título revista Textos sobre Envelhecimento, fundada em 1998. É uma publicação do Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento, UnATI-Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tem por objetivos publicar e disseminar produção científica no âmbito da gerontogeriatría e contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano.

The Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology is the continuation of the publication entitled Text on Aging, first published in 1998. It is a publication of the Reference and Documentation Center on Aging, from the Open University for Studies on the Elderly, Rio de Janeiro State University. It aims to publish and to disseminate scientific production on Gerontology-Geriatrics, and to contribute to go deeper into questions concerned with human aging.

### **Colaborações / Contributions**

Os manuscritos devem ser encaminhados ao Editor Executivo e seguir as "Instruções aos Autores" publicadas ao final de cada fascículo.

All manuscripts should be sent to the Editor and should comply with the "Instructions for Authors", published in the end of each issue.

### **Assinaturas / Subscriptions**

Pedidos de assinatura ou permuta devem ser encaminhados à revista, no endereço de correspondência.

Subscription or exchange orders should be addressed to the journal.

### **Correspondência / Correspondence**

Toda correspondência deve ser encaminhada à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia no endereço abaixo:

All correspondence should be sent to Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia at the address below:

### **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**

UERJ/UnATI/CRDE

Rua São Francisco Xavier, 524 - 10º andar - bloco F - Maracanã

20 559-900 - Rio de Janeiro - RJ

Telefones: (21) 2587-7236 / 7672 / 7121 Ramal 229 e 232

Fax: (21) 2587-7236 Ramal 211

E-mail: crderbgg@uerj.br e crdetext@uerj.br

Web: <http://www.unati.uerj.br>

### **Indexação / Indexes**

LILACS-Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LATINDEX - Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

EDUBASE - Unicamp, São Paulo, Brasil

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é associada à

**Associação Brasileira de Editores Científicos**



## A entrevista social no processo de avaliação geriátrica ampla

*The social interview in the comprehensive geriatric assessment process*

Maria Angélica dos Santos Sanchez<sup>1</sup>  
Gabriela Maia da Silva Mota<sup>1</sup>

### Resumo

As novas diretrizes do pacto de gestão fortalecem as ações de atenção à saúde do idoso a partir do momento em que se torna uma das prioridades do Ministério da Saúde. Além disso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa preconiza uma atenção integral e integrada com ênfase em abordagens multidimensionais que buscam resgatar ou preservar a autonomia e independência do sujeito que envelhece. Um novo paradigma na atenção emerge trazendo a avaliação geriátrica ampla, realizada por uma equipe multidisciplinar, como uma prática essencial no rastreamento e identificação dos variados problemas que acometem o indivíduo idoso. Nesta modalidade de avaliação é fundamental um olhar direcionado aos problemas sociais que podem influenciar no restabelecimento da saúde ou no aparecimento de novas doenças. A entrevista social é um instrumento técnico que fornecerá ao profissional subsídios para realizar uma avaliação que possa gerar uma intervenção adequada a partir do conhecimento das possibilidades e limitações dos usuários que buscam atenção em unidades geriátricas. O objetivo deste trabalho é tecer algumas considerações acerca da avaliação social no processo de avaliação geriátrica ampla. É também um esforço preliminar de contribuir com o fazer profissional do assistente social, visto que as produções teóricas neste campo são escassas e as questões sociais se constituem em elementos essenciais para o estabelecimento de condutas terapêuticas eficazes.

### Palavras-chave:

Política de Saúde. Serviços de Saúde para Idosos. Avaliação Geriátrica. Equipe de Assistência ao Paciente. Entrevista. Idoso. Condições Sociais. Assistência Centrada no Paciente. Avaliação Social. Serviço Social.

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência / *Correspondence*

Maria Angélica Sanchez

CIPI-UERJ

Avenida Mal. Rondon 381, 2º andar - São Francisco Xavier

20950-000 - Rio de Janeiro, RJ, Brasil

E-mail: asanchezrj@terra.com.br

## Abstract

The new guidelines of the pledge management strengthen actions towards the elderly care now that it has become one of the Health Ministry's priorities. Furthermore, the National Policy of Elderly prescribes a thorough and integrated care with emphasis on the multidimensional approaches that aim at rescuing or preserving both the autonomy and independence of the aging subject. A new paragon in the care appears bringing the comprehensive geriatric assessment, which is accomplished by a multidisciplinary team, as an essential praxis of both tracking and identifying the numerous illnesses to which the elderly is susceptible to. In this kind of assessment, it is fundamental to look into the social issues that might either retard the elderly's recuperation or bring about new maladies. The social interview is a technical instrument that will provide the professional with resources for an assessment that will entail an adequate intervention from the knowledge of the possibilities and limitations of the patients coming to geriatric facilities. This work aims at taking under consideration the social assessment withing the range of the comprehensive geriatric assessment. It is also an effort to contribute to the praxis of the social worker, given that theory in this field is rare and social issues are central to the establishment of efficient therapeutic procedures.

**Key words:** Health Policy. Health Services for the Aged. Geriatric Assessment. Patient Care Team. Interview. Aged. Social Conditions. Patient-Centered Care. Social Assessment. Social Work. Comprhensive Geriatric Assessment

## INTRODUÇÃO

Apesar de a discussão acerca do envelhecimento da população brasileira ter entrado em pauta há algumas décadas, somente com a aprovação do pacto de gestão em fevereiro de 2006 a saúde do idoso entrou no rol das prioridades do Ministério da Saúde.<sup>1</sup>

Alguns desdobramentos da normatização da Portaria 399 do Ministério da Saúde já são observados. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, por exemplo, estimula ações com ênfase em uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, levando em consideração a interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais a influenciar a saúde do idoso.<sup>1,2</sup>

O atendimento destinado ao idoso requer uma abordagem multidisciplinar, e a intervenção deve ser sempre precedida de uma avaliação abrangente, levando em consideração que, na maioria das vezes, somente uma equipe multidisciplinar integrada é capaz de reabilitar a capacidade funcional de uma pessoa idosa.<sup>3</sup>

A avaliação geriátrica ampla contempla um conjunto de informações sobre os estados clínico, psíquico, funcional e social da pessoa idosa. Trata-se de uma busca ativa de problemas que podem gerar situações complexas, sobretudo em idosos frágeis. Este tipo de avaliação, realizada por uma equipe multidisciplinar, permite um enfoque adequado dos complexos e variados problemas dos idosos.<sup>4</sup>

Para que uma avaliação dessa natureza forneça subsídios para um plano terapêutico adequado, faz-se necessário que as informações colhidas apresentem um retrato de todos os aspectos clínicos, além de uma avaliação das condições sociais do indivíduo. Neste sentido, a avaliação social é parte importante neste processo.

Dentre as atribuições do assistente social, a avaliação social é realizada com o objetivo de conhecer a realidade do usuário e suas interações no contexto em que está inserido.<sup>5</sup> É nesse momento que são identificadas condições sociais que, porventura, podem interferir no restabelecimento de sua saúde. Para tanto, o profissional utiliza como instrumento a entrevista social.<sup>6</sup>

Este artigo tem como objetivo abordar alguns aspectos gerais, importantes na utilização da entrevista como um instrumento técnico na prática do serviço social, bem como sua aplicabilidade no setor saúde, sobretudo na avaliação social no campo da atenção ao idoso.

## A entrevista na prática do Serviço Social

A entrevista é um dos instrumentais mais utilizados na prática do Serviço Social. Ela tem como objetivo precípua a coleta de dados para conhecer o usuário e a sua demanda, bem como reunir condições efetivas de intervenção profissional. Neste sentido, a entrevista possibilita ao assistente social o conhecimento das reais demandas aparentes e implícitas.<sup>7</sup>

A entrevista caracteriza-se por sua relação dialógica, sendo muito utilizada no espaço profissional e tem como proposta inicial o estabelecimento de uma aproximação do profissional com o usuário no intuito de compreender o que ele deseja e solicita do ambiente de intervenção profissional. Pode ser construída através de um roteiro estruturado com perguntas formuladas levando em consideração a área na qual o profissional está atuando.<sup>8</sup>

É importante que o assistente social deixe transparente, logo de início, para o usuário qual é o objetivo daquele procedimento técnico, e em que sentido ele intervirá na problemática levantada, bem como a finalidade do uso das informações coletadas, demonstrando o caráter sigiloso daquele espaço profissional.<sup>9</sup> Ademais, cabe ao profissional uma atenção especial ao momento da entrevista, não emitindo opiniões decorrentes de sua avaliação pessoal, não julgando e não tomando atitudes preconceituosas; caso contrário, o processo da entrevista pode ser inteiramente comprometido.<sup>9</sup>

A maioria das entrevistas, independente de qual seja o seu tipo, estruturada ou não, tem como principal objetivo conhecer o problema trazido, compreendendo-o e solucionando-o eficazmente.<sup>9</sup> Desta forma, a entrevista favorecerá o levantamento de questões importantes para, posteriormente, serem orientadas ao longo do processo de trabalho. É uma técnica cuja dimensão de coleta de dados permite traçar um perfil da população atendi-

da, além de conhecer as demandas que são fundamentais para a intervenção profissional.<sup>10</sup>

A entrevista é um instrumento técnico-operativo que não deve ser visto como um fim em si mesmo, mas um meio que favorecerá, num processo mais amplo, a avaliação social.<sup>5</sup>

Com este instrumental é possível avaliar as demandas do usuário do serviço e da situação relatada por ele para que futuramente seja realizada uma avaliação mais abrangente com todos os dados coletados para uma possível elaboração de um plano de intervenção para o problema apresentado.<sup>5</sup>

É importante, porém, que o profissional tenha conhecimento do espaço institucional em que está atuando, bem como, dos recursos disponíveis, principalmente, na prática profissional do assistente social, a fim de poder concretizar as demandas do usuário.<sup>9</sup>

Contudo, a entrevista estruturada não deve ser uma *camisa de força* para o profissional, a ponto de impedi-lo de ir além do que está estabelecido, se assim julgar ser importante para aprofundar alguns aspectos que não constem no guia da entrevista. Ela nada mais é que um roteiro que auxilia na organização das idéias para um maior entendimento da situação levantada pelo usuário.<sup>8</sup>

O importante é ter a clareza de que a prática do assistente social não deve se alicerçar em uma atividade rotineira de coleta de

informações. Silva<sup>10</sup> alude à importância de um momento de reflexão após a entrevista que possa embasar a sua ação; ou ainda concretizar a sistematização da prática, uma vez que isto possibilita o aprimoramento do fazer profissional no espaço institucional.

Por outro lado, a entrevista é o momento em que o profissional lança mão dos aspectos educativo e reflexivo para a instrumentalização da população usuária dos serviços, com relação aos seus direitos e deveres como cidadãos.<sup>7</sup> Neste sentido, a socialização da informação constitui instrumento de indagação e ação onde o aspecto educativo é direcionado para a transformação das condições que podem ser geradoras dos problemas vivenciados pelos usuários.<sup>7</sup>

### O papel da avaliação social no protocolo de avaliação geriátrica ampla

Kane<sup>6</sup> traz para reflexão duas vertentes acerca da avaliação social. Sob o ponto de vista da equipe multidisciplinar, trata-se apenas de mais uma dimensão do usuário que deve ser avaliada. No entanto, que sob a óptica das ciências sociais, pode ser vista como uma avaliação abrangente e complexa que contempla os múltiplos problemas apresentados pelo idoso.

Por ser a avaliação geriátrica ampla uma avaliação multidimensional, compreende em sua estrutura uma avaliação do contexto social do idoso obtida através de uma entrevista que, em um ambiente multidisci-

plinar, fica sob a responsabilidade do assistente social. Este analisa amplamente as circunstâncias sociais e sugere que intervenções ou alternativas são necessárias para a resolução do problema apresentado pelo usuário.

A prática gerontológica efetiva demanda a realização de uma avaliação minuciosa das condições sociais do idoso em acompanhamento, buscando analisar se tais condições estão influenciando negativamente o restabelecimento da saúde ou se são responsáveis pelo surgimento de novos problemas. Os idosos, por apresentarem múltiplas queixas que interagem com as condições físicas, emocionais e cognitivas, talvez sejam mais sensíveis às alterações advindas do ambiente social.<sup>6</sup>

Apesar de a avaliação social permitir, a partir de uma ação integrada à dos demais profissionais, uma visão integral do sujeito que adocece e favorecer maior compreensão das implicações sócio-culturais na saúde, é ainda pouco desenvolvida no processo de trabalho do assistente social.<sup>11</sup>

Ainda são escassas no Brasil as produções teóricas sobre a avaliação social no campo da gerontologia, ao contrário de outros países que dispõem de um manancial de instrumentos que avaliam, separadamente, diferentes dimensões das condições sociais da pessoa idosa como, por exemplo: rede de suporte social; ambiente do domicílio; espiritualidade; situação econômica; saúde sexual e sobrecarga do cuidador.

Ainda que não tenhamos disponíveis tais instrumentos, faz-se importante que essa ava-

liação seja composta por questões relevantes para a análise de problemas e para a intervenção nos espaços de atenção geriátrica.

## Dimensões relevantes para a avaliação social da pessoa idosa

Em uma avaliação social são colhidas muitas informações que permitem ao profissional traçar o perfil do idoso em atendimento e conhecer um pouco da sua dinâmica familiar. Mesmo que o guia de entrevista abarque vários aspectos, consideramos importante destacar três dimensões que devem ser alvo constante na avaliação.

### A Rede Social

Uma rede social adequada é uma das condições fundamentais para o sucesso do plano terapêutico. Kane<sup>6</sup> define a rede social como a teia de relações e contatos na vida de um indivíduo.

A rede social, em um nível microscópico, constitui-se na rede social pessoal e possui certas funções a serem desempenhadas por seus integrantes: oferecer companhia; destinar apoio emocional; servir como guia de conselhos e de regulação social; fornecer ajuda material e facilitar o acesso a novos contatos.<sup>12</sup>

É fundamental conhecer as características estruturais desta rede, como por exemplo, o número de pessoas que a compõe, como estas pessoas se relacionam, e como essa rede esta composta.<sup>12</sup>

## O Suporte Social

O suporte social refere-se à assistência objetiva destinada ao idoso e divide-se em formal – aquele oferecido pelas instituições governamentais, e o suporte informal – destinado pela família. O suporte social é definido como a assistência objetiva fornecida pela rede social, levando-se em consideração a impressão subjetiva de quem o recebe.<sup>6</sup>

O suporte destinado a indivíduos por seus familiares é mais importante na velhice do que em qualquer outra fase da vida, com exceção da infância, quando a família tem um papel fundamental.<sup>13</sup>

No Brasil, o suporte social é fornecido, em grande parte, pela família. As políticas de atenção destinadas à população que envelhece caminham timidamente na implementação de ações que atendam satisfatoriamente ao idoso e a seu cuidador.

Para avaliar o suporte social, o profissional pode utilizar questionários e escalas, ou entrevistas semi-estruturadas que incluam informações sobre o tipo de suporte fornecido, quem o fornece e como este é recebido.<sup>13</sup>

Mais importante que avaliar o suporte social no seu aspecto quantitativo, é avaliar se o indivíduo recebe o mínimo de suporte. Para isto, Kane<sup>6</sup> sugere três aspectos a serem avaliados: (1) com quem a pessoa pode contar quando precisa de ajuda; (2) a periodicidade do contato que mantém com seus parentes mais próximos; (3) a convivência com amigos e a periodicidade de contato

com eles, sendo também importante avaliar a disponibilidade de as pessoas fornecerem esse suporte.

## A situação econômica

Os fatores econômicos têm um impacto relevante na vida de uma pessoa. Eles são determinantes das condições de moradia, da saúde nutricional e da obtenção de medicamentos, entre outros. Gallo *et al.*<sup>13</sup> comentam que a conduta terapêutica adotada por uma equipe pode ser completamente alterada pela pessoa em decorrência da precariedade de seus recursos financeiros.

A avaliação das condições econômicas é fator preponderante para a elaboração do plano terapêutico para o idoso em acompanhamento. Ela também constitui-se em facilitador para as tomadas de decisões. No entanto, a ausência de recursos muitas vezes impede uma conduta adequada, exercendo efeitos negativos na adesão ao tratamento. Ao conhecer a condição econômica e as possibilidades da rede social do usuário, o profissional deverá articular-se fortemente para viabilizar o acesso aos recursos disponíveis na comunidade.

## A Sobrecarga do cuidador

A discussão sobre o impacto da sobrecarga do cuidador na vida de um idoso dependente é assunto pouco disseminado no Brasil. Ainda que o tema mereça destaque, é notória a ausência de uma política direcionada para este segmento da população.<sup>14</sup>

O cuidador de um idoso dependente deve ser visto como um potencial parceiro da equipe. Na maioria das vezes, porém, ele não escolheu essa tarefa, apenas assume-a por conta das circunstâncias impostas.<sup>15</sup>

Uma das formas de se avaliar o cuidador é a utilização de escalas que possam aferir seus níveis de sobrecarga. Uma delas é a escala de sobrecarga de Zarit,<sup>16</sup> um instrumento que vem sendo largamente utilizado em todo o mundo. Scazufca<sup>17</sup> propõe uma versão para uso no Brasil que tem sido utilizada em muitos espaços de atenção geriátrica.

Além da utilização da escala, uma avaliação subjetiva e bem detalhada do cuidador, fornece ao profissional um panorama geral do idoso em acompanhamento e das reais possibilidades de suporte e de adesão ao tratamento.

### A avaliação social em uma unidade ambulatorial geriátrica: a prática do serviço social

No ambulatório de uma unidade de assistência geriátrica, localizada em um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro, o Serviço Social atua seguindo os princípios éticos que norteiam o projeto político-profissional e em consonância com as diretrizes da prática geriátrico-gerontológica.

O trabalho é desenvolvido com base na prática reflexiva do processo de envelheci-

mento e suas conseqüências no âmbito da saúde, da família e da sociedade. Além disso, faz parte do escopo do espaço de atenção um conjunto de orientações sobre o exercício dos direitos da pessoa idosa.

A avaliação social é utilizada em todas as atividades que requeiram a intervenção do serviço social, seja na avaliação geriátrica ampla, seja na avaliação do cuidador de idosos dependentes, ou, ainda, na avaliação de idosos que ingressam nos grupos de promoção de saúde. Cada um desses momentos tem um modelo diferenciado e objetivos específicos descritos a seguir.

A avaliação social inicial é, geralmente, o primeiro contato que o assistente social tem com o usuário. Trata-se da primeira sessão da avaliação geriátrica ampla e tem como objetivo identificar os aspectos sociais que podem influenciar a saúde do idoso ou vice-versa.

Essa avaliação é importante para subsidiar a tomada de decisões na implementação do Plano de Cuidados, pois as observações realizadas na entrevista são essenciais para um planejamento adequado que respeite os limites e não fuja das possibilidades do usuário e de sua rede de suporte.

Ela geralmente ocorre antes da avaliação clínica para possibilitar aos demais integrantes da equipe um conhecimento da real situação do idoso, permitindo às condutas estabelecidas estarem ao alcance do usuário. Com duração média de quarenta minutos, ela pode variar conforme a necessidade de cada pessoa.

A maioria das condutas é estabelecida após discussão do caso com a equipe. Entretanto, as situações que requeiram intervenção imediata são discutidas com o idoso e família buscando, em conjunto, alternativas para a situação apresentada.

Uma outra modalidade de entrevista é a avaliação social do cuidador, que tem como objetivo conhecer as demandas da pessoa responsável pelo cuidado direto com o idoso dependente, em decorrência de uma síndrome demencial.

O cuidador é encaminhado ao serviço social pelo médico depois que este informa o diagnóstico à família e apresenta o prognóstico da doença. Nessa avaliação, cabe ao assistente social conhecer a dinâmica familiar, bem como os recursos deste cuidador, para discutir com o mesmo as possibilidades e limitações de sua tarefa. Cabe ao profissional identificar que políticas setoriais atendem às demandas do cuidador, orientando-o quanto ao exercício de seus direitos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora esteja aumentando o interesse do profissional do serviço social neste campo de atenção, o tema avaliação social no âmbito da assistência geriátrica é pouco estudado e divulgado no Brasil.

Em parte isso se deve à escassez de produções teóricas, com conteúdo mais didático do *fazer* e do *agir* nos espaços de atenção

ao idoso. Apesar de o assistente social ser um profissional importante em uma equipe multidisciplinar, quer pelas possibilidades de uma assessoria, quer pela atenção direta ao usuário do serviço, a profissão ainda carece de recursos para desenvolver um papel determinante, sobretudo em um país cujas políticas setoriais destinadas a este segmento etário ainda são incipientes.

Historicamente, o serviço social é visto como um espaço de resolução de problemas para onde o usuário é encaminhado depois que os demais profissionais não têm mais alternativas. No entanto, é preciso que o profissional do serviço social distinga seu campo de atuação com clareza. Para tanto, faz-se necessária a instauração de um novo fazer, criando possibilidades de intervenção que possam ir ao encontro dos anseios e possibilidades do usuário.

Na assistência geriátrica, os problemas que acometem o idoso têm forte relação com suas condições sociais. São inúmeras as situações que influenciam negativamente sua saúde e aqui podemos destacar, principalmente, os dilemas da ausência de uma rede de suporte, a precariedade dos recursos toda natureza para grande parte dessa população, e os maus-tratos advindos de condições adversas a que está exposto.

Portanto, é fundamental que o assistente social tenha habilidade para enfrentar essas questões; caso contrário, ele será um mero colhedor de informações e fornecedor de encaminhamentos. Além disso, o aprofunda-

mento de pesquisas nessa área é essencial para o incremento de ações inovadoras que possam

contribuir para o bom desempenho do assistente social no campo da gerontologia.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 399 G/M de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2528/GM de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.
3. Pfeifer E. Some basic principles of working with older patients. *J Am Geriatr Soc* 1985 Jan;33(1): 44-7.
4. NIH, Geriatric Assessment Methods for Clinical Decisionmaking, NIH Consensus Statement, 1987 oct 19-21; 6 (13):1-21.
5. Moreira MPS. A avaliação social do idoso dependente na assistência domiciliar. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005.
6. Kane RA. Assessment of social function: recommendations for comprehensive geriatric assessment. In: Rubenstein L.Z, Wieland D. Benrnabei R, editors. *Geriatric Assessment Technology: The state of the Art*. New York: Spring Publish; 1995. p. 91-110
7. Vasconcelos AM. Serviço Social e prática reflexiva. *Revista Em Pauta*1997; 10:131- 81.
8. Richardson RJ. “Entrevista”. In: \_\_\_\_\_. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 2 ed. São Paulo: Atlas; 1989. p. 160-72.
9. Garret, A. A entrevista: seus princípios e métodos. Rio de Janeiro: Agir; 1991. p.15- 116.
10. Silva JAP. O papel da entrevista social na prática do Serviço Social. *Revista Em pauta* 1995.
11. Assis M. A avaliação social na atenção integral à saúde do idoso.. In: *Anais do IX Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, 1998, Goiânia. *Caderno de Comunicações do IX Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, 1998. v. 1. p. 333-5
12. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
13. Gallo JJ, Fulmen T, Paveza GJ, Reichel W. *Handbook of Geriatric Assessment* . Gaithrsburg, Maryland: Aspen; 2000.
14. Veras RP, et al. Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. *Revista de psiquiatria clínica* 2007; 34 (1): 5-12.
15. Karsch, UM. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: Educ; 1998
16. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20: 649-55.
17. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in cares of people with mental illness. *Revista brasileira de psiquiatria* 2000; 24(1):12-7.

Recebido: 25/6/2008

Aprovado: 20/9/2008



## Estenose aórtica severa em idosos: avaliação clínica, eletrocardiográfica, ecocardiográfica e angiográfica

*Severe aortic stenosis in the elderly: clinical, electrocardiographic, echocardiographic and angiographic assessment*

Michel Pompeu Barros de Oliveira Sá<sup>1</sup>  
Rafael Alessandro Ferreira Gomes<sup>1</sup>  
Ivaldo Calado Filho<sup>1</sup>  
Angela Medeiros<sup>1</sup>  
Aarão Gonçalves<sup>1</sup>

### Resumo

**Objetivos:** Analisar o perfil clínico e laboratorial de idosos portadores de estenose aórtica severa e possíveis diferenças entre os sexos. **Método:** Foram estudados 30 pacientes (18 homens e 12 mulheres), com média de idade de  $70,7 \pm 5,3$  anos, portadores de estenose aórtica acentuada, sendo avaliados quanto a sintomas clínicos, presença de fatores de risco, padrões eletrocardiográficos, ecocardiográficos e associação com doença arterial coronariana, pela realização de angiografia coronariana. **Resultados:** Dispnéia foi o sintoma mais frequente (40%). Mulheres tinham mais angina que os homens. Apenas dois pacientes tinham fração de ejeção baixa. Homens apresentaram menores frações de ejeção que mulheres ( $p < 0,05$ ). Houve alta prevalência (53,3%) de doença arterial coronariana associada através de coronariografia. **Conclusões:** Os achados de dispnéia como sintoma mais frequente no grupo total, diferença da frequência de sintomas entre os sexos e fração de ejeção menor nos homens sugeriram que os mecanismos de adaptação ventricular à estenose aórtica possam ser diferentes entre os sexos. Existe forte associação entre estenose aórtica senil calcificada e doença arterial coronariana em idosos.

### Palavras-chave:

Perfil de Saúde.  
Idoso. Saúde do Idoso. Estenose da Valva Aórtica.  
Razão de Chances.  
Gênero e Saúde

<sup>1</sup> Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Medicina Clínica. Recife, PE, Brasil.

### Correspondência / Correspondence

Michel Pompeu Barros de Oliveira Sá  
Av. Engenheiro Domingos Ferreira, 4172/405 – Boa Viagem  
51021-040 – Recife, PE, Brasil  
E-mail: michel\_pompeu@yahoo.com.br

## Abstract

**Objectives:** To evaluate clinical and laboratorial profile in elderly patients with severe aortic stenosis and possible gender differences. **Method:** We studied 30 patients (18 males and 12 females) aged  $70,7 \pm 5,3$  years with severe aortic stenosis, analyzing clinical manifestations, risk factors, eletrocardiographic and ecocardiographic indexes and association with coronary artery disease by coronary angiographic assessment. **Results:** Dyspnea was the most frequent symptom with overall prevalence of 40%. Women had more angina than men. Ejection fraction was low in only two patients. Male patients had lower ejection fraction ( $p < 0,05$ ). High prevalence (53,3%) of associated coronary artery disease was observed. **Conclusions:** Data showed dyspnea as the most common clinical manifestation, gender differences of clinical manifestations and lower ejection fraction in male patients suggest that adaptive mechanisms to this condition may be different in both genders. There is a strong association between aortic stenosis in elderly and coronary artery disease.

**Key words:** Health Profile. Aged. Health of the Elderly. Aortic Valve Stenosis. Odds Ratio. Gender and Health

## INTRODUÇÃO

Para preservar a qualidade de vida com o envelhecimento da população, é importante identificar apropriadamente e tratar as doenças que são encontradas comumente nas pessoas idosas. Estima-se que cerca de 28.000 substituições da válvula aórtica foram realizadas nos EUA em 2004, sendo a estenose aórtica a indicação a mais comum; 61% destas substituições de válvula aórtica ocorreram em pacientes com mais de 65 anos de idade.<sup>1,2</sup> Com o desenvolvimento do acesso aos cuidados de saúde, a disponibilidade larga de testes não-invasivos, as técnicas operatórias de baixa mortalidade, o médico da atenção primária e o cardiologista estarão ambos face a face com a necessidade do estabelecimento do diagnóstico e de determinar o tratamento apropriado dos pacientes que têm estenose aórtica.

A doença degenerativa da válvula aórtica (esclerose aórtica) representa muito provavelmente um estágio precoce de um processo patológico que pode resultar na estenose aórtica. O grau de calcificação da válvula aórtica como detectado pela ecocardiografia aumenta com a idade, ocorrendo esclerose aórtica em 20% da população com idade entre 65 e 74 anos e em 48% da população com idade acima de 84 anos.<sup>3,4</sup> Similarmente, a prevalência de estenose aórtica aumenta também com a idade; a estenose aórtica está atualmente presente em 1,3% da população idosa com 65-74 anos e em 4% da população com mais de 85 anos de idade. Os médicos devem, conseqüentemente, ter um ponto inicial relativamente baixo para obter um ecocardiograma em um paciente idoso com um sopro sistólico.

Além da idade, diversos outros fatores de risco foram associados com a esclerose

aórtica, incluindo o sexo masculino, a lipoproteína (a), a altura, a fração da lipoproteína de baixa densidade de colesterol (LDL-c) e diabetes *mellitus*.<sup>3,5-8</sup> O efeito que a atuação na modificação destes fatores de risco tem no desenvolvimento da esclerose aórtica e a progressão subsequente da doença permanece obscuro.

A estenose aórtica valvar é uma doença gradualmente progressiva, de modo que os pacientes podem permanecer assintomáticos por anos. É comum o diagnóstico ser considerado inicialmente durante uma consulta de rotina, quando um sopro sistólico é detectado. O início dos sintomas marca o curso da doença e é de suma importância identificar isto, uma vez que o prognóstico de pacientes sintomáticos é pobre, sem tratamento cirúrgico.

Os sintomas cardinais da estenose aórtica são:

- *angina pectoris*;
- síncope ou pré-síncope;
- dispnéia

Aproximadamente 50% dos pacientes com estenose aórtica têm doença arterial coronariana associada para explicar o desenvolvimento de angina.<sup>9</sup> Inversamente, a ausência de dor torácica não exclui a presença de doença arterial coronariana significativa. Nos pacientes que experimentam angina na ausência de doença coronária, um desequilíbrio entre suprimento e demanda miocárdica de oxigênio é a explanação proposta. A demanda aumentada ocorre

secundária à pressão na cavidade ventricular esquerda elevada, prolongado tempo ventricular esquerdo de ejeção e massa aumentada do músculo; vários mecanismos que danificam o fluxo coronário do sangue e limitam o suprimento de oxigênio foram descritos.<sup>10,11</sup>

Síncope ou pré-síncope geralmente são relacionados temporalmente ao exercício. Ocorre quando a pressão ventricular esquerda elevada da cavidade estimula baro-receptores, que induzem à hipotensão arterial, diminuindo o retorno venoso e, ocasionalmente, bradicardia.<sup>12</sup> Síncope em repouso é em geral resultado de arritmias ventriculares.

Dispnéia pode ser um sintoma de vários processos da doença, incluindo doença arterial coronariana, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão e estenose aórtica. Embora pacientes assintomáticos manifestem frequentemente dispnéia como sintoma inicial, geralmente considera-se ocorrer posteriormente no processo da doença e indica estenose aórtica severa. Os pacientes idosos podem gradualmente reduzir seu nível de atividade em um esforço para evitar a dispnéia e, assim, estarem inconscientes de sua limitação atual, a menos que questionado especificamente.

A incidência de doença coronariana em pacientes submetidos à troca de valva aórtica é estimada entre 7% e 66%. Em uma série brasileira recentemente publicada, com pacientes que tinham média de idade de aproximadamente 70 anos, mostrou-se prevalência de 40% de doença coronariana em

pacientes com estenose aórtica. Verifica-se certa correlação entre idade e taxa de coronariopatia, em que a faixa etária maior tem maior probabilidade de doença coronariana associada a estenose aórtica.<sup>13-17</sup>

A presença de doença coronariana em pacientes com estenose aórtica tem sido motivo de muitos estudos, e alguns autores têm sugerido a correlação entre fatores de risco (hipertensão, diabetes, dislipidemias, tabagismo) e presença de coronariopatia no paciente valvar aórtico.<sup>14,18-20</sup>

## MÉTODOS

Foram estudados 30 pacientes, com média de idade de  $70,7 \pm 5,3$  anos, que foram internados no Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco, entre fevereiro e novembro de 2007. Dezoito deles eram do sexo masculino ( $73,2 \pm 5,0$  anos) e 12 do feminino ( $71,3 \pm 5,0$  anos), constituindo os dois conjuntos analisados de forma comparativa. Foram apenas incluídos portadores de estenose aórtica acentuada (área valvar ao ecodopplercardiograma  $< 1,0 \text{ cm}^2$  e/ou gradiente transvalvar  $> 50 \text{ mmHg}$ ), que não apresentavam outras afecções valvares, insuficiência renal e doenças consumptivas.

A frequência cardíaca e o ritmo do coração foram avaliados em ambos os sexos. Quanto às características clínicas, procurou-se caracterizar a presença das três manifestações mais comuns da estenose aórtica: dispnéia de esforço, angina e síncope.

Foi também analisada a presença de fatores de risco para aterosclerose prévios ao período intra-hospitalar (hipertensão arterial sistêmica - HAS, diabetes *mellitus* - DM, dislipidemias - DLP, tabagismo), uma vez que estes também são reconhecidos como possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de estenose aórtica senil calcificada.

Para avaliação eletrocardiográfica, utilizou-se eletrocardiógrafo de 12 derivações. Para análise de sobrecarga ventricular esquerda (SVE), foram realizados cálculo do índice de Sokolow-Lyon ( $> 35 \text{ mm}$ ) e índice de Cornell ( $> 28 \text{ mm}$  para homens e  $> 20 \text{ mm}$  para mulheres).<sup>21</sup>

Na avaliação ecodopplercardiográfica, foram avaliadas as seguintes variáveis: fração de ejeção (FE), índice de massa (M) expresso em  $\text{g}/\text{m}^2$  (calculado a partir da relação entre espessura do septo interventricular, da parede posterior e o diâmetro diastólico do VE),<sup>22</sup> o gradiente transvalvar aórtico máximo (G) e a área valvar aórtica.<sup>23</sup>

Foi também avaliada a presença de doença arterial coronária importante concomitante à estenose aórtica através de cateterismo cardíaco. Foram considerados coronarianos quando apresentavam pelo menos uma artéria subepicárdica com processo aterosclerótico com mais de 50% de redução do lúmen vascular.

Todos os dados foram coletados a partir dos prontuários. Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da instituição.

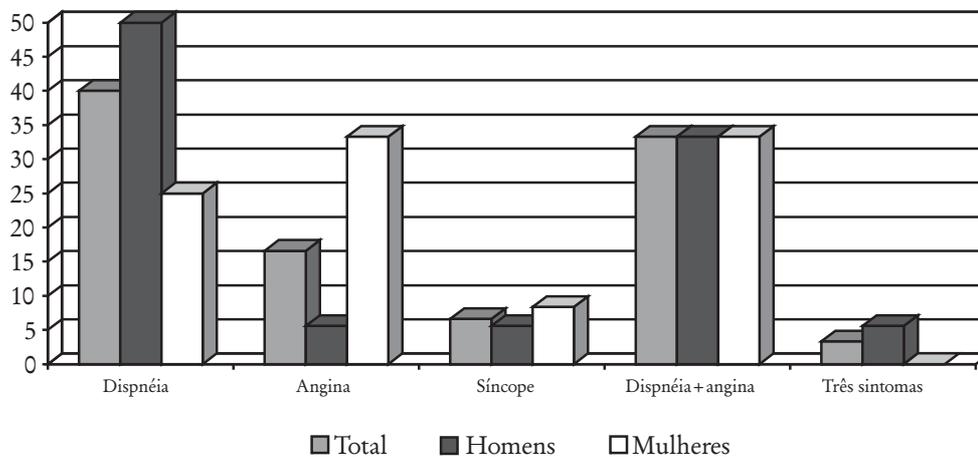
Na análise estatística dos resultados finais obtidos nos dois grupos, sexualmente diversos, estes foram comparados utilizando-se teste de *Wilcoxon*. Na análise da associação dos fatores de risco com doença coronariana, foi utilizado teste *t* de Student. Os dados foram plotados e analisados em *software* EPI.INFO versão 6.0.1. As diferenças foram consideradas como estatisticamente significantes quando  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

A incidência das três grandes manifestações clínicas encontra-se na figura 1.

O sintoma mais frequente foi dispnéia aos médios ou grandes esforços, presente em 9 de 18 (50%) homens e em 3 de 12 (25%) mulheres, ou seja, em 12 (40%) do total de pacientes.

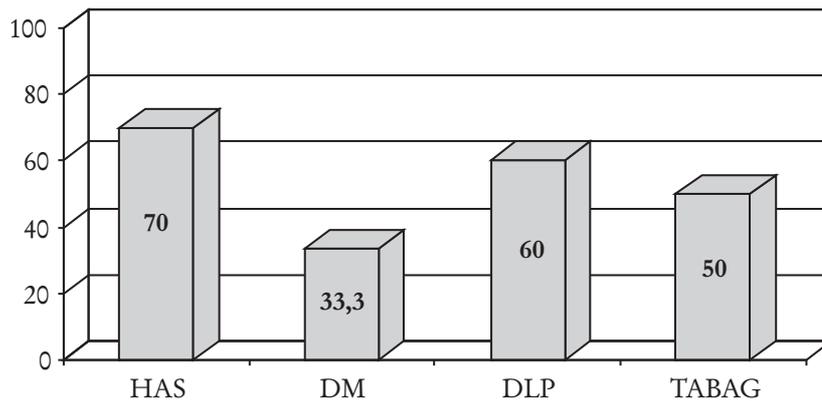
Angina de peito foi observada em um (5,55%) dos homens e em quatro (33,3%) das mulheres. A associação de dispnéia e de angina foi a segunda manifestação clínica em frequência, comparecendo em 10 (33,3%) dos pacientes, com incidência igual em ambos os sexos. Síncope se apresentou apenas na forma isolada em dois pacientes (10% do total), sendo um do sexo masculino e um do sexo feminino.



**Figura 1** - Frequência (%) dos sintomas clínicos (isolados e associados). 2008.

A análise dos fatores de risco para aterosclerose prévios ao internamento estão relatadas na figura 2. Observamos prevalência de

70% para hipertensão arterial, 33,3% para diabetes, 60% para dislipidemia e 50% para tabagismo.



**Figura 2** - Frequência (%) dos fatores de risco para aterosclerose. 2008.

O exame eletrocardiográfico evidenciou sobrecarga atrial esquerda em 14 (46,6%) pacientes, sobrecarga ventricular esquerda em 16 (53,3%) pacientes pelo critério de Sokolow-Lyon e em 23 (76,6%) pelo critério de Cornell, bloqueio de ramo esquerdo em dois (6,6%), bloqueio de ramo direito em quatro (13,3%), bloqueio divisional ântero-superior esquerdo em seis (20%). Todos os pacientes apresentavam alterações do segmento ST-T e ondas T negativas. Dois dos pacientes (1 homem e 1 mulher) apresentavam fibrilação atrial e os outros ritmo sinusal regular.<sup>21</sup>

Dos 16 pacientes que apresentavam índice de Sokolow positivo,<sup>21</sup> dois não apresentavam HVE ao ecocardiograma (12,5% de falsos positivos). Dentre os 14 pacientes

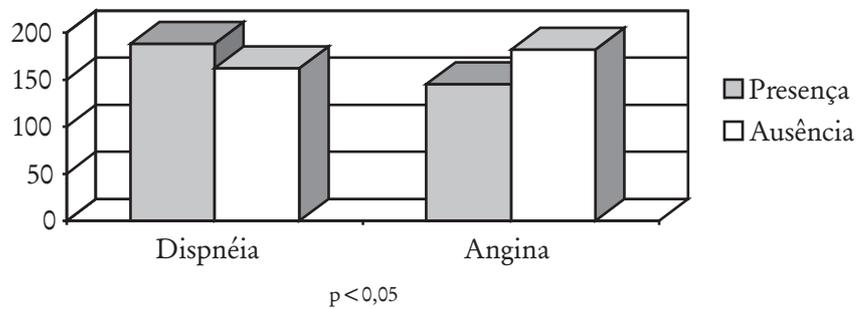
nos quais o índice de Sokolow foi negativo, oito apresentavam HVE ao ecocardiograma (57,1% de falso negativos). Dos 23 pacientes que apresentavam índice de Cornell positivo, um não apresentava HVE ao ecocardiograma (4,3% de falsos positivos). Dos sete pacientes com Cornell negativo, seis pacientes confirmaram a ausência de HVE ao ecocardiograma (14,5% de falsos negativos).

O estudo pela ecodopplercardiografia revelou que apenas dois (6,6%) pacientes apresentavam  $FE < 0,50$ . Átrio esquerdo  $> 4\text{cm}$  esteve presente em 19 (63,3%) pacientes e calibre da aorta  $> 3,5\text{cm}$  em 12 (40%). Índice de massa  $> 150\text{g/m}^2$  foi observado em 21 (70%) pacientes. A área valvar média do grupo total de pacientes foi de  $0,7\text{cm}^2$ . A análise das variáveis ecocardi-

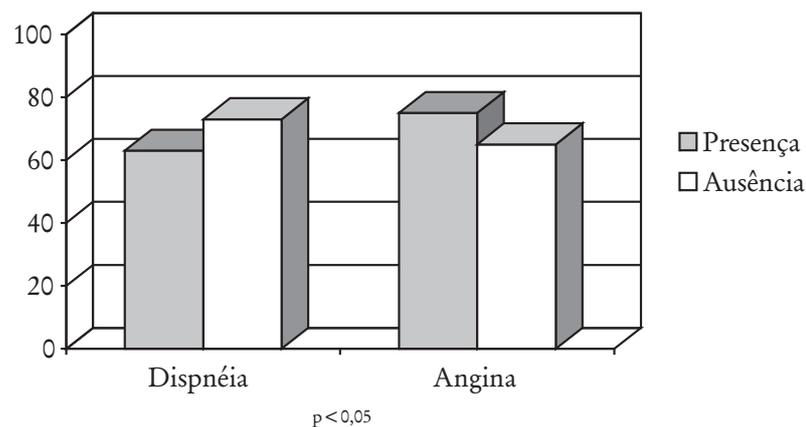
gráficas (tabela 1) evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os sexos para os valores da fração de ejeção.

A relação entre os sintomas clínicos e os achados ecodopplercardiográficos encontram-se nas figuras 3 e 4. Evidenciou-se que

os pacientes com dispnéia apresentavam massa ventricular significativamente maior ( $p < 0,05$ ) e FE expressivamente menor ( $p < 0,05$ ) que os demais. Por outra, os portadores de angina de peito exibiram massa ventricular esquerda significativamente menor ( $p < 0,05$ ) e maior FE que o restante.



**Figura 3** - Relação do índice de massa ventricular ( $\text{g}/\text{m}^2$ ) ao ecodopplercardiograma com os sintomas dispnéia e angina.



**Figura** - Relação da fração de ejeção (%) ao ecodopplercardiograma com os sintomas dispnéia e angina. 2008.

Quando da análise da presença de doença arterial coronária importante concomitante à estenose aórtica severa através de cateterismo, dos 30 pacientes do estudo, 16 (53,3%) apresentavam lesões importantes nas artérias coronárias que necessitavam de revascularização miocárdica. Deste grupo, sete (43,75%) pacientes não apresentavam angina. Não houve associação significativa entre os grupos com e sem doença coronariana em relação ao sexo, número de fatores de risco, HAS, DM, dislipidemia e tabagismo.

## DISCUSSÃO

Nas manifestações clínicas analisadas, verificou-se que o sintoma mais frequente foi a dispnéia, seguido por associação de dispnéia e angina e, finalmente, por angina de peito isolada. Esses achados estão em desacordo com os observados na maior parte dos trabalhos publicados em que a angina de peito surge como o sintoma mais frequente, independentemente de qualquer associação com doença coronária, mas concordam com o observado por outros que também encontraram dispnéia como o sintoma mais frequente.<sup>24-28</sup> Deve ser salientado que, contrariamente à literatura, síncope ocorreu em pequena proporção.

A análise dos sintomas de acordo com o sexo demonstrou que os homens apresentaram maior frequência de dispnéia, seguida da associação de angina e dispnéia, e as mulheres apresentaram angina isolada (em maior frequência que homens) e a associa-

ção angina mais dispnéia na mesma proporção que o grupo do sexo masculino.

A relação entre valores maiores de índice de massa ( $p < 0,05$ ) e menores da FE ( $p < 0,05$ ) com o achado de dispnéia sugere desadaptação ventricular esquerda perante a sobrecarga de pressão. De fato, a hipertrofia desta câmara é o mecanismo que diminui a tensão e o estresse da parede ventricular.<sup>28,29</sup> Além disso, esse achado pode ser justificado por alterações de relaxamento do músculo cardíaco hipertrofiado, causas primárias dos sintomas de congestão pulmonar; ocorrendo mais tarde, no estágio final do processo, ocorre má adaptação ventricular esquerda com dilatação.

Outro fator de queda da função sistólica nesse grupo de pacientes seria a redução intrínseca da contratilidade miocárdica observada em sobrecargas de pressão.<sup>30</sup> Finalmente, a presença de fibrose miocárdica, secundária à própria hipertrofia ventricular, contribuiria para a alteração hemodinâmica.

Na nossa casuística, entretanto, foram encontrados apenas dois (6,6%) pacientes com FE  $< 0,50$ . Sabemos, no entanto, que valores normais desse fator em estados de insuficiência cardíaca foram descritos em idosos,<sup>31</sup> sendo então valorizada a disfunção diastólica do VE na redução da capacidade funcional.

Nossos dados revelaram, ainda, que pacientes com angina de peito apresentaram valores de índice de massa expressivamente menores ( $p < 0,05$ ) e valores de FE significativamente maiores ( $p < 0,05$ ), em comparação com o grupo não-anginoso (figura 4). Este

achado sugere que os pacientes com angina apresentaram mecanismos adaptativos funcionais miocitários exacerbados (como por exemplo, o aumento do consumo de oxigênio para maior desenvolvimento de trabalho miocárdico para manutenção da fração de ejeção), frente à sobrecarga de pressão, em detrimento do aumento de substrato anatômico.

Com a eletrocardiografia convencional, foi possível fazer diagnóstico de HVE (índice de Sokolow  $>35\text{mm}$ ) em 16 (53,3%) de 30 pacientes. Destes, dois não apresentavam índice de massa  $>150\text{g}/\text{m}^2$  (12,5% de falsos positivos). Dentre os 14 pacientes nos quais o índice foi  $<35\text{mm}$ , oito apresentavam valor de massa  $>150\text{g}/\text{m}^2$  (57,1% de falso negativos). Esse resultado sugere que a presença desse sinal, ao ECG convencional, não é constante no diagnóstico de EAO em idosos. É possível que a falta de diagnóstico de sobrecarga ventricular esquerda, por meio da eletrocardiografia, esteja relacionada à baixa sensibilidade do índice de Sokolow, quando comparado com outros métodos eletrocardiográficos,<sup>15,21</sup> como por exemplo o índice de Cornell. Dos 23 pacientes que apresentavam índice de Cornell positivo, um não apresentava HVE ao ecocardiograma (4,3% de falsos positivos). Dos sete pacientes com Cornell negativo, seis confirmaram a ausência de HVE ao ecocardiograma (14,5% de falsos negativos). Essa diferença mostrou que o índice de Cornell foi muito mais sensível e específico para HVE do que o índice de Sokolow.<sup>21</sup>

A presença de bloqueios de ramo, direito ou esquerdo e divisionais do ramo esquerdo

ocorreram em menor proporção que o relatado pela literatura. O mesmo foi observado com a fibrilação atrial.<sup>32-34</sup>

A análise de associação com possíveis fatores de risco, evidentemente, só pôde ser efetivada com alguma cautela, partindo-se do ponto de que não foi realizado estudo comparativo com grupo controle (sem lesão aórtica), o que limita o alcance de certas considerações. Os dados obtidos, entretanto, justificam uma pequena citação.

Em 60% dos pacientes, havia história progressiva de dislipidemia; em 50%, havia história de tabagismo e em 70%, hipertensão. Tais poderiam ser analisados à luz da conhecida hipótese de que o processo de calcificação valvar senil estaria relacionado a perturbações lipídicas, estresse de cisalhamento aumentado e agressões externas, sendo então representativo de estado comparável ao da aterosclerose.<sup>35,36</sup>

No estudo dos resultados ecodoppler-cardiográficos segundo os sexos, pôde ser evidenciado que, apesar de o índice de massa e os gradientes de pressão não diferirem entre eles, as mulheres apresentaram FE maiores que os observados nos homens ( $p<0,05$ ) (tabela 1).

Estes achados devem ser comparados aos obtidos por outro estudo<sup>37</sup> sobre portadores de afecção valvar e com idades  $>60$  anos. As idosas apresentaram função sistólica bem preservada e os idosos tinham tendência a maior HVE, com valores reduzidos de capacidade

**Tabela 1** - Parâmetros ecocardiográficos distribuídos por sexo.

	M (g/m <sup>2</sup> )	FE (%)	G (mmHg)
Mulheres	173 ± 40	76 ± 7*	69 ± 15
Homens	175 ± 39	66 ± 9*	66 ± 12

\* p &lt; 0,05

sistólica. Todos esses dados sugerem, acentuadamente, uma real diferença sexual no mecanismo de adaptação crônica do VE à sobrecarga lenta de pressão, com maior capacidade das mulheres para manter a função ventricular em níveis mais elevados.

Em nossa casuística, a prevalência de 53,3% de doença coronariana mostrou-se dentro da faixa referida pela literatura. Uma metanálise com 33 estudos mostrou 37% de prevalência de doença coronariana em pacientes com estenose aórtica calcificada,<sup>14</sup> com uma variância de 7% a 66%. Alguns trabalhos acharam incidência de fatores de risco alta em pacientes com coronariopatia associada à estenose aórtica, enquanto a ausência de fatores de risco e angina foram suficientes para excluir doença coronariana com a valvopatia em outro estudo.<sup>13,20,38</sup> Na nossa análise, o maior número de fatores de risco não aumentou a incidência de coronariopatia e a ausência de angina não excluiu a presença de doença coronariana (uma vez que 43,75% dos que tinham lesões coronarianas importantes não tinham angina).

Este estudo apresentou como limitações o número amostral de pacientes pequeno e ausência de grupo controle (sem lesão aórtica) para que pudéssemos demonstrar de forma direta e objetiva a influência dos fatores de risco para aterosclerose no desenvolvimento da estenose aórtica senil calcificada.

Os resultados permitiram concluir que o perfil dos pacientes idosos com EAo severa caracterizou-se por apresentar: a) dispnéia como sintoma mais frequente em homens e angina mais frequente em mulheres; b) menor índice de massa e maiores FE em pacientes com angina de peito; c) FE > 0,50, na grande maioria dos pacientes, o que ressalta o valor da disfunção ventricular diastólica do idoso no desenvolvimento dos sintomas de congestão pulmonar; d) as mulheres com capacidade para manter maiores frações de ejeção que homens; e) o índice de Cornell mais sensível e mais específico que o índice de Sokolow na identificação da HVE; f) alta prevalência de doença coronariana concomitante a EAo g) a ausência de angina como não preditora de ausência de doença coronariana importante.<sup>21</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Vital and health statistics, series 13. National Center for Health Statistics 2005;127.
2. Selzer A. Changing aspects of the natural history of valvular aortic stenosis. *N Engl J Med* 1987;317:91–8.
3. Stewart BF, Siscovick D, Lind BK, et al. Clinical factors associated with calcific aortic valve disease. *J Am Coll Cardiol* 1997;29:630–4.
4. Lindroos M, Kupari M, Heikkilä J, Tilvis R. Prevalence of aortic valve abnormalities in the elderly: an echocardiographic study of a random population sample. *J Am Coll Cardiol* 1993;21:1220–5.
5. Deutscher S, Rockette HE, Krishnaswami V. Diabetes and hypercholesterolemia among patients with calcific aortic stenosis. *J Chronic Dis* 1984;37:407–15.
6. Aronow WS, Kronzon I. Correlation of prevalence and severity of valvular aortic stenosis determined by continuous-wave Doppler echocardiography with physical signs of aortic stenosis in patients aged 62 to 100 years with aortic systolic ejection murmurs. *Am J Cardiol* 1987;60:399–401.
7. Mohler ER, Sheridan MJ, Nichols R, Harvey WP, Waller BF. Development and progression of aortic valve stenosis: atherosclerosis risk factors—a causal relationship? A clinical morphologic study. *Clin Cardiol* 1991;14:995–9.
8. Gotoh T, Kuroda T, Yamasawa M, et al. Correlation between lipoprotein(a) and aortic valve sclerosis assessed by echocardiography (the JMS cardiac echo and cohort study). *Am J Cardiol* 1995;76:928–32.
9. Julius BK, Spillmann M, Vassalli G, Villari B, Eberli FR, Hess OM. Angina pectoris in patients with aortic stenosis and normal coronary arteries. Mechanisms and pathophysiological concepts. *Circulation* 1997;95:892–8.
10. Marcus ML, Doty DB, Hiratzka LF, Wright CB, Eastham CL. Decreased coronary reserve: a mechanism for angina pectoris in patients with aortic stenosis and normal coronary arteries. *N Engl J Med* 1982;307:1362–6.
11. Lombard JT, Selzer A. Valvular aortic stenosis. A clinical and hemodynamic profile of patients. *Ann Intern Med* 1987;106:292–8.
12. Richards AM, Nicholls MG, Ikram H, Hamilton EJ, Richards RD. Syncope in aortic valvular stenosis. *The Lancet*. 1984;2:1113–6.
13. Pluta W, Buszman P, Lekston A, Pasyk S. Coronary artery stenosis in patients with vascular heart disease. *Cor Vasa* 1989;31:451–7.
14. Mauter GC, Roberts WC. Reported frequency of coronary arterial narrowing by angiogram in patient with valvular aortic stenosis. *Am J Cardiol* 1992;69:539–40.
15. Rangel MC, Grinberg M, Maranhão RC, Ventura LI. Estenose aórtica e doença coronariana. Análise dos fatores de risco. *Arq Bras Cardiol* 2006;87:115–20.
16. Vekshtein VI, Alexander RW, Yeung AC, Plappert T, St John Sutton MG, Ganz P et al. Coronary atherosclerosis is associated with left ventricular dysfunction and dilatation in aortic stenosis. *Circulation* 1990;82: 2068–74.
17. Bessone LN, Pupello DF, Hiro SP, Lopez-Cuenca E, Glatterer MS, Ebra G. Surgical management of aortic valve disease in the elderly: a longitudinal analysis. *Ann Thorac Surg* 1988;46:264–9.

18. Vandeplass A, Willems JL, Piessens J, de Geest H. Frequency of angina pectoris and coronary artery disease in severe isolated valvular aortic stenosis. *Am J Cardiol* 1988;62: 117-20.
19. Sheiban J, Trevi GP, Benussi P, Marini A, Accardi R.; Di Bona E et al. Incidence of coronary artery disease in patients with valvular heart disease. *Z Kardiol* 1986;75(Suppl 2):76-9.
20. Ramsdale DR, Bennett DH, Bray CL, Ward C, Beton DC, Faragher EB. Angina, coronary risk factors and coronary artery disease in patients with valvular disease. A prospective study. *Eur Heart J* 1984;5:716-27.
21. Sokolow M, Lyon T P. Eletrocardiographic diagnosis of left ventricular hypertrophy as obtained by unipolar, precordial and limbs leads. *Am Heart J* 1949; 37: 161-4.
22. Casale PN, Devereux RB, Alonso DR, Campo E, Kligfield P. Improved sexspecific criteria of left ventricular Hypertrophy for clinical and computer interpretation of electrocardiograms: validation with autopsy findings. *Circulation* 1987; 75: 565-72.
22. Devereux RB, Alonso DR, Lutas EM, et al. Echocardiografic assessment of left ventricular hypertrophy: comparison to necropsy findings. *Am J Cardiol* 1986; 57: 450-8.
23. Tribouilloy C, Shen WF, Peltier M, et al. Quantitation of aortic valve area in aortic stenosis with multiplane transesophageal echocardiography: comparison with monoplane transesophageal approach. *Am Heart J* 1994; 128: 526.
24. Aronow WS, Tresch D D, Nanna M. Aortic valve disease in the elderly. In: Tresch DD, Aronow WS, editors. *Cardiovascular disease in the elderly patient*. New York: Marcel Dekker, 1994: 345-72.
25. Braunwald E. Valvular heart disease. In: Braunwald E., editors. *A textbook of cardiovascular medicine*. 7th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006. p. 1007-77.
26. Kelly DT. Assessment of aortic stenosis in the elderly. *Cardiology in the Elderly* 1995; 3: 159-60.
27. Roger VL, Tajib AJ, Bailey KR et al - Progression of aortic stenosis em adults: new appraisal using Dopplerechocardiography. *Am Heart J* 1990; 119: 331-8.
28. Zak R. Factors contralling cardiac growth. In: Zak R. *Growth of the heart and disease*. New York: Ravin Press; 1984. p. 165-85.
29. Grossman W. Cardiac hypertrophy: useful adaptation or pathologic press? *Am J Med* 1980; 69: 576-84.
30. Carabello BA, Gren LH, Grossman W. Hemodynamic determinants of prognosis of aortic valve replacemete in critical aortic stenosis and advanced congestive heart failure. *Circulation* 1980; 62: 42-8.
31. Nunley DL, Grunkemerer GL, Starr A. Aortic valve replacement with coronary bypass grafting. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983;85:705-11.
32. Reber PAD, Safir DO, Guadalajara JF - Estenosis aortica calcificada, semiologia y aspectos diagnosticos no invasivos en el anciano. *Arch Inst Cardiol Mex* 1986; 56: 41-7.
33. Fleg JL. Eletrocardiographic findings in older persons without clinical heart disias. In: Tresch DD, Aronow WS, editors. *Cardiovascular disease in the elderly patients*. New York: Marcel Dekker; 1994. p. 43-59.

34. Tresch DD. Atypic presentations of cardiovascular disorders in the elderly. *Geriatrics* 1987; 42: 31-46.
35. Roberts WC. The senile calcification syndrome. *Am J Cardiol* 1986; 58: 372-3.
36. Aronow WS, Schwatz KS, Koenigsberg M. Correlation of serum lipids, calcium and phosphorus, diabetes mellitus, aortic valve stenosis and history of systemic hypertension with presence or absence of mitral anular calcium in persons older than 62 years in long-term health care facility. *Am J Cardiol* 1987; 59: 381-2.
37. Carroll JD, Carroll EP, Feldman T et al - Sex associated differences in left ventricular function in aortic stenosis of the elderly. *Circulation* 1992; 86: 1099- 107.
38. Acar J, Vahanian A, Dicimetiere PH, Berdah J, Aouate PH, Sienczewski JA et al. Should coronary arteriography be performed in all patients who undergo catheterization for valvular heart disease? *Z Kardiol* 1986;75(Suppl 2):53-60.

Recebido: 21/1/2008

Aprovado: 26/8/2008



## Necessidades de saúde de idosos de uma Unidade de Saúde da Família\*

*Health care needs of the elderly at a Family Health Unit*

Maria José Sanches Marin<sup>1</sup>  
Luiz Carlos de Oliveira Cecílio<sup>2</sup>

### Resumo

O presente estudo propõe-se a caracterizar as necessidades de saúde entre idosos da área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF). Trata-se de um estudo transversal, realizado com 301 idosos (65,3%) da população total da área. O instrumento de coleta de dados foi construído visando à avaliação multidimensional, que possibilita a identificação das necessidades de saúde no âmbito funcional, social, emocional e ambiental. Constatou-se, entre os entrevistados que 129 (42,9%) pertencem à faixa etária dos 60 a 69 anos; 186 (61,8%) são mulheres; 207 (68,1%) são analfabetos ou têm o primeiro grau incompleto; 111 (36,9%) vivem sem o companheiro; 149 (49,5%) não realizam qualquer atividade; 218 (72,4%) são considerados pobres ou muito pobres e 161 (53,5%) vivem apenas da aposentadoria. Em torno de um quarto deles, apresentam sintomatologia de depressão, cognição diminuída e graus de dependência diversos. Os idosos apresentam, ainda, 2,5 diagnósticos/idoso e fazem uso, em média, de 2,9 medicamentos/idoso. Os idosos apresentam necessidades de saúde complexas que demandam planejamento de ações em equipe interdisciplinar.

### Palavras-chave:

Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Idoso Fragilizado. Saúde da Família. Estudos Transversais. Avaliação de Serviços de Saúde. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. Programa Saúde da Família. Saúde do Idoso. Nível de Saúde. Avaliação Geriátrica.

Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Preventiva. Marília, São Paulo, Brasil

### Correspondência/Correspondence

Maria José Sanches Marin

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 1886 - Jardim Itamarati

17514-000 - Marília, SP, Brasil

E-mail: marnadia@terra.com.br

\* Parte do projeto “Os idosos precisam de cuidados especiais: uma proposta para planejamento das ações em uma Unidade de Saúde da Família”, financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP. Parecer – 06/54664-3.

## Abstract

This paper aims to determine the health care needs of individuals aged 60 or more and who live in a Family Health Program area. This cross-sectional study has been carried out with 301 elderly (65,3%) of the total population in the area. The data collecting tool was built aiming at multidimensional evaluation that makes possible to identify the following health care needs: functional, social, emotional and environmental. Among the interviewed elderly, 129 (42,9%) are 60 to 69 years old; 186 (61,8%) are women; 207 (68,1%) are illiterate or have attended incomplete elementary school; 111 (36,9%) live without the partners; 149 (49,5%) do not carry out any activity; 218 (72,4%) are considered poor or very poor and 161 (53,3%) live just from their pension. About one fourth of them present depression symptoms, diminished cognition and various dependence degrees. They present 2.5 diagnoses and use an average 2.9 drugs/elderly. The elderly present intense and complex health care needs, which require planning actions with interdisciplinary teams. This is a great challenge to be faced.

**Key words:** Health Services Needs and Demand. Frail Elderly. Family Health. Cross-Sectional Studies. Health Services Evaluation. Needs Assessment. Patient Care Team. Family Health Program. Elderly's Health. Level of Health. Geriatric Assessment.

## INTRODUÇÃO

Atualmente têm sido propostos investimentos que visam a um envelhecimento ativo<sup>1</sup> e, para isso, é necessária a participação efetiva dos idosos em todas as esferas que envolvem o envelhecimento saudável tanto físico como emocional e social. A promoção da qualidade de vida das pessoas idosas, portanto, é uma necessidade urgente e representa grande desafio para a formulação e implementação das políticas públicas e para a sociedade de maneira geral.

Na área da saúde, por intermédio da implementação da Estratégia de Saúde de Família (ESF), busca-se um atendimento integral, e em equipe interdisciplinar,<sup>2</sup> aos idosos - as pessoas que mais procuram o serviço, embora ainda não sejam desenvolvidas ações que atendam especificamente essa parcela da população.<sup>3</sup> Entendemos que para

isso são necessários a prevenção, o tratamento e a reabilitação de alterações no estado de saúde do idoso, o que deve ser conseguido por meio da busca ativa de seus riscos e danos. Tal busca deve fornecer elementos para a elaboração de propostas para o desenvolvimento de ações de saúde visando à melhora das condições de vida.

Por apresentarem características específicas, os idosos requerem uma avaliação de saúde mais cuidadosa, para identificação de problemas subjacentes à queixa. Em seu atendimento, portanto, faz-se necessária a avaliação multidimensional geriátrica abrangente ou avaliação global.<sup>4</sup>

A avaliação multidimensional é uma forma simples de coletar dados capazes de medir consequências, deixando para um plano posterior a investigação das respectivas causas.<sup>5</sup> Instrumentos de avaliação mul-

tidimensional possibilitam a identificação do perfil de saúde do idoso, com ênfase nas dimensões que mais comprometem a capacidade funcional da população e, a partir desse perfil, podem-se indicar soluções que transcendem uma linha programática baseada no diagnóstico e terapêutica das doenças crônicas degenerativas.<sup>6</sup>

Considera-se, portanto, relevante desenvolver estudos visando à avaliação multidimensional de idosos que vivem na comunidade, visto que eles apresentam significativos problemas de saúde com vários graus de interferência na autonomia e dependência para as atividades de vida, além de falta de suporte familiar e social que precisam ser evidenciados para o direcionamento de ações de saúde adequadas a cada realidade. Diante do exposto, este estudo propõe-se a caracterizar os idosos, da área de abrangência de uma USF quanto ao perfil sociodemográfico e identificar suas necessidades de saúde por meio da avaliação multidimensional.

## METODOLOGIA

### Local e população do estudo

Trata-se de estudo de caráter descritivo, realizado no ano de 2006, com idosos residentes na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada na região central da cidade de Marília. Tal unidade conta atualmente com 1.012 famílias cadastradas, num total de 4.256 pessoas, das quais 461 se encontram na faixa etária

acima dos 60 anos, sendo consideradas idosas de acordo com critérios adotados pelo estatuto do idoso.

A população de referência foi constituída pelo universo de idosos residentes na área citada (n=461). A identificação deu-se por meio do cadastro ACS (Agente Comunitário de Saúde). Participaram efetivamente do estudo 301 idosos (65,3%). Entre os demais, 96 (20,8%) recusaram-se a participar, 61 (13,2%) não foram encontrados após a segunda visita e três eram portadores de doenças mentais, encontrando-se sozinhos no domicílio.

### Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento, elaborado a partir de dados da literatura geriátrica e gerontológica, visando a uma avaliação geriátrica multidimensional, que envolve os aspectos funcionais, emocionais, mentais e risco ambiental, mais especificamente: 1. Características sociodemográficas; 2. Hábitos de vida: fumo, álcool, atividade física e prevenção anual de câncer de útero/mama ou próstata; 3. Estado cognitivo, estado emocional, grau de dependência, avaliação de presença e graduação da dor. A capacidade cognitiva dos idosos foi avaliada por meio do “Miniexame do estado mental” (MEEM), padronizado para a população brasileira, com a finalidade de caracterizar a presença de prejuízos cognitivos. O teste avalia orientação espacial, atenção, capacidade para realização de cálculos simples, memória recente e linguagem.<sup>7</sup>

Na avaliação do estado emocional, utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, em versão simplificada com 15 perguntas, que tem demonstrado confiabilidade na prática clínica.<sup>8</sup> Para avaliação de presença e graduação da dor, utilizou-se uma escala unidimensional - Escala Comportamental (EC) - que se baseia no comportamento da pessoa. Ao comportamento álgico é atribuída uma nota, questionando-se a pessoa quanto à lembrança da dor em função de suas atividades da vida diária.<sup>9</sup>

O grau de dependência foi verificado a partir de uma escala com 12 indicadores de dependência para o idoso, que considera as atividades instrumentais de vida diária (fazer compras, pegar ônibus, administrar as finanças e tomar os medicamentos adequadamente) e as atividades básicas de vida diária (continência, vestir-se, tomar banho, comer pentear-se, ir ao banheiro, passar para cama e sair dela), organizadas hierarquicamente. De acordo com as 12 atividades de vida diária citadas, os idosos são classificados em quatro categorias, a saber: *a. independente total* – idoso capaz de realizar todas as atividades; *b. dependente leve* – idoso que necessita de ajuda para realizar de uma a três atividades de vida diária; *c. dependente moderado* – idoso que necessita de ajuda para realizar de quatro a seis atividades de vida diária e, *d. dependente severo*, aquele que necessita de ajuda para realizar sete e ou mais dessas atividades;<sup>10</sup> 4. Doenças referidas; 5. Riscos para quedas. Os idosos foram avaliados considerando-se os principais fatores intrínsecos e extrínsecos citados pela literatura.<sup>11,12</sup> O

equilíbrio e a marcha, aspectos essenciais ao se considerarem os riscos de quedas, foram verificados com a utilização do instrumento “*Performance Oriented Mobility Assessment - POMA*”, adaptado culturalmente para o Brasil;<sup>13</sup> 6. Identificação dos medicamentos. Foram considerados aqueles de que o idoso estava fazendo uso no dia da entrevista, incluindo os prescritos e os não prescritos. Para isso, foi solicitado que trouxessem à vista do entrevistador todos os medicamentos em utilização. Os medicamentos foram classificados de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Code (ATC)*, adotado pela Organização Mundial da Saúde;<sup>14</sup> 7. avaliação do estado nutricional, incluindo Índice de Massa Corporal (IMC), seguindo-se a classificação proposta pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) e distribuição de gordura corporal, verificada a partir da circunferência da cintura.<sup>15</sup>

## Procedimento

Para realização do estudo, houve autorização do Secretário da Saúde do Município e da equipe de saúde da unidade. Participaram os idosos que, após receberem os esclarecimentos, estavam de acordo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília. A coleta de dados foi realizada no domicílio dos idosos, por estudantes da segunda e terceira séries dos cursos de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Medicina de Marília,

que se dispuseram a tal atividade. Para a utilização do instrumento, eles foram capacitados, contando com um roteiro explicativo a respeito dos itens a serem preenchidos e contaram com acompanhamento e supervisão da pesquisadora responsável.

As informações obtidas foram processadas no programa Epi Info, versão 6.04d, e organizadas de acordo com o percentual, sendo apresentadas em tabelas.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados do estudo foram obtidos a partir de 65,3% do universo elegível dos idosos, o que nos permite considerar que há uma grande representatividade dos dados em relação à população total da área. Os resultados apresentados, no entanto, podem apresentar algum viés, em especial referindo-se à classe socioeconômica, pois os idosos que aparentemente apresentavam melhores condições socioeconômicas foram os que mais se recusaram a participar do estudo.

A caracterização sciodemográfica que consta na tabela 1 aponta que quase a metade dos idosos se encontra na faixa etária dos 60 a 69 anos. Além disso, o predomínio do sexo feminino, retratado nos estudos epidemiológicos sobre o processo de envelhecimento, também ocorre no presente estudo.<sup>16</sup> Na velhice, atribui-se ao sexo feminino, quando comparado ao sexo masculino, maior vulnerabilidade no estado de saúde

em relação a risco de quedas, presença de múltiplas doenças, uso de múltiplos medicamentos, obesidade, pobreza e dependências diversas.<sup>17</sup> Destaca-se também quanto ao estado marital que 93 (50%) mulheres vivem sem o companheiro, enquanto apenas 18 (15,7%) homens vivem sós.

A baixa escolaridade dos idosos apresenta-se como um aspecto importante a ser considerado na implementação das ações de saúde, à medida que se constatou que 68,1% são analfabetos ou tiveram pouco tempo de escolaridade.

Conforme se observa na tabela 1, o serviço de saúde que a maioria deles (188 - 62,4%) utiliza é a USF, e 52 (17,3%), além dos serviços de assistência à saúde do convênio, também recebem atenção dos profissionais da unidade de saúde da família. Desta forma, amplia-se o papel da equipe frente a necessidade de saúde dessas pessoas.

Como dado complementar das condições de vida dos idosos estudados, tem-se o fato de que mais da metade vive apenas da aposentadoria que, em muitos casos, não passa de um salário mínimo, deixando entrever que eles dispõem de poucos recursos financeiros para uma sobrevivência digna.

Metade dos idosos estudados (49,5%) não realiza qualquer atividade, o que se torna uma preocupação, pois se sabe que a qualidade de vida depende, em boa medida, da manutenção de alguma atividade regular.

**Tabela 1** - Distribuição dos idosos entrevistados de acordo com a caracterização sociodemográfica. Marília, 2007.

Características sociodemográficas	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Faixa etária</b>						
60 – 69 anos	74	39,8	55	47,8	129	42,9
70 – 79 anos	76	40,8	43	37,4	119	39,5
80 – 89 anos	28	15,0	17	14,8	43	14,3
> = 90 anos	08	4,3	02	1,7	10	3,3
Total	186	100	115	100	301	100
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto	55	29,6	22	19,1	77	25
Fundamental incompleto	84	45,1	46	40,0	130	43,1
Ensino fundamental	30	16,1	25	21,7	55	18,2
Ensino médio	12	6,5	16	13,9	28	9,3
Superior	05	2,7	06	5,2	11	3,6
Total	186	100	115	100	301	100
<b>Estado Marital</b>						
Vive com o companheiro	93	50,0	97	83,3	190	63,1
Vive sem o companheiro	93	50,0	18	15,7	111	36,9
Total	186	100	115	100	301	100
<b>Profissão e/ou ocupação anterior</b>						
Trabalhador braçal	38	20,4	47	40,9	85	28,2
Atividade doméstica	96	51,6	01	0,9	97	32,2
Cargo téc./administ./Profissional liberal	51	27,4	67	58,3	118	39,2
Nenhuma	01	0,5	00	0,0	01	0,3
Total	186	100	115	100	301	100
<b>Atividade atual principal</b>						
Trabalhador braçal	03	1,6	06	5,2	09	2,9
Atividade doméstica	119	64,0	00	0,0	119	39,5
Cargo téc./administ./Profissional liberal	05	2,7	19	16,5	24	8,0
Nenhuma	59	31,7	90	78,3	149	49,5
Total	186	100	115	100	301	100
<b>Recursos financeiros</b>						
Aposentadoria	101	54,3	60	52,2	161	53,5
Ajuda de familiares	04	2,2	02	1,7	06	2,0
Renda própria	02	2,2	09	7,9	11	3,7
Aposentadoria/ajuda de familiares	61	32,8	19	16,5	80	26,6
Aposentadoria/ renda própria	16	8,6	20	17,4	36	11,9
Outros	02	1,1	05	4,3	07	5,5
Total	186	100	115	100	301	100
<b>Serviço de saúde que utiliza</b>						
USF	116	62,3	73	63,5	188	62,4
Convênio	36	19,4	23	20,0	58	19,2
Convênio/ USF	34	18,3	19	16,5	52	17,3
Total	186	100	115	100	301	100

Obs: O percentual foi calculado, nas duas primeiras colunas, considerando-se o total de idosos por gênero (feminino n=186 e masculino n=115) e, na última, o total de idosos (n=301).

Grau de dependência, estado cognitivo, estado emocional e presença de dor são considerados importantes indicadores da qualidade de vida dos idosos e conhecê-los contribui para o planejamento de políticas públicas cujo foco seja o aumento de anos vividos com saúde pela população (tabela 2).

Os idosos estudados apresentaram graus de dependência diversos. O estado cognitivo estava comprometido em 77 (25,6%) deles e 102 (33,9%) tinham algum grau de dependência, o que compromete a autonomia para as atividades de vida diária e, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

Estudos realizados em outras comunidades têm mostrado forte relação entre a presença de sintomas de depressão e idade avançada. No presente estudo, 26% dos ido-

sos apresentaram sintomas de depressão, enquanto outros estudos com idosos na comunidade apontam para uma frequência de 31%.<sup>18</sup> Ao se avaliar a presença de sintomatologia depressiva com populações de diferentes níveis socioeconômicos (alto, médio e baixo), foram encontrados os percentuais de 22,6%, 19,7% e 35,1%, respectivamente.<sup>19</sup> Destaca-se no presente estudo maior quantidade de suspeita de depressão entre as mulheres, 62 (33,3%).

Dos hábitos de vida dos idosos estudados (fumo, álcool, prevenção de câncer de útero/mama ou próstata e atividade física), merece ser considerado o fato de 181 (60,2%) dos idosos não realizarem atividade física regular. A influência positiva da atividade física na saúde do idoso vem sendo constantemente demonstrada.<sup>20,21</sup>

**Tabela 2** – Distribuição dos idosos entrevistados de acordo com estado cognitivo, estado emocional, grau de dependência, presença e graduação da dor e hábitos de vida, segundo sexo. Marília, 2007.

Estado cognitivo e emocional, grau de dependência, dor e hábitos de vida	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Estado cognitivo</b>						
Normal	134	72,0	90	78,3	224	74,4
Anormal	52	28,0	25	21,7	77	25,6
Total	186	100	115	100	301	100
<b>Estado emocional</b>						
Sem depressão	116	62,4	95	82,6	211	70,1
Suspeita de depressão	62	33,3	17	14,8	79	26
Sem condições de avaliar	08	4,3	03	2,6	11	3,6
Total	186	100	115	100	301	100
<b>Grau de dependência</b>						
Independente	113	60,8	86	74,8	198	65,8
Dependente leve	48	25,8	15	13,0	63	20,9
Dependente moderado	16	8,6	09	7,8	25	8,3
Dependente severo	09	4,8	05	4,3	14	4,7
Total	186	100	115	100	301	100
<b>Presença de dor</b>						
Nota zero	89	47,8	64	55,7	153	50,8
Nota três	38	20,4	28	24,3	66	21,9
Nota seis	30	16,1	10	8,7	40	13,3
Nota oito	09	4,8	10	8,7	19	6,3
Nota dez	12	6,5	00	00	12	4,0
Sem condições de avaliar	08	4,3	03	2,6	11	3,3
Total	186	100	115	100	301	100
<b>Fumo</b>						
Sim	17	9,1	18	15,7	35	11,6
Não	146	78,5	45	39,1	191	63,4
Ex-fumante	23	12,4	52	45,2	75	24,9
Total	186	100	115	100	301	100
<b>Álcool</b>						
Sim	10	5,4	24	20,9	34	12,3
Não	174	93,5	65	56,5	239	79,4
Ex-alcoolista	02	1,1	26	22,6	28	9,3
Total	186	100	115	100	301	100
<b>Prevenção de câncer de útero/mama ou próstata anualmente</b>						
Sim	122	65,6	51	44,3	173	57,5
Não	64	34,4	64	55,7	128	42,5
Total	186	100	115	100	301	100
<b>Atividade física</b>						
Sim	79	42,5	41	35,6	120	39,8
Não	107	57,5	74	64,4	181	60,2
Total	186	100	115	100	301	100

Obs.: O percentual foi calculado, nas duas primeiras colunas, considerando o total de idosos por gênero (feminino n=186 e masculino n=115) e, na última, o total de idosos (n=301).

Os dados da avaliação nutricional que constam na tabela 3 apontam para a grande proporção de idosos que apresenta sobrepeso e obesidade. Na população brasileira, aponta-se para a quase inexistência de estudos sobre a distribuição do sobrepeso. No entanto, tal índice é considerado importante preditor de morbi-mortalidade. Dados de uma população adulta de baixa renda também revelam alta incidência de sobrepeso e obesidade, principalmente nas mulheres.<sup>22</sup>

Com o envelhecimento, além do aumento da gordura corporal, observa-se redistri-

buição desse tecido, com acúmulo preferencialmente na região abdominal, o que indica estreita relação com alterações metabólicas e pode desencadear enfermidades cardiovasculares e diabetes *mellitus*.<sup>23</sup> Portanto, a verificação da medida da circunferência abdominal tem sido importante preditor do risco para tais doenças. A maioria dos idosos estudados apresenta risco elevado ou muito elevado para o desenvolvimento de doenças associadas à obesidade. Na literatura, faltam estudos epidemiológicos que abordem tal aspecto, em especial referindo-se à população idosa.

**Tabela 3** - Distribuição dos idosos entrevistados de acordo com o estado nutricional. Marília, 2006.

Estado Nutricional	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Índice de Massa corporal (IMC)</b>						
IMC menor que 18,5 (abaixo do peso)	09	4,8	07	6,1	16	5,3
IMC de 18,5 a 24,9 (Normal)	53	28,5	42	36,5	95	31,5
IMC de 25 a 29,9 (sobrepeso)	80	43,0	37	32,2	117	38,8
IMC acima de 30 (obesidade)	31	16,7	18	15,6	49	16,3
Não foram avaliados	13	7,0	11	9,6	24	7,9
Total	186	100	115	100	301	100
<b>Distribuição da gordura corporal</b>						
<b>Circunferência da cintura Mulher</b>						
Menor ou igual a 79	09	4,8				
De 80 a 88 (risco elevado)	06	3,2				
Maior que 89 (risco muito elevado)	161	86,5				
Não foram avaliados	10	5,4				
Total	186	100				
<b>Circunferência da cintura homem</b>						
Menor ou igual a 93			23	20,0		
De 94 a 102 (risco elevado)			41	35,6		
Maior que 103 (risco muito elevado)			43	37,4		
Não foram avaliados			08	7,0		
Total			115	100		

Obs.: O percentual foi calculado, nas duas primeiras colunas, considerando o total de idosos por gênero (feminino n=186 e masculino n=115) e, na última, o total de idosos (n=301).

Muitos dos idosos estudados vivem em situações de riscos de quedas intrínsecos e extrínsecos, sendo que muitos admitem já terem sofrido quedas. Como muitos deles apresentam diminuição da acuidade

visual e auditiva, alterações do equilíbrio e marcha, além de enfrentarem os riscos ambientais, entendemos que tais aspectos devam receber atenção especial por parte da equipe.

**Tabela 4** - Distribuição dos idosos entrevistados de acordo com os fatores de risco para quedas. Marília, 2007.

Fatores de risco para quedas	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Número de quedas no último ano</b>						
Nenhuma	123	66,1	92	80,0	215	71,4
De 1 a 2 quedas	44	23,6	20	17,4	64	21,2
De 3 a 4 quedas	11	5,9	02	1,7	13	4,3
Mais de cinco quedas	8	4,3	01	0,9	09	3,0
<b>Sinais e sintomas</b>						
Diminuição visual	107	57,5	67	36,2	174	58,2
Diminuição auditiva	43	23,1	35	30,4	78	26,1
Hipotensão ortostática	00	0,0	02	1,7	02	0,7
Insônia	57	30,6	19	16,5	76	25,4
Urgência/incontinência	14	7,5	08	7,0	22	7,4
Problemas nos pés	47	25,3	13	11,3	60	20,1
Mobilidade física prejudicada	66	35,5	30	26,0	96	32,1
Equilíbrio prejudicado	113	60,8	49	42,6	162	53,8
Marcha prejudicada	103	55,4	43	37,4	146	48,5
<b>Risco ambiental</b>						
Piso	107	57,5	69	60,0	176	58,5
Escada/degraus	110	59,1	74	64,3	184	61,1
Entulhos	22	11,8	14	12,2	36	12
Iluminação	23	12,4	16	13,9	39	13
Mobília	34	18,3	18	15,6	52	17,3
Tapetes	95	51,0	56	48,7	151	50,2
<b>Uso de calçado adequado para a idade</b>						
Sim	100	53,8	93	80,9	193	64,1
Não	86	46,2	22	19,1	108	39,9

Obs.: O percentual foi calculado, nas duas primeiras colunas, considerando o total de idosos por gênero (feminino n=186 e masculino n=115).

Entre as consequências decorrentes do envelhecimento estão as múltiplas patologias e a ingestão de medicamentos diversos. Os idosos apresentaram em média 2,5 diagnósticos referidos e,

assim como em outros estudos, as doenças cardiovasculares foram aquelas que mais incidiram, seguidas das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, além das doenças en-

dócrinas, nutricionais e metabólicas. A maioria dessas enfermidades, por serem crônicas, demanda alto custo na assistência à saúde, além de propiciar o surgimento de complicações com grande interferência no grau de dependência e qualidade de vida das pessoas.

Como as doenças cardiovasculares lideram as causas de morbi-mortalidade em indivíduos idosos, os medicamentos que atuam nesse sistema são os mais prescritos (Tabela 5).<sup>24</sup>

**Tabela 5** - Classes e subgrupos de medicamentos mais frequentemente utilizados pelos 301 idosos entrevistados. Marília, 2007.

Classes e subgrupos dos medicamentos	Nº	%
<b>Cardiovasculares</b>		
Anti-hipertensivo	180	20,4
Diuréticos	86	9,7
Cardiotônico	11	1,2
Atiangerinosos	05	0,6
Antiarrítmicos	17	1,9
Subtotal	299	33,9
<b>Sistema Nervoso Central</b>		
Hipnóticos, ansiolíticos	43	4,9
Antidepressivos e antimaníacos	39	4,4
Vasodilatador	30	3,4
Anticonvulsivante	05	0,6
Antipsicóticos	05	0,6
Antiparkinsonianos	05	0,6
Subtotal	138	14,4
<b>Sistema Digestivo e Metabolismo</b>		
Insulinas e outros agentes antidiabéticos	43	4,9
Anti-secretores	30	3,4
Antieméticos	07	0,8
Hormônios tiroideanos/antitiroideanos e adjuvantes	05	0,6
Laxativos	03	0,3
Antidiarréicos	01	0,1
Subtotal	89	10,1
<b>Analgésico, Antiespasmódicos, antiinflamatório</b>		
Antiinflamatórios não esteróide	34	3,8
Analgésico	30	3,4
Antiespasmódicos	10	1,2
Antiinflamatórios esteróide	04	0,4
Subtotal	78	8,8
<b>Sistema Hematopoiético</b>		
Antiplaquetário	46	5,2
Anticoagulante e antagonistas	06	0,7
Antianêmico	02	0,2
Subtotal	54	6,1

A população estudada utiliza em média 2,9 medicamentos/ idoso. Dados semelhantes foram encontrados em estudo com idosos que frequentam uma Universidade da Terceira Idade,<sup>25</sup> os quais afirmaram ter ingerido em média 2,3 medicamentos na véspera da entrevista e com idosos atendidos em ambulatório de psicogeriatría, que consumiam três ou mais medicamentos por dia.<sup>26</sup> No presente estudo, enquanto alguns não consomem nenhum medicamento, encontram-se aqueles que chegam a consumir diariamente de nove a dez, chamando a atenção o fato de mais de um terço dos idosos 105 (34,8%) ingerir quatro ou mais medicamentos.

Outra dificuldade relacionada ao uso de medicamentos é o acesso a eles, uma vez que devido à baixa condição socioeconômica, muitos idosos precisam comprar a medicação, pois esta nem sempre se encontra disponível nas farmácias públicas.

## CONCLUSÕES

No presente estudo constata-se, por meio da avaliação multidimensional, que os idosos que vivem na comunidade apresentam necessidades de saúde complexas, as quais devem ser consideradas ao se proporem intervenções que visem à promoção, prevenção, cura e reabilitação das condições de saúde. Sua identificação pode representar um passo importante na construção do

modelo de vigilância da saúde proposto pelo SUS,<sup>27</sup> cuja busca de consolidação vem-se dando por meio da implementação da ESF.

Os dados do estudo podem subsidiar o planejamento em saúde, devendo ser considerados, além da sua dimensão quantitativa, seu significado para a população envolvida com a situação e a possibilidade de intervir de forma efetiva nos problemas. Além disso, a complexidade da situação descrita exige a articulação da equipe e o desejo de enfrentamento dos problemas de forma interdisciplinar, o que nos parece um grande desafio.

Quando se confrontam com dados as condições de saúde dos idosos, como foi possível pela avaliação multidimensional, torna-se evidente a necessidade de preparo dos profissionais, visando ao desenvolvimento de ações voltadas para as peculiaridades e complexidade das necessidades apresentadas por eles. Na segunda fase do estudo, os dados que ora apresentamos serão discutidos com a equipe da unidade, com vistas ao planejamento das atividades.

No planejamento das ações de saúde para idosos que vivem na comunidade há de se considerar, ainda, o conceito de “envelhecimento bem-sucedido”, que engloba três domínios multidimensionais: evitar doenças e incapacidades, manter uma alta função física e cognitiva e engajar-se de forma sustentada em atividades sociais e produtivas.<sup>28</sup>

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
2. Merhy EE. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. *Interface* 2001; 5(9): 147-9.
3. Silva JB Jr, Gomes FBC, Cezário AC, Moura L. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 289-311.
4. Pacheco RO, Santos SSC. Avaliação global de idosos em unidade de PSF. *Textos sobre Envelhecimento* 2004; 7(2): 45-61.
5. Menezes AK. Avaliação funcional do idoso versus avaliação clínica tradicional. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – RJ. *Caminhos do envelhecer*. Rio de Janeiro(RJ): Revinter; 1994. p. 63-70.
6. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3): 793-8.
7. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci, PH, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61: 777-81.
8. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57: 421-6.
9. Andrade FA, Pereira LV, Sousa, FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev Lat Am Enfermagem* 2006; 14(2): 271-6.
10. Ramos LR, Perracini MR, Rosa TE, Kalache A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *J Cross Cult Gerontol* 1993; 8: 313-23.
11. North American Diagnosis Association – NANDA. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2001-2002*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
12. PEQUI: Portal Equilíbrio e Quedas em Idosos. [homepage na Internet]. São Paulo: FAPESP. Perracini MR. *Prevenção e manejo de quedas no idoso*. [acesso em: 30 jun 2005]. Disponível em: URL: <http://pequi.incubadora.fapesp.br/portal/quedas/quedas.pdf>.
13. Gomes GC. Tradução, adaptação transcultural e exame das propriedades de medida da escala “Performance-oriented mobility assessment” (POMA) para uma amostragem de idosos brasileiros institucionalizados [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
14. World Health Organization. *The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance na essential tool*. Geneve: WHO; 2006. [acesso em: 11 nov 2007]. Disponível em: URL: [http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/safety\\_efficacy/Pharmacovigilance\\_B.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/Pharmacovigilance_B.pdf)
15. Associação Brasileira de Obesidade. *Métodos de avaliação de obesidade e alguns dados epidemiológicos*. São Paulo (SP). [acesso em: 07 fev 2008]. Disponível em: URL: <http://www.abeso.org.br/revista/revista11/metodos.htm>

16. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Esperança de vida aumenta e diferença entre gêneros diminui: queda de homicídios em jovens poupa vidas e explica avanço masculino. [monografia na Internet]. São Paulo; c2007. [acesso em: 31 mar 2007]. Disponível em: URL: [http://www.seade.gov.br/produtos/espvida/espvida\\_jan2006.pdf](http://www.seade.gov.br/produtos/espvida/espvida_jan2006.pdf)
17. Camargos MCS, Perpétuo IHO, Machado CJ. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17: 379-86.
18. Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira, RF. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Rev Saúde Pública* 2006; 40: 734-6.
19. Veras RP, Murphy E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994; 9: 285-95.
20. Santarém JM. Promoção da saúde: a importância da atividade física. 1998. [acesso em 5 fev 2008]. Disponível em: URL: <http://www.saudetotal.com/artigos/atividadefisica/idoso.asp>
21. Nóbrega ACL, Freitas EV, Oliveira MAB, Leitão MB, Lazzoli JK, Nahas RM, et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. *Revista brasileira de medicina do esporte* 1999; 5: 207-11.
22. Anjos LA, Silva DO, Serrão, SA, Silva CVC. Vigilância nutricional em adultos: experiência de uma unidade de saúde atendendo população favelada. *Cad Saúde Pública* 1992; 8: 50-6.
23. Sampaio LR. Avaliação nutricional e envelhecimento. *Rev Nutr* 2004; 17: 507-14
24. Ali Raza J, Movahed A. Use of cardiovascular medications in the elderly. *Int J Cardiol* 2002; 85: 203-15.
25. Sayd JD, Figueiredo MC, Vaena MLHT. Automedicação na população idosa do núcleo de atenção ao idoso da UnATI-UERJ. *Textos sobre Envelhecimento* 2000; 3(3): 21-34.
26. Almeida OP, Ratto L, Garrido R, Tamai S. Fatores preditores e consequências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(3): 152-7.
27. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe epidemiológico do SUS* 1998; 7 (2): 7-28.
28. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist* 1997; 37: 433-40.

Recebido: 16/5/2008

Reapresentado: 16/10/2008

Aprovado: 04/11/2008

## Perfil de pacientes idosos e tempo de permanência em ambulatório geronto-geriátrico

*Profile of aged outpatients and duration of stay at a gerontologic-geriatric clinic*

Márcia Carrera Campos Leal<sup>1</sup>  
Ana Paula de Oliveira Marques<sup>1</sup>  
Jacira Guiro Marino<sup>1</sup>  
Enivaldo Carvalho da Rocha<sup>1</sup>  
Carlos Renato dos Santos<sup>1</sup>  
Sílvia Carréra Austregésilo<sup>2</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Identificar o perfil de pacientes idosos em assistência ambulatorial no Núcleo de Atenção ao Idoso e as variáveis que interferem no tempo de permanência no serviço. **Métodos:** Realizou-se pesquisa quantitativa, descritiva, de corte transversal, baseada na análise de 1.194 prontuários médicos de pacientes atendidos no período de 2000 a 2004. As variáveis foram: dados sociodemográficos, registros da avaliação médica e tempo de permanência do idoso no ambulatório. Para análise da relação entre variáveis clínicas e tempo de permanência, utilizou-se o modelo de regressão logística. **Resultados:** Em todas as faixas etárias, as mulheres (76,5%) foram mais numerosas que os homens (23,5%). Quanto à escolaridade, 12,9% eram iletrados e a categoria mais prevalente tinha primeiro grau incompleto (37,1%). O número de idosas viúvas (38%) foi três vezes maior que o de viúvos (12%). A maioria dos idosos (94,4%) tinha companhia de moradia e 84,4% não tinham plano de saúde. A média do tempo de permanência do idoso no serviço foi 2 anos e 8 meses, com desvio padrão de 1,5 ano. As variáveis que mais influenciaram o tempo de permanência foram: idade, queixa de tontura, distúrbios refracionais, auditivos, urinários, catarata, fraturas ósseas e antecedentes cirúrgicos. **Conclusões:** Por regressão logística, identificou-se que antecedentes cirúrgicos, distúrbios auditivos, urinários e fraturas ósseas atuaram aumentando o tempo de permanência, mas queixa de tontura, distúrbios refracionais e catarata reduziram a permanência do idoso no serviço.

### Palavras-chave:

Idoso. Perfil de Saúde. Assistência Ambulatorial. Assistência de Longa Duração. Epidemiologia Descritiva. Modelos Logísticos. Estudos Transversais. Serviço de Saúde. Morbidade. Tempo de Permanência.

Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Recife, PE, Brasil

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Social

<sup>2</sup> Departamento de Prótese e Cirurgia Bucofacial

Correspondência / Correspondence

Márcia Carréra Campos Leal

UFPE – Departamento de Medicina Social

Av. Prof. Moraes Rêgo, s/nº

50670-901, Recife, PE, Brasil

E-mail: marciacarrera@hotmail.com

## Abstract

**Objective:** To identify the profile of aged outpatients attended at the Núcleo de Atenção ao Idoso and the variables that interfere on duration of stay in the service. **Methods:** A quantitative, descriptive, cross-sectional research was carried through, based on the analysis of 1,194 medical reports of aged outpatients attended from 2000 up to 2004. The variables were: socio-demographic data, clinical registers in medical evaluation and duration of stay of the aged outpatients at the clinic. A logistic regression was performed to analyze the relation between clinical variables and time of stay. **Results:** Women (76.5%) were more numerous than men (23.5%), in all age intervals. According to scholarship, 12.9% were illiterate and the most prevalent category (37.1%) had incomplete first degree. The number of aged widower women (38%) was three times those of widower men (12%). The majority of aged (94.4%) had a company of housing and 84.4% did not have health plan. The mean duration of stay in the service was 2 years and 8 months, with standard deviation of 1.5 years. The variables with major influence on duration of stay were: age, dizziness complaints, refractive, hearing and urinary disturbances, cataract, and bone fractures. **Conclusions:** According to the logistic regression, surgical history, hearing and urinary disturbances, as well as bone fractures contributed to increase duration of stay, but dizziness complaints, refractive disturbances and cataract reduced the stay of the elderly in the service.

**Key words:** Aged. Health Profile. Ambulatory Care. Long-Term Care. Epidemiology, Descriptive. Logistic Models. Cross-Sectional Studies. Service of Health. Morbidity. Duration of Stay.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a população idosa, considerada pela Política Nacional do Idoso como aquela constituída por indivíduos com 60 anos e mais, compõe hoje o segmento populacional que mais cresce em termos proporcionais.<sup>1</sup> De acordo com as projeções estatísticas, até o ano de 2025, o Brasil ocupará a sexta posição mundial em termos de população idosa, com mais de 32 milhões de indivíduos nesta faixa etária, representando 15% da população total.<sup>2,3</sup>

A passagem de uma situação de alta fecundidade e alta mortalidade para uma de baixa fecundidade e progressiva diminuição da mortalidade favoreceu o envelhecimen-

to da população brasileira, com implicações no panorama epidemiológico.<sup>4,5</sup> Nesse novo cenário, as doenças transmissíveis tendem a diminuir sua incidência, enquanto as doenças crônicas não-transmissíveis apresentam prevalência elevada, sobretudo entre os mais velhos.<sup>6,7</sup>

As alterações observadas no perfil de morbidade e mortalidade decorrentes do envelhecimento geram demandas específicas por cuidados de saúde dirigidos ao segmento idoso. Este utiliza os serviços de saúde de forma mais intensiva quando comparado a outros grupos etários, em função da maior ocorrência de enfermidades crônicas e possível perda funcional com o avanço dos anos.<sup>5,6,8,9</sup>

De acordo com Ramos,<sup>9</sup> o grande desafio deste século será cuidar de uma população envelhecida, em sua maioria com nível socioeconômico e educacional baixo e alta prevalência de doenças incapacitantes.

Em relação aos cuidados com o segmento mais envelhecido, vale destacar a urgência em termos de reestruturação dos espaços sociais no acolhimento adequado à pessoa idosa, incluindo os serviços de saúde e a formação de profissionais devidamente qualificados, para promoção, proteção e recuperação da saúde daqueles que, superando as adversidades ao longo da vida, conseguiram envelhecer.

Nesta perspectiva, a Universidade Federal de Pernambuco implantou o Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), unidade ambulatorial que presta atendimento geronto-geriátrico a indivíduos com idade equivalente ou superior a 60 anos, tendo por premissa a melhoria da qualidade de vida dos idosos assistidos, mediante atendimento individual ou em grupo, com orientação a familiares e cuidadores.

O presente estudo tem por objetivo identificar o perfil do idoso que demanda o serviço e estimar seu tempo de permanência no mesmo.

## MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), localizado no Centro de Ciências da Saúde da Universi-

dade Federal de Pernambuco (UFPE), vinculado administrativamente ao Programa do Idoso (PROIDOSO) e ambos, a Pró-Reitoria de Extensão (PROEXT).

O NAI caracteriza-se como uma unidade de saúde de natureza ambulatorial, que presta atendimento em equipe multidisciplinar a pessoas idosas (60 anos e mais), mediante consulta individual e em grupo, esta última realizada por meio de oficinas temáticas, além de contribuir com a formação discente e capacitação de recursos humanos na atenção geronto-geriátrica.

De natureza descritiva e corte transversal, o estudo foi realizado a partir de dados secundários relativos aos prontuários existentes no serviço, desde sua criação em 2000 até 2004. O enfoque metodológico consistiu na análise de 1.194 prontuários médicos. Para tal, foi desenvolvida uma plataforma em Access, possibilitando a atualização e o acompanhamento sistemático das informações, posterior à implantação do banco de dados.<sup>10</sup>

As informações de interesse para o estudo incluíram dados sociodemográficos e os registros clínicos da avaliação médica mais prevalentes, obtidos dos prontuários existentes no serviço. As variáveis sociodemográficas corresponderam a: idade (em anos completos, agrupados por faixa etária), sexo, escolaridade (distribuída em sete categorias: não-analfabetizado, alfabetizado, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo e 3º grau), convivência no domicílio (mora acompanhado

ou sozinho), estado civil (casado/companheiro, separado/divorciado, solteiro, viúvo) e condição de ter plano de saúde.

Em virtude da existência de dados perdidos (*missing values*) para algumas variáveis, houve pequena variação no número de informações processadas em determinadas categorias.

Para estimar o tempo de permanência do idoso no serviço, foi feita inicialmente uma análise individual da referida variável, calculando-se o tempo médio de permanência e seu desvio padrão. Em virtude do elevado coeficiente de variação apresentado e da assimetria observada no histograma, optou-se pela análise de dados aparados,<sup>2</sup> que consiste em extrair um pequeno percentual de dados nos extremos da amostra. Desta forma, retiraram-se 2,5% dos maiores e 2,5% dos menores valores da variável, sendo recalculados a média, o desvio padrão e o histograma.

Considerando que os dados sociodemográficos e os registros clínicos mais prevalentes obtidos dos prontuários (variáveis independentes) podem influenciar o tempo de permanência do idoso no serviço (variável dependente), o modelo foi ajustado mediante análise de regressão logística, sendo o tempo de permanência transformado em variável dicotômica, a saber: permanência no ambulatório abaixo de um ano e acima de um ano.<sup>11</sup>

## RESULTADOS

No que diz respeito à caracterização dos idosos por sexo e faixa etária (tabela 1), as mulheres são maioria (76,5%) em relação aos homens idosos (23,5%) e também predominam no conjunto dos prontuários analisados (1.181) nos intervalos etários mais distais (80 anos e mais), correspondendo a 13% da casuística, enquanto que os homens mais idosos equivalem a apenas 5,5%.

**Tabela 1 - Distribuição de idosos segundo variáveis sociodemográficas. Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/ UFPE. Recife, 2000 – 2004.**

Variáveis	Sexo				Total		
	Homem		Mulher		%	N	
	%	N	%	N			
Idade (anos)	60 a 69	33,5	93	42,4	383	40,3	476
	70 a 79	43,2	120	40,6	367	41,3	487
	80 a 89	18,3	51	13,5	122	14,6	173
	90 anos e mais	5,0	14	3,4	31	3,8	45
	Total	23,5	278	76,5	903		1181
Escolaridade	Não alfabetizado	10,1	28	13,7	124	12,9	152
	Alfabetizado	10,5	29	10,8	98	10,8	127
	1º grau incompleto	37,7	104	36,9	334	37,1	438
	1º grau completo	11,2	31	11,6	105	11,5	136
	2º grau incompleto	2,9	8	4,8	43	4,3	51
	2º grau completo	16,7	46	13,2	119	14,0	165
	3º grau	10,9	30	9,0	81	9,4	111
Total		276		904		1180	
Convivência no domicílio	Mora acompanhado	96,8	270	93,7	857	94,4	1127
	Mora sozinho	3,2	9	6,3	58	5,6	67
	Total		279		915		1194
Estado Civil	Casado ou tem companheiro (a)	76,9	213	35,0	316	44,8	529
	Separado / divorciado (a)	5,1	14	6,8	61	6,4	75
	Solteiro (a)	6,1	17	19,4	175	16,3	192
	Viúvo (a)	11,9	33	38,9	351	32,5	384
	Total		277		903		1180
Tem plano de saúde	Sim	10,4	27	17,2	149	15,6	176
	Não	89,6	233	82,8	719	84,4	952
	Total		260		868		1128

Quanto à escolaridade, verifica-se que 12,9% dos idosos que buscam atendimento em saúde no NAI são analfabetos. Em relação às outras categorias analisadas, o primeiro grau incompleto aparece como a mais prevalente, correspondendo a 37,1%.

No que diz respeito à condição de convivência no domicílio, a grande maioria dos idosos (94,4%) mora acompanhada.

Em relação ao estado civil, verifica-se que 76,9% dos homens são casados ou têm companheira, enquanto apenas 35% das mulheres se enquadram nessa categoria. Situação inversa é observada na condição de viuvez, quando o número de viúvas (38,5%) é superior a três vezes o número de homens viúvos (11,9%).

No tocante à condição de ter plano de saúde, cabe destacar a grande totalidade de

idosos (84,4%) que não se enquadram nessa categoria.

Os registros clínicos mais prevalentes identificados nos prontuários médicos (tabela 2), considerando ambos os sexos, correspondem a: hipertensão arterial

(43%), problemas de visão (30%) dislipidemias (25%), constipação intestinal (18,6%), antecedentes cirúrgicos (16,7%) queixa de tontura (16,5%), catarata (14,9%), fraturas ósseas (14,5%) problemas urinários (11,9%), problemas de audição (8,2%).

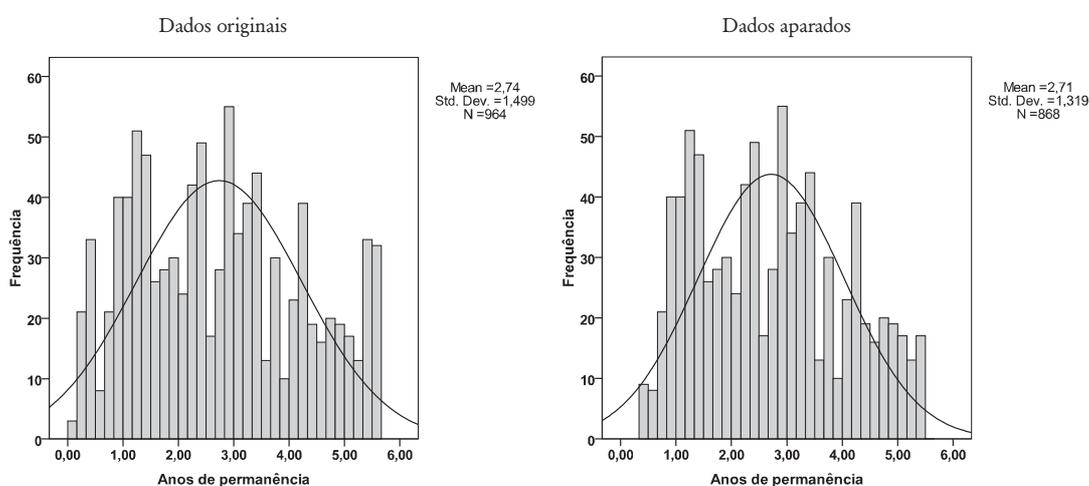
**Tabela 2** - Distribuição de idosos segundo registros clínicos mais frequentes nos prontuários médicos. Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/UFPE. Recife, 2000 -2004.

Condição Clínica Registrada em Prontuário		%	N
Hipertensão	Sim	43,0	514
	Não	57,0	680
	Total	100,0	1194
Problemas de visão	Sim	30,0	358
	Não	70,0	836
	Total	100,0	1194
Dislipidemias	Sim	25,0	298
	Não	75,0	896
	Total	100,0	1194
Constipação Intestinal	Sim	18,6	222
	Não	81,4	972
	Total	100,0	1194
Antecedentes cirúrgicos	Sim	16,7	199
	Não	83,3	995
	Total	100,0	1194
Queixa de tontura	Sim	16,5	197
	Não	83,5	997
	Total	100,0	1194
Catarata	Sim	14,9	178
	Não	85,1	1016
	Total	100,0	1194
Fraturas ósseas	Sim	14,5	173
	Não	85,5	1021
	Total	100,0	1194
Problemas urinários	Sim	11,9	142
	Não	88,1	1052
	Total	100,0	1194
Problemas de audição	Sim	8,2	98
	Não	91,8	1096
	Total	100,0	1194

Quanto ao tempo de permanência da pessoa idosa no ambulatório, a análise individual das variáveis identificou elevado coeficiente de variação, tendo sido retirada

dos os valores extremos (5%), reduzindo assim a variância sem alterar a média, conforme visto nos histogramas dos dois conjuntos de dados (gráfico 1).

**Gráfico 1 – Histograma dos anos de permanência no serviço**



Este procedimento se mostrou adequado, pois a média e o desvio padrão não se alteraram e o histograma se tornou mais simétrico.

As variáveis idade, queixa de tontura, problemas de visão, audição, urinários, catarata, fraturas ósseas e antecedentes cirúrgicos foram identificadas como as mais significativas, apresentando o R<sup>2</sup> (Nagelkerke) igual a 0,668. A estatística do teste de bom ajustamento (*goodness-of-fit*) apresenta o valor 10,492, distribuída como uma  $\chi^2_8$ , com significância de 0,232, implicando o bom ajustamento do modelo.<sup>12</sup>

O modelo é dado por:

$$y_t = -(0,94 \cdot \text{idade}) - (0,696 \cdot \text{tonturas}) - (0,896 \cdot \text{visão}) + (1,052 \cdot \text{audição}) + (1,193 \cdot \text{urinária}) - (2,756 \cdot \text{catarata}) + (2,485 \cdot \text{fraturas ósseas}) + (1,306 \cdot \text{antecedentes cirúrgicos}) \quad (1)$$

## DISCUSSÃO

A procura das mulheres por assistência à saúde de forma mais sistemática e contínua ao longo da vida tem sido sugerida como

um dos fatores explicativos para a maior longevidade feminina e responsável pela predominância das mulheres nos serviços de saúde,<sup>2,4,7</sup> fato também observado neste estudo, no qual as mulheres representam a maioria absoluta da casuística investigada.

A frequência mais elevada de mulheres com idade entre 60 a 69 anos (42,4%), consideradas idosas jovens de acordo com a classificação adotada por Veras,<sup>8</sup> em relação aos homens (33,5%) e nas demais faixas etárias analisadas, também é verificado em outros estudos com amostras provenientes de serviços de saúde ou de base populacional.<sup>8,9,13</sup> As mulheres prevalecem em todas as faixas de idade, em especial entre os idosos com 80 anos e mais. A expectativa de vida aos 60 anos para as mulheres situa-se em torno de 19,3 anos, enquanto os homens idosos contam com um adicional de vida menor, de aproximadamente 16,8 anos. A razão de sexo corresponde a 120 mulheres para cada 100 homens, variando de 118, para o grupo de 60 a 69 anos, até 141, nas idosas com 80 anos e mais.<sup>14,15</sup>

A escolaridade insuficiente ainda constitui um problema entre os mais velhos, principalmente entre as mulheres. Em 2000, os idosos que não sabiam ler ou escrever correspondiam a 35,2% e, em 2002, a 33,2%. No grupo sem escolaridade formal, as mulheres representavam 37,5% em 2000 e 35,3% em 2002.<sup>4,9</sup>

De forma diferenciada ao observado para a população idosa em geral, na casuística estudada, 23,4% dos idosos têm escolaridade acima de 12 anos de estudo. Uma possível seletividade da clientela que procura por

assistência à saúde no serviço ambulatorial analisado pode justificar em parte os achados divergentes aqui encontrados.

A escolaridade se configura como importante indicador de caracterização socioeconômica, relacionando-se às possibilidades de acesso à renda e utilização de serviços de saúde.<sup>13</sup>

O número maior de idosas viúvas em relação aos homens, aspecto também observado em outros estudos, respalda-se na maior dificuldade de recasamento das idosas após a viuvez, ao contrário do que ocorre em relação aos idosos. Normas sociais e culturais prevalentes em nossa sociedade favorecem os homens, com a possibilidade de um novo casamento inclusive com mulheres mais jovens. Este fato, aliado à maior sobrevivência feminina, contribui para a existência de um número significativo de mulheres sozinhas, principalmente nas faixas etárias mais avançadas.<sup>2,4,6,9</sup>

Em relação à pouca acessibilidade a um plano de saúde privado, verificada na grande maioria dos idosos que demandam ao ambulatório do NAI, apesar de a renda não ter sido incluída enquanto variável investigada, não se pode descartar a possibilidade de insuficiência financeira para fazer frente aos custos de manutenção do mesmo, sempre crescentes com o avançar dos anos. Registros na literatura especializada sinalizam a importância da renda do idoso, muitas vezes única fonte de custeio para toda a família.<sup>14,16,17</sup>

O tempo de permanência do idoso no serviço apresenta grande variabilidade, com

média de 2 anos e 8 meses e desvio padrão de 1 ano e meio e coeficiente de variação da ordem de 50%.

A construção do modelo teve por objetivo identificar quais variáveis, dentre as que compõem o cadastro do NAI, influenciam no tempo de permanência. O modelo evidencia que tanto para o nível 1 como para o nível 2 da variável dependente, a idade é significativa e contribui no sentido de reduzir a permanência.<sup>17</sup> A existência de antecedentes cirúrgicos, assim como problemas de audição, urinários e fraturas ósseas, contribui para aumentar o tempo de permanência. Por outro lado, a existência de tonturas, problemas de visão e catarata contribui para reduzir sua permanência.

O efeito de mudança em uma unidade na variável independente é dado por: 0,91; 0,499; 0,408; 0,2864; 3,296; 0,064; 12,007; 3,691, respectivamente, para as variáveis idade, tonturas, visão, audição, urinária, catarata, fraturas ósseas e antecedentes cirúrgicos. Em termos da razão de *odds*, isto representa que se o idoso tem problemas de tontura, problemas de visão, audição, problemas urinários, catarata, fraturas ósseas e antecedentes cirúrgicos, o mesmo tem metade da chance de permanecer no ambulatório por mais de um ano, em relação àquele que não apresenta este tipo de problema. Interpretação similar é dada para os outros efeitos analisados. Registra-se ainda que o coeficiente da variável idade é negativo, ou seja, à medida que a idade avança, diminui a expectativa de seu tempo de permanência no ambulatório do NAI.

Podem-se fazer previsões individuais, através da expressão:

$$P(evento) = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n)}} \quad (2)$$

onde os  $b_i$  são os coeficientes e  $X_i$  as variáveis independentes da equação de regressão (1).

Se o valor encontrado for menor que 0,05, o idoso é classificado como não tendo probabilidade de baixa permanência no NAI.

A identificação do perfil da clientela idosa demandada poderá contribuir de forma favorável no planejamento e implementação de atividades, em nível individual ou coletivo, mediante a realização de oficinas temáticas com vistas à integralidade da atenção à pessoa idosa, preconizada como um dos determinantes do envelhecimento ativo. Vale destacar que a Organização Mundial de Saúde considera envelhecimento ativo como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.<sup>18</sup>

## CONCLUSÃO

Considerando a importância da organização e do planejamento de ações em serviços dirigidos à clientela idosa, segmento emergente que demanda cuidados específicos, os dados aqui investigados poderão subsidiar a estruturação de ações com vistas à integralidade da atenção em saúde no ambulatório geronto-geriátrico estudado.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto Lei, nº 8842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso. Brasília, DF: Ministério da Justiça, Secretaria Especial de Direitos Humanos; 1998.
2. Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Postgraduate; 1998.
3. Camarano AA, Pasinoto MT. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano AA, organizador. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p.253-92.
4. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA; 2002.
5. Carmo EH, Barreto ML, Silva JB. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil 2003; 12 (2): 63-75.
6. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saude Publica 2003; 19(3): 725 -33.
7. Silvestre JA; Kalache A; Ramos LR; Veras RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor de saúde. Arquivos de geriatrics e gerontologia 1996; 1(1): 81-9.
8. Veras RP. País jovem com cabelos brancos – a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
9. Ramos LR. Determinant factors for healthy aging among senior citizens in large city: The Epidoso Project in São Paulo. Cad Saude Publica 2003; 19(3): 793 -8.
10. Soares JF; Colosimo EA. Métodos Quantitativos na pesquisa clínica. Ribeirão Preto: RBRAS; 1995.
11. Altman DG. Practical statistics for medical research. Londres: Chapman and Hall; 1991.
12. Kelsey JL, Thompson WD, Evans, AS, Whittemore AS. Methods in Observational Epidemiology. Oxford University Press; 1986. 366 p.
13. Araújo JC; Alves MIC. Perfil da população idosa no Brasil. Textos sobre Envelhecimento 2000;3 (3):7-19.
14. Beltrão KI, Camarano AA, Kanso, S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
15. Anderson MI. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. Textos sobre Envelhecimento 1998;1(1):7-22.
16. Telarolli Júnior R, et al. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. Rev Saúde Pública 1996; 30(5):485- 98.
17. Veras RP. A novidade da agenda social contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade. A Terceira Idade 2003; 14(28): 6-29.
18. Vieira S. Bioestatística: tópicos avançados, 2. ed. Rio de Janeiro: Campus Elsevier Science; 2003.
19. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

Recebido: 08/9/2008

Aprovado: 21/11/2008

## Estrutura da representação social do cuidado familiar com idosos hipertensos

*Social representation structure of family care of hypertensive elderly*

Andréa dos Santos Souza<sup>1</sup>  
Maria do Rosário de Menezes<sup>2</sup>

### Resumo

Estudo fundamentado na Teoria das Representações Sociais e na Teoria do Núcleo Central, com objetivo de identificar o núcleo central e o sistema periférico da representação social do cuidado prestado por familiares a idosos hipertensos. Participaram da pesquisa 100 cuidadores residentes no município de Jequié-BA. Os dados foram coletados no domicílio destes, mediante questionário e Teste de Associação Livre de Palavras. Para análise utilizou-se, respectivamente, procedimento estatístico e o software EVOC 99. De acordo com o senso comum, sal, alimentação, não deixar passar raiva e remédio são os elementos representativos do provável núcleo central. A família tem assumido o papel de primeiro recurso disponível para atender às necessidades de saúde dos seus membros idosos, cabendo à enfermagem incluí-la como sua cliente e parceira.

### Palavras-chave:

Relações familiares.  
Cuidadores.  
Assistência  
Domiciliar. Idoso  
fragilizado.  
Hipertensão.  
Família. Idoso  
hipertenso.  
Jequié-BA

### Abstract

Study based on the Social Representation Theory and on the Central Nucleus Theory aiming to identify the central nucleus and the peripheral system of the social representation structure of care provided for family members to

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Faculdade de Enfermagem de Jequié, Departamento de Saúde. Jequié, BA, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Salvador, BA, Brasil.

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Souza AS, defendida na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, em 2005. Orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria do Rosário de Menezes.

### Correspondência / Correspondence

Andréa dos Santos Souza  
Av. Presidente Vargas, 822, Jequiezinho,  
45205-000 Jequié, BA, Brasil  
E-mail: andreasouza\_75@yahoo.com.br

hypertensive elderly. One hundred caregivers residents in the municipality of Jequié, state of Bahia, participated in the research. Data were collected in their homes, by questionnaire and Free Words Association Testing. For analysis it was used, respectively, statistical procedure and the software EVOC 99. According to common sense, salt, food, not getting anger and medicine are the representative elements of likely core. The family has assumed the role of the first resource available to meet the health needs of their elderly members, while the nursing include it as its customer and partner.

**Key words:** Family relations. caregivers. Home nursing. Frail elderly. Hypertension. Family. Hypertensive elderly. Jequié city

## INTRODUÇÃO

A redução das taxas de natalidade e fecundidade, propiciada pelo avanço tecnológico na medicina e maior acesso aos serviços de saúde, tornou possível um aumento da expectativa de vida, seguida de envelhecimento com longevidade. De acordo com o último censo, os idosos já representavam 8,6% da população brasileira. No município de Jequié-BA, este percentual é ainda superior: 9,6% da população têm idade igual ou superior a 60 anos.<sup>1</sup>

Esta transição demográfica destacada trouxe também mudanças significativas no cenário epidemiológico, tornando necessário acrescentar as ações de vigilância às doenças infecto-contagiosas, as ações de vigilância às doenças crônicas não-transmissíveis, alocando uma parcela significativa dos recursos do setor saúde para o controle de patologias como a hipertensão arterial (HA), o diabetes mellitus e as neoplasias, que se destacam como importantes causas de morbimortalidade.

A HA é considerada uma das doenças mais frequentes em idosos e o aumento de sua prevalência é proporcional à idade.<sup>2</sup> Dados resultantes de inquérito realizado em 17 capitais brasileiras e Distrito Federal revelaram que a prevalência de hipertensão nas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos variou entre 39 a 59%.<sup>3</sup>

Mas, apesar de a HA ser altamente prevalente nessa população, grande parte dos idosos acometidos por essa doença tem uma vida normal quando consegue manter a pressão sob controle. Todavia, os brasileiros acometidos por acidente vascular encefálico (AVE) e as vítimas de infarto agudo do miocárdio apresentam hipertensão associada. Dessa forma, a doença constitui importante problema de saúde pública, pois representa um dos mais importantes fatores de risco para os eventos cardiovasculares.

Consideramos, assim, pertinente empreender esforços para incrementar os cuidados prestados às pessoas idosas hipertensas, pois a redução dos níveis da pressão arterial implica melhor qualidade de vida para os

idosos, baixo risco para o desenvolvimento de complicações, menor custo em saúde para o Estado e menor desgaste do cuidador familiar.

As alterações fisiológicas provenientes do processo de envelhecimento contribuem para o aumento da pressão arterial, dentre as quais se destacam: a deposição de lipídeos e cálcio nos vasos, a redução da quantidade de óxido nítrico liberado pelo endotélio, a perda da elasticidade e o aumento da resistência vascular.<sup>4</sup>

Outro aspecto relevante é que a diminuição da acuidade auditiva, a demência e a depressão dificultam a coleta de informações e, conseqüentemente, a construção de um plano assistencial adequado para o idoso. Quanto ao tratamento medicamentoso, este deve ser rigorosamente selecionado, já que nesta fase do ciclo vital o metabolismo de eliminação das drogas é lento, devido ao desgaste sofrido pelo fígado e rins, podendo haver exacerbada manifestação dos efeitos colaterais dos anti-hipertensivos. Associam-se a estes os problemas sociais e econômicos, provenientes do envelhecimento, que tendem a agravar e/ou dificultar o controle da HA, quais sejam: a viuvez, a aposentadoria, a perda dos amigos e os escassos recursos financeiros, que diminuem a adesão ao tratamento medicamentoso e à dieta prescrita.

As diretrizes para o tratamento da HA apontam dois métodos terapêuticos: orientações, objetivando a mudança do estilo de vida, e a utilização de fármacos.<sup>5</sup> Para tanto,

preconiza-se uma abordagem multiprofissional ao hipertenso, constituída por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde.<sup>5</sup>

O acesso às informações e medicamentos tem se mostrado importante, mas não suficiente para permitir o controle da hipertensão, pois as pessoas trazem consigo experiências e conhecimentos prévios que influenciam sua maneira de agir perante esta doença.

O conhecimento construído coletivamente transforma a realidade, porém a mudança só ocorre se a necessidade for sentida pelo indivíduo.<sup>6</sup> Portanto, envolve questões culturais, percepções e experiências individuais acerca do fenômeno. Dessa forma, a família pode ser considerada como um significativo agente influenciador no seguimento das orientações terapêuticas, pois os valores, as crenças e os hábitos de vida são construídos por meio dos processos comunicacionais e solidificados no ambiente familiar.

Assim, podemos inferir que, a despeito das transformações significativas ocorridas na família, esta ainda se constitui em um importante locus intergeracional, onde seus membros influenciam e são influenciados pelas concepções que têm acerca de saúde e doença e das formas de tratamento adotadas. Nesse sentido, é pertinente a afirmativa de Bochs:<sup>7</sup> “[...] o cuidado, essência da enfermagem, não é porém exclusivo da mesma, a família tam-

*bém cuida, baseada nas suas próprias experiências, decorrentes de conhecimentos populares oriundos de profissionais de saúde*”. E, por vezes, costuma haver discordância entre o sistema de cuidados popular e profissional.<sup>8</sup>

Por ser a HA uma doença crônica, o tratamento perdurará por toda a vida. Isso implica dizer que é necessária não apenas a orientação, mas uma contínua motivação, em que estarão envolvidos a equipe de saúde, o cliente e sua família.

Nesse contexto, temos uma população longeva, com elevada prevalência de HA, que necessita de apoio (cuidado) familiar para a condução de seu tratamento, seja para aquisição de medicamentos, acompanhamento às consultas e exames, preparo das refeições, reforços às orientações, seja para encaminhamento ao hospital em situações de crise hipertensiva. Esse apoio familiar costuma ser prestado, com maior frequência, pela filha, pela irmã ou neta do idoso (a), chamadas de cuidadoras.<sup>9</sup>

O processo de cuidar dessas mulheres parece ser norteado não por informações transmitidas por profissionais, mas por informações transformadas de acordo com sua capacidade cognitiva, a partir de sua convivência e experiência com o problema.

Desse modo, este estudo, embasado na Teoria das Representações Sociais, se preocupou em desvelar a prática cotidiana do cuidado com idosos hipertensos prestado por seus familiares, norteados por um co-

nhecimento socialmente elaborado e partilhado, denominado senso comum.

A relevância da apreensão desse conhecimento, elaborado mediante processos sociocognitivos, está na sua capacidade de orientar práticas que direta ou indiretamente influenciam na aderência do idoso hipertenso ao tratamento preconizado pelos profissionais de saúde.

A partir destas considerações e reflexões provenientes da prática profissional e convivência familiar com idosos hipertensos, emergiram alguns questionamentos, os quais nortearam este estudo: quem são os familiares responsáveis pelo cuidado com idosos hipertensos? Qual a Representação Social que estes elaboram sobre o cuidado com idosos hipertensos? Na tentativa de respondê-las, adotamos como objetivos: identificar o núcleo central e o sistema periférico das Representação Social do cuidado prestado a idosos hipertensos por seus familiares, bem como determinar o perfil sociodemográfico e de saúde destes.

Dessa maneira, acreditamos que o presente estudo torna-se relevante e oportuno à medida que aumentam a população de idosos e também a prevalência da HA e suas complicações, exigindo práticas de saúde mais eficazes. Pensamos que a apreensão do conhecimento circulante no universo consensual dos familiares de idosos hipertensos poderá possibilitar a (re)orientação do planejamento da assistência a essa clientela, considerando a família como cliente e parceira da enfermagem.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS) e na Teoria do Núcleo Central (TNC).

Moscovici<sup>10</sup> conceitua as Representações Sociais (RS) como “[...] *um conjunto de conceitos, proposições, originadas na vida cotidiana, no curso das comunicações interpessoais [...] podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum*”, que emergem dos processos comunicacionais diários entre os indivíduos.

A representação pode ainda ser concebida, segundo Jodelet,<sup>11</sup> como “[...] *uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social*”.

Em caráter complementar à “grande teoria” proposta por Moscovici,<sup>10</sup> Abric<sup>12</sup> organizou a Teoria do Núcleo Central, com o objetivo de detalhar a estrutura das RS. Para Abric, o conteúdo da representação está organizado em sistema central (estável, rígido, consensual) e em sistema periférico (mutável, individualizado), dispostos em torno daquele.

A utilização da TRS como base teórica associa-se a sua adequação para desvendar o pensamento da sociedade presente acerca de um objeto compartilhado na vida cotidiana, que, neste caso específico, foi o conhecimento socialmente construído e apropriado por familiares acerca do cuidado com idosos hipertensos.

O bairro INOCOOP, eleito para o desenvolvimento do estudo, fica situado na periferia de Jequié, município localizado no sudoeste da Bahia, a 360 km da capital, Salvador. A escolha do bairro esteve vinculada a aspectos como: ter organizado e em pleno funcionamento o Programa de Saúde da Família, facilitando a localização e o acesso aos sujeitos e, atuar como campo de ensino, pesquisa e extensão para estudantes de graduação e pós-graduação da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Quanto aos sujeitos, foram incluídos os que preencheram os seguintes critérios: aceitar participar voluntariamente da pesquisa, conforme exigido pela Resolução CONEP nº 196/96,<sup>13</sup> encontrar-se em condições psicológicas de responder as questões e ser responsável pelo cuidado ao idoso hipertenso por um período mínimo de um ano. A amostra estabelecida foi de aproximadamente 30% dos 320 cuidadores residentes na área. Desse modo, participaram do estudo 100 familiares cuidadores identificados pelos Agentes Comunitários de Saúde, atuantes nas duas Equipes de Saúde da Família do bairro escolhido para investigação.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB (Protocolo 011/2004), foram utilizados para a coleta de dados dois instrumentos, ambos aplicados pela pesquisadora, no domicílio dos cuidadores, no período de abril a junho de 2004. O primeiro deles, um questionário, constava de perguntas fechadas que objetivavam traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos sujeitos, tipo: sexo, idade, grau de escolari-

dade, estado civil, ocupação, religião, grau de parentesco com o idoso, tempo que cuida do idoso, número de filhos, renda familiar média e problemas de saúde referidos. Concluída esta primeira etapa, prosseguimos aplicando o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), visando a identificar o núcleo central e o sistema periférico da representação do cuidado prestado por familiares a idoso hipertensos.

Para Sá,<sup>14</sup> o TALP é um método fundamentado em aspectos teóricos da psicanálise que “*permite a atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas [...] pousa no princípio de pedir ao sujeito para efetuar ele mesmo sobre sua própria produção um trabalho cognitivo de análise, de comparação de hierarquização*”. Para facilitar a coleta, familiarizamos cada sujeito com o método e após, solicitamos que evocassem cinco palavras que viessem imediatamente à mente ao ouvir a seguinte frase utilizada como estímulo indutor: cuidar de um idoso com pressão alta. As respostas foram registradas e, na sequência, foi pedido que as hierarquizassem, ou seja, que as enumerassem por ordem de importância.

As informações provenientes do questionário receberam tratamento estatístico, sendo apresentadas em números absolutos e percentuais simples. Quanto aos dados coletados a partir da técnica de associação livre de palavras, estes foram submetidos a uma análise estrutural, pelo processamento no software EVOC 99. Esse recurso informático permitiu identificar a representação do cuidado com idosos hipertensos, apon-

tando elementos do núcleo central e do sistema periférico, com base na frequência de ocorrência das palavras evocadas e da média de ocorrência de cada palavra em função da ordem de evocação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Supomos que para melhor compreendermos a representação de um objeto, é necessário conhecermos quem o representa. Nessa perspectiva, a partir dos dados obtidos nos questionários e apresentados na tabela 1, observamos que a grande maioria das pessoas que cuida do idoso hipertenso é do sexo feminino (82%), em idade adulta, ou meia-idade. Porém, é grande o número de jovens cuidadoras (16%), o que significa dizer que esta responsabilidade tem sido atribuída à mulher ainda na mocidade. Também é notório que as mulheres cuidam ao longo de seu desenvolvimento humano, reduzindo seu papel de cuidadora apenas quando muito idosa, pois já se apresenta frágil, necessitando também de cuidados.

As adolescentes cuidadoras de idosos hipertensos geralmente são suas netas, que não optaram por assumir tal papel, mas foram inseridas nele pelo contexto social, político, cultural e econômico em que vivem.

Os homens, neste estudo (18%), mostraram exercer mais tardiamente o seu papel de cuidador, iniciando-o a partir dos 26 anos e, mais frequentemente, na velhice, “tomando conta” do cônjuge.

**Tabela 1** - Distribuição por faixa etária e sexo dos familiares cuidadores de idosos hipertensos, residentes em um bairro periférico do município de Jequié -BA, 2004.

Faixa Etária /Sexo	Masculino	Feminino	Total
16-25 anos	00	16	16
26-35 anos	05	15	20
36-45 anos	02	15	17
46-55 anos	00	09	09
56-65 anos	04	16	20
66-75 anos	06	07	13
76-85 anos	01	03	04
86 anos e +	00	01	01
Total	18	82	100

Fonte: Questionário aplicado aos familiares cuidadores de idosos hipertensos, residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.

Comparando os dados apresentados neste estudo com os da literatura que abordam o cuidado de idosos,<sup>15-18</sup> observamos que este segue a forte característica cultural, qual seja, o predomínio das mulheres como gerenciadoras do cuidado.

Em relação ao grau de parentesco com o idoso, o quadro 1 demonstra que 44 dos cuidadores são filhos(as); 31, cônjuges; 12, netos(as); 13, familiares consanguíneos ou sociais diversos: sobrinha, cunhada, vizinho, irmão, nora e mãe. Entre os filhos cuidadores, seis são homens e 38 mulheres.

Dos cônjuges, oito são esposos e 23 são esposas; e entre os netos, um é do sexo masculino e 11 são do sexo feminino.

Constatamos que filhas e cônjuges contribuem em maior número com o cuidado de idosos, qualquer que seja o grau de dependência destes. Os motivos que levam os filhos a se responsabilizarem por seus pais são múltiplos, e incluem o dever moral, a responsabilidade filial, a gratidão, a reciprocidade, o amor, o cumprimento de um mandamento bíblico, entre outros.

**Quadro 01** – Distribuição das variáveis sociodemográficas e de saúde investigadas em familiares cuidadores de idosos hipertensos, residentes em um bairro periférico do município de Jequié - BA, 2004.

VARIÁVEIS	Nº	VARIÁVEIS	Nº	VARIÁVEIS	Nº
Nº DE FILHOS		OCUPAÇÃO		RENDAS FAMILIAR	
Nenhum	25	Do lar	60	s/renda	01
1-3	36	Aposentado (a)	10	<salário	08
4-6	19	Estudante	10	1 salário	56
7-9	10	Desempregado	04	1 ½ salários	05
10 ou +	10	Doméstica	04	2 Salários	24
		Outros	12	2 ½ salários	02
				3 salários	03
				Não referiu	01
GRAU DE PARENTESCO		PROBLEMAS DE SAÚDE		TEMPO QUE CUIDA DO IDOSO	
Filho(a)	44	Hipertensão Arterial	24	1-3 anos	22
Cônjuge	31	Artropatias/ Articulares	20	4-6 anos	26
Neto(a)	12	Cefaléia	07	7-9 anos	08
Irmão(ã)	03	Oftalmológicos	06	10 ou +	42
Vizinho(a)	03	Gástricos	06	Não soube referir	02
Nora	03	Diabetes Mellitus	05		
Sobrinha	02	Outros	13		
Mãe	01	Nenhum	44		
Cunhada	01				
ESCOLARIDADE		RELIGIÃO		ESTADO CIVIL	
Não alfabetizado	30	Católico	55	Solteiro	34
Primário Comp/Inc	33	Evangélico	33	Casado	59
Ens. Fund.	19	Sem Religião	12	Viúvo	03
Comp/Inc	18			Separado/Divorciado	04
Ens. Médio					
Comp/Inc.					

Fonte: Questionário aplicado a familiares cuidadores de idosos hipertensos, residentes em um bairro periférico do município de Jequié-BA, 2004.

Constatamos, ainda, que é grande a proporção de idosos que cuidam de idosos. O fato de assumir essa tarefa perpassa questões

morais, a ausência de descendentes ou por indisponibilidade dos filhos, devido à ocupação com as atividades laborais e com a prole.

Os cuidadores com mais de 60 anos representam 50% dos homens (nove cuidadores) e 26,8% das mulheres (22 cuidadoras), quase que em sua totalidade em condição de conjugalidade, excetuando-se o cuidado entre irmãos e mãe-filho.

Outra variável que se destaca entre os cuidadores do estudo foi o estado civil. Das mulheres cuidadoras, 46 eram casadas e 30 eram solteiras, enquanto que dos homens, 13 cuidadores eram casados e apenas quatro eram solteiros.

Ao observarmos o grau de escolaridade, foi possível constatar que do total de cuidadores: 30 são analfabetos, 33 possuem o primário completo ou incompleto, 19 têm o ensino fundamental completo ou incompleto e 18 possuem o ensino médio concluído ou em curso. Ao relacionarmos o grau de escolaridade e a idade, constatamos que um maior nível de instrução é inversamente proporcional à idade dos cuidadores investigados.

Quanto à ocupação, grande parte das cuidadoras eram donas de casa (60%), ou seja, apesar de desenvolverem seu trabalho por mais de 12 horas diárias, sem folga, não possuem remuneração. Em segundo lugar, estão os aposentados (10%) e estudantes (10%). Somente 4% dos cuidadores encontravam-se desempregados e 16% estavam inseridos no mercado informal.

Por se tratar de moradores de um bairro periférico, com baixa escolaridade e sem profissão de definida, a renda familiar média não

ultrapassou três salários mínimos. A maioria (56) sobrevive com apenas um salário mínimo; 29, com recursos equivalentes a dois e até três salários mínimos; e oito têm renda familiar menor que um salário.

A relação de codependência é bem nítida. O recurso financeiro proveniente da aposentadoria do idoso ajuda na sobrevivência dos filhos e até mesmo dos netos. Em contrapartida, o cuidador auxilia os idosos nas atividades instrumentais, preparando as refeições, encaminhando-os aos serviços de saúde, encarregando-se dos serviços bancários, fazendo companhia, dentre outros.

Dos sujeitos participantes do estudo, 42 referiram cuidar do idoso hipertenso por dez anos ou mais, deixando claro que em alguns casos a hipertensão surgiu antes da sexta década de vida.

Quanto à situação de saúde/doença, 44 familiares cuidadores referiram não ter problemas de saúde e 24 afirmaram também ser hipertensos.

Com as informações obtidas por meio do TALP, aplicados aos 100 sujeitos pesquisados, obtivemos 369 palavras evocadas. As evocadas uma única vez foram desprezadas, obtendo uma análise mais “limpa”. Assim, foram excluídas 13 palavras (3,5%) e utilizadas 356 palavras (96,5%), dentre as quais foram identificadas 30 distintas.

Os dados obtidos com o processamento foram organizados em um Quadro de Qua-

tro Casas (Quadro 2), cujo ponto de corte considerado foi quatro, ou seja, não foram incluídas as palavras com frequência inferior a esta.

**Quadro 2** - Quadro de quatro casas apresentando o núcleo central e o sistema periférico do cuidado familiar prestado a idosos hipertensos, Jequié - BA, 2004.

ELEMENTOS CENTRAIS			ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS		
Frequência $\geq 12$	/	Rang $< 2,4$	Frequência $\geq 12$	/	Rang $\geq 2,4$
Remédio	72	2,014	Médico	25	3,040
Alimentação	44	2,091	Chá	22	2,500
Sal	40	2,225	Gordura	20	2,950
Não deixar passar raiva	16	2,250	Paciência	12	2,583
			Posto	10	2,600
ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS			ELEMENTOS PERIFÉRICOS		
Frequência $< 12$	/	Rang $< 2,4$	Frequência $< 12$	/	Rang $\geq 2,4$
Amor	08	2,375	Posto	10	2,600
Cuidado	08	1,625	Horário	09	2,778
Ficar perto	07	2,286	Complicações	07	2,571
			Atenção	06	3,000
			Repouso	05	3,600
			Ajudar	05	2,800
			Exame	05	2,400
			Emoção	04	3,000
			Exercício	04	2,500
			Banho	04	3,500
			Cuidado doméstico	04	3,500

Para determinação do núcleo central e sistema periférico, foram consideradas a frequência e a média ponderada de ocorrência dos termos produzidos. A frequência diz respeito ao número de vezes que a palavra foi evocada, e a média ponderada refere-se à ordem de evocação estabelecida pelos sujeitos no processo cognitivo de hierarquização. A frequência e a ordem média de evocação calculadas e informadas pelo software foram, respectivamente, 12 e 2,4.

As palavras incluídas no quadrante superior esquerdo foram as mais frequentes ( $F \geq 12$ ) e as prioritariamente evocadas (Rang  $< 2,4$ ); por isso, muito provavelmente, são os elementos constituintes do núcleo central da representação social do objeto em estudo.

Como podemos observar no quadro 2, as palavras e expressões “remédio”, “alimentação”, “sal” e “não deixar passar raiva” são

as mais frequentes e prioritariamente evocadas, constituindo, deste modo, os elementos que dão significação à representação do cuidado ao idoso com HA, na ótica de seus familiares cuidadores.

O termo “remédio” foi trazido à memória de 72 sujeitos, de um total de 100 participantes do estudo, sendo que, para 28, foi prioritariamente evocado. Reflete a idéia dos familiares cuidadores em atribuir como cuidado prioritário lembrar o uso de anti-hipertensivos ou oferecer o medicamento de acordo com o grau de comprometimento da capacidade funcional do idoso. Remédio revelou-se como o elemento mais estável da representação do objeto.

Outro cuidado representado pelo grupo esteve relacionado à alimentação e à restrição do uso de sal. Essas práticas são relativas ao padrão alimentar a ser adotado pelo idoso hipertenso. Como vimos na caracterização dos sujeitos, as mulheres destacam-se como cuidadoras principais de idosos hipertensos, cabendo-lhes, quase sempre, a compra e preparo dos alimentos não só para o idoso, mas para toda a família.

Apesar de os familiares cuidadores não possuírem o conhecimento científico sobre os mecanismos fisiológicos das emoções – como, por exemplo, a liberação de catecolaminas e seu efeito vasoconstritor em situações de apreensão –, a experiência cotidiana demonstra que a ocorrência do sentimento de raiva eleva a pressão arterial no idoso.

De acordo com as I Diretrizes Brasileiras em Cardiogeriatría,<sup>19</sup> há evidências do efeito do estresse psicoemocional na reatividade cardiovascular e da PA. Na prática, os familiares percebem que condições como a pobreza, a baixa autoestima, a inatividade, a viuvez e os conflitos familiares contribuem para o aumento da PA do idoso de forma transitória ou sustentada.

As palavras incluídas no quadrante inferior direito são representativas do sistema periférico, ou seja, tiveram frequência maior ou igual a quatro e menor que 12, e foram apontadas secundariamente no processo de hierarquização (Rang<sup>3</sup> 2,4). Elas traduzem o que realmente é concretizado como cuidado ao idoso hipertenso, estabelecendo, assim, a interface com o núcleo central que sempre é consensual, mas nem sempre funcional.<sup>20</sup>

Foram apontados como elementos do sistema periférico: “ajudar”, o que pode estar relacionado à percepção do familiar acerca do seu papel na vigência da HA no idoso. Isto nos mostra que parece circular entre os cuidadores a idéia de que o idoso é o responsável pelo seu autocuidado, cabendo a família ajudar, propiciar e facilitar o tratamento.

A palavra “atenção” pode estar relacionada à necessidade de o cuidador estar atento, alerta para quaisquer sinais de elevação súbita da PA, complicações, ou ainda ao horário da medicação.

Os elementos banho e cuidados domésticos parecem estar associados ao apoio oferecido pelo cuidador nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, quando o idoso apresenta capacidade funcional comprometida pelas complicações da HA, onde a mais frequente, no bairro estudado, é o AVE.

A palavra “emoção” revela a relação com a expressão “não deixar passar raiva”, pertencente ao núcleo central. Os cuidadores parecem evitar a ocorrência de emoções negativas para os idosos, na tentativa de ajudar no controle da HA, embora nem sempre isto seja possível.

Encontramos atitudes distintas concernentes à prática de atividade evidenciada nas palavras “exercício” e “repouso”. Esses elementos representam atitudes de incentivo, ou não, dos cuidadores em relação à atividade física. Há indícios de que, para os cuidadores, o repouso pode estar restrito a idosos fragilizados, com complicações, que não tenham sido previamente submetidos a uma avaliação ou que apresentem queixa no dia e/ou horário da atividade, sendo, portanto, a atividade desmotivada pelos familiares. Repouso e exercício são elementos que não têm associação direta com o núcleo central. Acreditamos que eles dizem respeito à flexibilidade e individualidade dos elementos do sistema periférico.

Nas observações empíricas, percebemos que o repouso está vinculado a atividades com grande gasto energético ou exposição prolongada ao sol, já que a temperatura elevada é característica peculiar de Jequié, co-

nhecida como a “Cidade Sol”. Os cuidadores aconselham ou não permitem, a depender da condição do idoso, atividades como lavar roupas, limpar o quintal e deslocar-se em horários de maior intensidade solar, porque acreditam que atividades extenuantes associadas ao calor excessivo aumentam a pressão arterial.

Confirmamos a característica do sistema periférico quanto a sua funcionalidade, ou seja, seus elementos representam o julgamento que os sujeitos fazem referente ao cuidado com o idoso hipertenso, que pode ou não materializar-se em condutas. Sua função é concretizar o sistema central, cujos elementos são predominantemente normativos.

Desse modo afirmamos que, na ótica dos cuidadores familiares investigados, o cuidado ao idoso hipertenso se configura na forma de ajuda e atenção. Os elementos “sal” e “alimentação”, pertencentes ao núcleo central, na prática se concretizam sob a forma de cuidados domésticos como a compra e preparo de alimentos recomendados para o idoso hipertenso. E o não deixar passar raiva, como a tentativa de evitar emoções negativas.

Observamos na periferia do sistema representacional que a palavra “horário” concretiza o elemento do núcleo central, “remédio”. Pressupomos que os cuidadores consideram importante oferecer o medicamento prescrito, diariamente e na hora certa.

Palavras pertencentes aos quadrantes superior direito e inferior esquerdo estão in-

cluídas entre os elementos do sistema intermediário. Percebemos que no quadrante superior direito, o elemento “médico” associa-se ao termo “remédio”, uma vez que a este profissional é atribuída a competência legal para prescrever medicamentos. Quanto aos termos apresentados no quadrante inferior esquerdo, “amor” e “ficar perto”, revelam a dimensão afetiva do cuidado ao idoso hipertenso.

Não obstante as recomendações da SBC<sup>19</sup> serem de um atendimento ao idoso hipertenso, preferencialmente multidisciplinar, o suporte buscado, segundo as palavras evocadas pelo grupo, concentra-se na unidade de saúde e na pessoa do médico. Dentre outros fatores, a ocorrência de tal situação se dá pela competência legal do médico em prescrever o medicamento, elemento mais rígido da representação.

As informações circulantes no universo reificado (conteúdo peculiar às ciências), ao adentrarem no domicílio das famílias dos idosos hipertensos, ganham nova roupagem. Elementos são retirados, outros inseridos, uns esquecidos, outros acentuados. Os cuidadores, como grupo pensante, recebem, processam a informação e constroem novos significados, que lhes serão úteis na vida cotidiana.

Essa nova visão do cuidado na hipertensão retrata a relação que está estabelecida entre o idoso, o cuidador e o ambiente cultural, social e ideológico em que são gerados os comportamentos. Esse novo conhecimento não é apenas uma forma simplifi-

cada de ver o objeto, mas é fruto de uma atividade construtiva, simbólica, que representa a forma de expressar dos cuidadores.

Não foram observadas evocações concernentes à restrição do uso do tabaco ou álcool. O fato é que, ao não mencionarem esses cuidados, os familiares cuidadores estabelecem uma construção seletiva, eliminando-os por problemas de difusão deste saber, por terem suas crenças fortalecidas a respeito do tabagismo e do uso do álcool, ou porque estes são hábitos que foram abandonados pelo idoso há muito tempo. Vemos, pois, que nesta construção seletiva, os critérios adotados são correspondentes ao contexto do grupo e atende a suas necessidades.<sup>19</sup>

Retomando a descrição de Moscovici,<sup>21</sup> “[...] *representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo*”, os cuidadores, ao elaborarem a representação do cuidado com o idoso hipertenso, filtraram e organizaram elementos, permanecendo aqueles que lhes são úteis no cotidiano.

Num sentido estrito, concordamos com Vala,<sup>22</sup> ao afirmar que “[...] *as RS alimentam-se não só das teorias científicas, mas também dos grandes eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações cotidianas*”.<sup>22</sup>

## CONCLUSÃO

Embora existam diretrizes que norteiam o tratamento de pessoas hipertensas, o ser idoso, em convívio familiar, morador

de periferia e portador de doença crônica reserva peculiaridades importantes a serem consideradas pelos profissionais de saúde envolvidos no cuidado destes.

Estereótipos acerca da velhice, conflitos intergeracionais, problemas econômicos e questões culturais são influências constantes no pensar e no agir das pessoas que lhes são mais próximas – seus cuidadores familiares. Desse modo, os aspectos preconizados por especialistas ganham novo sentido. São reconstruídos, visando a atender necessidades reais, dando a este conhecimento elaborado uma conotação prática, mediante a organização, adaptação, criação de opiniões e conceitos acerca do objeto, que determinam atitudes diretivas próprias do indivíduo e de seu grupo de pertença.

Comprar, oferecer remédio, lembrar ou supervisionar seu uso são práticas frequentes na opinião dos cuidadores, seguindo-se a preocupação com a alimentação do idoso. Comprar, preparar, oferecer e estimular a aceitação faz parte do cotidiano das mulheres cuidadoras. A alimentação abrange não só a redução do teor de sal e gordura, mas também o oferecimento de nutrientes capazes de suprir as necessidades do ancião. Porém, nesse sentido, esbarram nas questões financeiras e culturais, lançando mão da criatividade para solucionar o problema.

Foi apontada pelos familiares a relação entre as emoções e a HA. Relacionaram nervosismo a hipertensão e a hipertensão ao nervosismo, ou seja, na visão do senso

comum, o nervoso (agitação, ansiedade) é ao mesmo tempo causa e efeito da hipertensão. Sendo assim, é exigida uma qualidade imprescindível aos cuidadores: ser paciente. A paciência está em compreender as atitudes, nem sempre colaborativas do idoso, ajudando-o a superar momentos de crise ou ansiedade.

Outro cuidado revelado foi “não deixar o idoso passar raiva”. A contrariedade, geralmente provém dos conflitos familiares que se tornam mais constantes, devido aos arranjos familiares estabelecidos, a fim de ajudar financeiramente os filhos e netos.

Mediante tais considerações, é possível observar que a família tem se preocupado e se ocupado no cuidado de seus membros idosos hipertensos. Por isso, é de suma importância que os profissionais de saúde estabeleçam e/ou fortaleçam uma relação mais estreita de parceria com os familiares cuidadores, visualizando-os como colaboradores e clientes, uma vez que agregam hábitos de vida semelhantes aos dos idosos hipertensos sob seus cuidados. No entanto, mesmo reconhecendo que a participação do familiar no tratamento da HA no idoso oferece contribuições positivas, o autocuidado deverá ser sempre incentivado.

Cabe também aos profissionais de saúde valorizar, durante as consultas, a adoção de medidas não-medicamentosas, pois um estilo de vida saudável traz notórios benefícios também às pessoas idosas, prolongando a vida com autonomia e independência.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2000. [acesso 2003 ago 5]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index2.html>
2. Kaiser SE. Hipertensão arterial: prevalência, significado, prognóstico e estagiamento. In: Couto AA; Kaiser SE. Manual de hipertensão da SOHERJ. São Paulo: Lemos Editorial; 2003.
3. Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ed. Brasília: OPAS; 2008.
4. Brandão PB, et al. Hipertensão arterial no idoso. In: Freitas EV, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
5. Sociedade Brasileira de Hipertensão, de Cardiologia e de Nefrologia (SBH, SBC, SBN). V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2006.
6. Caputo MA, Torres T. Refletindo o processo Ensino-Aprendizagem nas Ações de Educação em Saúde. Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família. Salvador-BA; 2001.
7. Bochs AE. Construindo um marco conceitual e um processo de Enfermagem para cuidar de famílias em expansão. In: Elsen I, et al. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: Editora da UFSC; 1994. Série enfermagem – Repensul.
8. Leininger M. Transcultural nursing concepts theories and practices. New York: John Wiley & Sons; 1978.
9. Gonçalves LHT, Alvarez AM.; Santos SMA. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: Duarte YAO, Diogo MID. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
10. Moscovici S. On Social Representation. In: Forgas JP. Social Cognition: perspectives on everyday understanding. Londres, Academic Press; 1981.
11. Jodelet D. Les Representations Sociales. 4. ed. Paris, Presses Universitaires de France; 1989.
12. Abric JC. L'étude expérimentale des représentations sociales. In: Jodelet D, editor. Les représentations sociales. Paris: Presses Universitaires de France; 1989.
13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196/96. [acesso em: 07 ago2003]. Disponível em: URL: <http://www.fop.unicamp.br/cep/epi.pri.htm>
14. Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998
15. Caldas CP. Cuidando do idoso que vivencia uma síndrome demencial: a família como cliente da enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem 2001 maio/ago; 10(2): 68-93.
16. Santos SMA. Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas, SP: Alínea; 2003.
17. Alvarez AM. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. Florianópolis: UFSC; 2001.
18. Karsh UMS, organizador. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998.

19. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). I Diretrizes do Grupo de Estudos em Cardiogeriatría. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2002 jul; 79 (S1).
20. Wagner W. Sócio-gênese e características das Representações Sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. Estudos Interdisciplinares de Representação Social. Goiânia: AB; 1998.
21. Moscovici S. A representação social da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
22. Vala J. Representações Sociais e Psicologia Social do conhecimento cotidiano. In: Vala J, Monteiro MAB, coordenadores. Psicologia Social. 4. ed. Lisboa: Serviço de Educação Fundação Calouste Gulbenkian; 2000.

Recebido: 20/10/2007

Reapresentado: 22/10/2008

Aprovado: 03/11/2008

## Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência

*Quality of life evaluation in elderly women with urinary incontinence: institutionalized elderly women residents in a long-term institution*

Daniela Cristina Lojudice<sup>1</sup>  
Izabel Cristina França Lazari<sup>1</sup>  
Amanda Gisele Marota<sup>1</sup>

### Resumo

A presente pesquisa tem como objetivo investigar a qualidade de vida de idosas com incontinência urinária, residentes em uma instituição asilar filantrópica do município de Catanduva, SP. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, cuja população foi composta de mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, conscientes e orientadas no tempo e no espaço, capazes de interagir em uma entrevista. Foram excluídas as idosas que se recusaram a participar do estudo. A coleta dos dados foi feita através de entrevista com questionário composto por informações sociodemográficas e clínicas. O instrumento *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF) foi utilizado para avaliar a qualidade de vida das idosas incontinentes. A análise estatística dos dados foi feita em forma de média, desvio padrão, valores mínimos e máximos para cada variável. Encontrou-se um total de 22 idosas cuja média de idade foi de 72,9 anos +- 8,6. Todas as participantes relataram perda urinária, sendo que, destas, sete (31,8%) relataram perder urina várias vezes ao dia. A maior porcentagem de perda urinária ocorreu antes de chegar ao banheiro (21,3%), seguida de tosse ou espirro (19,1%) e ao dormir (12,8%). No que tange à interferência da perda urinária nas atividades de vida diária, a maioria (72,5%) referiu alguma interferência. Concluiu-se que a incontinência urinária tem alta prevalência entre idosas institucionalizadas e compromete a qualidade de vida das mesmas. Diante disso, medidas de intervenção devem ser adotadas, na tentativa de minimizá-las ou combatê-las.

### Palavras-chave:

Meia-Idade. Idoso. Mulheres. Incontinência Urinária. Qualidade de Vida. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Catanduva, SP. Epidemiologia Descritiva. Estudos Transversais. Saúde da Mulher

<sup>1</sup> Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Catanduva, Curso de Fisioterapia. Catanduva, SP, Brasil

### Correspondência/Correspondence

Daniela Cristina Lojudice  
Rua Corumbá, 411 - Jardim Salles  
15804-345 - Catanduva, SP, Brasil  
E-mail: daniela\_lojudice@hotmail.com

## Abstract

This study aims to investigate the quality of life of elderly women with UI, all living in a philanthropic health care in Catanduva, S.P. It is a cross-sectional descriptive study whose population was women aged 60 years and more, oriented and conscious in time and space, able to be interviewed. The ones who refused to participate in the study were excluded. Data collection was done through a survey with a questionnaire composed of clinic and social-demographic information. To evaluate the quality of life of incontinent elderly we used the (ICIQ-SF) short form- "International Consultation on Incontinence Questionnaire". The statistical data analysis comprised average, standard deviation, minimum and maximum values to each variable. We interviewed 22 elderly women whose average age was 72,9 years old  $\pm$  8,6. All women reported urinary loss and seven (31,8%) reported urinary loss several times a day. The higher percentage of urinary loss happened before they arrival to the bathroom (21,3%), followed by coughing and sneezing (19,1%) and sleeping (12,8%). Concerning interference in the daily life activities, most of them (72,5%) related some interference. We concluded that the Urinary Incontinence (UI) has high prevalence among institutionalized elderly and compromise their quality of life. So we believe that intervention measures should be taken in an attempt to reduce and fight then.

**Key words:** Middle Aged. Aged. Women. Urinary Incontinence. Quality of Life. Homes for the Aged. Catanduva city. Epidemiology. Descriptive. Cross-Sectional Studies. Women's Health

## INTRODUÇÃO

A realidade brasileira demonstra que o número de idosos dobrou nos últimos 50 anos, e as projeções indicam que no ano de 2020 esse segmento atingirá 15% da população nacional.<sup>1</sup> De acordo com Ramos,<sup>2</sup> no decorrer do envelhecimento, surgem limitações físicas, perdas cognitivas e doenças crônicas. Estas últimas podem ser consideradas uma ameaça à independência do indivíduo antes de um risco de vida.<sup>1</sup>

Uma das condições crônicas que mulheres e homens podem desenvolver, ao longo do envelhecimento, é a incontinência urinária (IU), sendo mais frequente entre o sexo feminino.<sup>3</sup> De acordo com a Sociedade Internacional de Incontinência - Inter-

national Continence Society, IU é definida como uma condição na qual ocorre perda involuntária de urina, sendo um problema social ou higiênico objetivamente demonstrado e interpretado, na maioria das vezes, como parte natural do envelhecimento, podendo levar a um quadro clínico de depressão, isolamento e vergonha, alterando, portanto, o convívio social.<sup>4,8</sup>

A porcentagem de IU entre mulheres jovens é de 10 a 20%, e de 30 a 40% naquelas com idade igual ou superior a 65 anos. No Brasil, acredita-se que 11 a 23% da população feminina seja incontinente, embora muitas mulheres não relatem essa condição.<sup>5</sup>

A IU tem causa multifatorial, mas alguns fatores como o hipoestrogenismo, a multi-

paridade, a idade avançada, cirurgias prévias, doenças predisponentes, assim como os defeitos pélvicos, contribuem para a perda da função esfinteriana.<sup>5,6</sup> Além destes fatores, alterações decorrentes do envelhecimento, como a atrofia dos músculos e tecidos, queda funcional do sistema nervoso e circulatório e diminuição do volume vesical podem contribuir para o aparecimento da IU. Sendo assim, todos esses fatores, conjuntamente, contribuem com a redução da elasticidade e contratilidade da bexiga e causam a irritabilidade e instabilidade deste órgão.<sup>3</sup>

Apesar de não ser uma condição de vida ameaçadora, a IU pode causar vários problemas.<sup>9</sup> Um consenso na literatura demonstra que a incontinência urinária contribui para o surgimento de alterações psicológicas, de relacionamento pessoal e sexual, de relacionamentos sociais, bem como de alterações físicas e econômicas, influenciando negativamente a qualidade de vida dessa população.<sup>9-12</sup>

De acordo com Reis *et al.*,<sup>6</sup> a IU pode ser, na maioria dos casos, resolvida ou minorada diante de uma abordagem adequada.

A identificação dos fatores relacionados à incontinência urinária e o diagnóstico correto da sua etiologia são medidas importantes na adoção de recursos que almejam melhorar a qualidade de vida das mulheres incontinentes.<sup>4-6,9,12</sup> Dessa forma, surgiu o interesse pelo presente trabalho, que tem como objetivo investigar a qualidade de vida de idosas com incontinência urinária, residentes em uma instituição asilar filantrópica do município de Catanduva, SP.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter transversal, realizado na instituição asilar filantrópica Associação São Vicente de Paulo, no período de janeiro a fevereiro de 2006.

A população do estudo foi constituída por todas as idosas (60 anos ou mais de idade) moradoras na instituição asilar já mencionada. As idosas tiveram que se apresentar conscientes e orientadas no tempo e no espaço, capazes de interagir em uma entrevista. Foram excluídas as idosas que se recusaram a participar do estudo e aquelas mulheres com idade inferior a 60 anos.

Inicialmente, as pacientes foram esclarecidas sobre a pesquisa a ser realizada e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.<sup>13</sup>

A coleta de dados foi feita mediante entrevista, utilizando um questionário que buscou informações referentes à identificação pessoal (iniciais do nome, data de nascimento, grau de escolaridade e estado civil). Em se tratando da utilização de medicamentos, também foi pesquisado o uso dos mesmos e a prática de fisioterapia. Em seguida, foi aplicado o instrumento *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF)*.<sup>14</sup> Esse questionário avalia a qualidade de vida de pacientes com incontinência urinária e contém informações referentes à frequência da perda urinária, quantidade de urina que é perdida, o quan-

to que perder urina interfere nas atividades de vida diária, bem como o tempo e as circunstâncias da perda urinária. Nesse instrumento, há uma escala tipo Likert que avalia o quanto a incontinência urinária interfere na vida diária das pessoas, cuja pontuação varia de zero a dez, sendo que zero interfere pouco na vida do sujeito e dez, muito.

É um instrumento válido e confiável para mensurar a qualidade de vida de pessoas com incontinência urinária com alfa de Cronbach de 0,88.<sup>14</sup> Foi originariamente desenvolvido e validado na língua inglesa por Avery *et al.*,<sup>15</sup> e validado para a realidade brasileira por Tamanini *et al.*,<sup>14</sup> em estudo realizado em Hospital Universitário na cidade de Campinas, SP.

A análise estatística dos dados foi apresentada na forma de média, desvio padrão, valores mínimos e máximos para as variáveis numéricas. O programa *Microsoft Windows 98* com *Excel 1998* foi utilizado para a análise dos dados.

O presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Catanduva, obtendo a aprovação em 09/01/2006.

## RESULTADOS

Encontrou-se um total de 22 idosas. A média de idade entre as participantes foi de 72,9 anos, variando entre a idade mínima de 61 anos e a máxima de 90 anos, com desvio padrão de 8,6.

Na distribuição por faixa etária, verificou-se que dez idosas (45,4%) tinham entre 60 a 69 anos, oito (36,4%) entre 70 a 79 anos e apenas quatro (18,2%) com 80 anos ou mais de idade.

De acordo com os dados referentes ao estado civil, verificou-se que a maioria das entrevistadas (54,6%) era de solteiras, oito (36,4%) eram de casadas e apenas duas (9,1%) eram de viúvas.

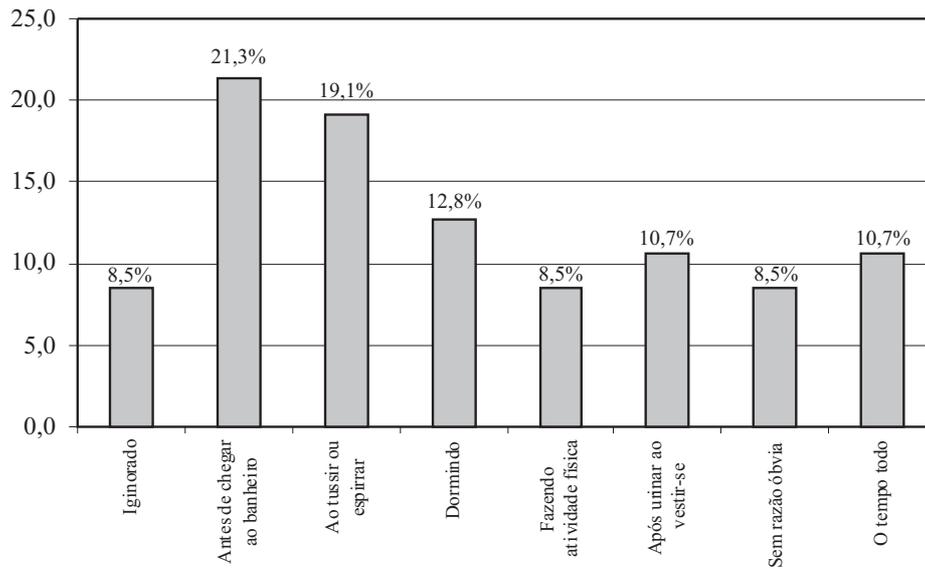
A realização de fisioterapia por um período mínimo de três vezes semanais foi observada em apenas quatro idosas (18,2%). A fisioterapia abordava exercícios de fortalecimento muscular, alongamentos, treinos de coordenação, de equilíbrio e de marcha.

O uso de medicamentos foi relatado por 19 idosas (86,4%), todos receitados por médicos. Os medicamentos mais utilizados pelas idosas institucionalizadas foram os antipsicóticos (57%), seguidos de anti-hipertensivos (32%) e analgésicos (31%).

Em relação à frequência de perda urinária das 22 idosas entrevistadas, sete (31,8%) relataram perder urina diversas vezes ao dia, seis (27,3%) perdiam duas ou três vezes durante a semana, cinco (22,7%) perdiam urina o tempo todo e quatro (18,2%) relataram perder urina uma vez ao dia.

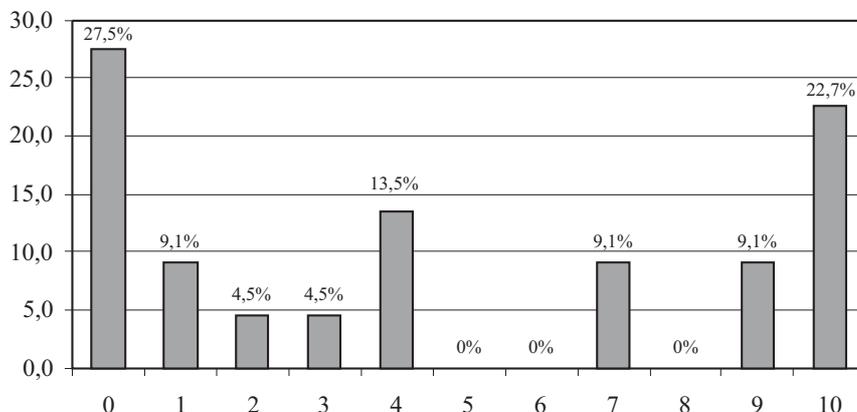
A perda urinária durante a realização de algumas atividades de vida diária (AVD) também foi pesquisada. Verificou-se que a

maior porcentagem de perda urinária ocorreu antes de chegar ao banheiro (21,3%), seguida de tosse ou espirro (19,1%), como demonstrado na figura 1.



**Figura 1** - Distribuição de perda urinária em relação às Atividades de Vida Diária. Catanduva, 2006.

Os dados obtidos em relação à interferência da perda urinária, nas atividades de vida diária das idosas institucionalizadas, podem ser observados na figura 2.



**Figura 2** - Proporção da interferência da perda urinária na vida diária de idosas institucionalizadas. Catanduva, 2006.

Em relação à quantidade de perda urinária das 22 entrevistadas, nove idosas (40,9%) relataram perdas pequenas, sete (31,8%) perdas em grandes quantidades e seis (27,3%) relataram perdas moderadas.

## DISCUSSÃO

De acordo com a literatura, o envelhecimento da população brasileira tem ocorrido de forma rápida, com grande aumento na média de idade. No presente trabalho, verificou-se que a média de idade das idosas entrevistadas foi igual a 72,9 anos. Esse dado foi semelhante ao encontrado no estudo de Pereira.<sup>16</sup>

Em relação ao estado civil das participantes, os resultados da presente investigação revelaram que a maioria das idosas era de solteiras. Observações semelhantes foram

observadas em outros trabalhos, como o de Moraes.<sup>17</sup> Esse autor encontrou percentual majoritário para a categoria de solteiras entre mulheres acima de 60 anos, moradoras em asilo. Pereira<sup>16</sup> relata que, aproximadamente, metade da população-alvo em seu estudo com idosos institucionalizados no Rio de Janeiro se enquadrava na categoria de solteiros, tendo destaque para o sexo feminino.

Embora o conhecimento dos benefícios em relação à prática de fisioterapia já tenha sido apontado, os idosos, independentemente de estarem institucionalizados ou domiciliados na comunidade, não se encontram inseridos em programas dedicados à prática de atividade física ou fisioterápica. Os dados do presente estudo demonstram que a maioria das idosas entrevistadas não realiza algum tipo de atividade física. Esse fato não parece estar restrito à instituição

onde nossa pesquisa foi realizada, pois Feliciano, Moraes e Freitas<sup>18</sup> verificaram em seu estudo que cerca de 83,0% dos idosos informaram não adotar essa prática, e a maior prevalência de sedentarismo ocorreu entre as mulheres que demonstraram dependência total ou parcial para as atividades de vida diária.

O uso de medicamentos foi relatado pela maioria das idosas asiladas (86,4%). Semelhantes resultados foram apresentados por Lojudice.<sup>19</sup> Essa autora verificou que 89,5% dos idosos asilados faziam uso de tratamento medicamentoso e afirmou também que a maioria dos idosos faz uso de mais de um tipo de medicação simultaneamente. Tal informação é de extrema importância, pela interferência que medicamentos exercem na vida dos idosos, pois a farmacologia para esses indivíduos tem peculiaridades, em decorrência da redução de massa e diminuição da água corporal. Outras alterações que podem ocorrer incluem a diminuição na capacidade de filtração e excreção dos rins, bem como a queda do metabolismo hepático. Dessa forma, as ações farmacodinâmica e farmacocinética de um medicamento podem se dar de forma diferente nos idosos, contribuindo, portanto, para a ocorrência de dificuldade de eliminação de catabólitos, levando ao acúmulo de substâncias tóxicas e ao aparecimento de reações adversas.<sup>19</sup> Embora este não tenha sido o direcionamento do presente trabalho, podemos afirmar que as drogas relacionadas ao controle da incontinência urinária são uma forma importante de tratamento conservador,

mas as mesmas também podem desencadear reações adversas nos idosos.

Nas respostas específicas do questionário ICIQ-SF para a avaliação da incontinência urinária, verificou-se que das 22 participantes do estudo, sete (31,8%) relataram diversas perdas urinárias ao dia e cinco (22,7%) relataram perder urina duas ou três vezes por semana. De forma semelhante, Karantanis *et al.*<sup>20</sup> afirmaram que a frequência de perda de urina ocorreu em 87% das idosas que relataram perder urina sempre. Gunnell *et al.*<sup>11</sup> verificaram que apenas 7% das pacientes entrevistadas relataram perda urinária pelo menos uma vez na semana.

Observamos que as maiores ocorrências de perda urinária se deram antes de chegar ao banheiro (21,3%) e também ao tossir e espirrar (19,1%). Karantanis *et al.*,<sup>20</sup> na pesquisa com o ICIQ-SF, também encontraram maior ocorrência de episódios quando as mulheres tossiam ou espirravam (55%). Para Guarisi *et al.*,<sup>21</sup> de todas as pacientes por eles entrevistadas, 35% referiram perda urinária aos esforços, como tossir, rir e levantar peso. Os autores ainda salientam que a incontinência urinária tem interferência direta nas atividades diárias das idosas, de tal maneira que aquelas que são portadoras desta moléstia apresentam menores índices de qualidade de vida. No presente estudo, uma escala tipo *likert* foi utilizada para quantificar a interferência da perda de urina na vida das idosas. Em resposta a esta escala, o dado mais encontrado foi o de que a perda urinária nada significava (27,5%), seguindo-

se a resposta de grande interferência (22,7%). Gunnell *et al.*<sup>11</sup> encontraram um total de 86% de pacientes que não se sentiam restritas de suas atividades diárias e somente 14% declararam que a IU era um problema que as privava de realizar suas atividades sociais normais.

Nas respostas referentes à quantidade de perda urinária, nove idosas (40,9%) relataram pequena quantidade de urina perdida e cinco (22,7%) relataram grandes perdas. Esses dados estão de acordo com Karantanis *et al.*<sup>20</sup> Independentemente da quantidade de perda urinária, a doença se torna estressante e debilitante, contribuindo para o isolamento social e depressão.<sup>8-14</sup> Apresenta-se também como fator de risco para infecção urinária e distúrbio tegumentar.<sup>3,5</sup> Além desses sinais e sintomas, a literatura ainda aponta que muitos pacientes vivem ansie-

dade intensa por não estarem próximos a um banheiro, ou por medo de perder urina em público.<sup>5</sup>

## CONCLUSÕES

Na presente investigação, constatou-se elevada ocorrência de incontinência urinária entre idosas residentes na instituição asilar estudada. Concluimos, também, que a presença da incontinência urinária interfere no estilo de vida das mesmas, contribuindo, portanto, para as alterações psicológicas e físicas e modificando o convívio com a comunidade onde estão inseridas e no grau de satisfação com a vida. Dessa forma, programas de intervenção devem ser adotados para minimizá-las ou combatê-las, melhorando, portanto, a qualidade de vida dessa população.

## REFERÊNCIAS

1. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 58-70.
2. Ramos LR. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 72-7.
3. Glashan RQ, Lelis MAS. Fatores de risco associados à incontinência urinária - é possível modificá-los. Acta paulista de enfermagem 1999; 12(1): 43-7.
4. Feldner-Junior PC, Bezerra LRPS, Girão MJBC, Castro RA, Sartori MGF, Baracat EC, et al. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. Revista brasileira de ginecologia e obstetria 2002; 24(2): 87-91.
5. Klüber L, Moriguchi EH, Cruz FBM. A influência da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: revisão. Revista Medica PUCRS 2002; 12(3): 243-9.
6. Reis RB, Cologna AJ, Martins ACP, Paschoalin EL, Tucci-Junior S, Suaid HJ. Incontinência urinária no idoso. Acta Cir Bras 2003; 18(5): 47-51.

7. Rouhr G, Christensen K, Ulstrup K, Kragstrup J. Reproducibility and validity of simple questions to identify urinary incontinence in elderly women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 969-72.
8. Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega NJ, Netto-Junior NR. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(2): 203-11.
9. Stach-Lempinen B, Sintonen H, Kujansuu E. The relationship between clinical parameters and health-related quality of life as measured by the 15D in incontinent women before and after treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 983-8.
10. Dallosso H, Matthews R, McGrother C, Donaldson M. Diet as a risk factor for the development of stress urinary incontinence: a longitudinal study in women. *Eur J Clin Nutr* 2004; 58: 920-6.
11. Gunnell A, Jan-Erik J, Orjan G, Kerstin N. Urinary incontinence: prevalence, impact on daily living and desire for treatment. *Scand J Urol Nephrol* 2004; 38: 125-30.
12. Stach-Lempinen B, Kirkinen P, Laippala P, Metsänoja R, Kujansuu E. Do objective urodynamic or clinical findings determine impact of urinary incontinence or its treatment on quality of life? *Urology* 2004; 63: 67-72.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo seres humanos. *Diário oficial da União*, 10 de outubro de 1996.
14. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto-Junior NR. Validação para o português do "international consultation on incontinence questionnaire - short form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública* 2004; 38(3): 438-44.
15. Avery K, Donovan J, Abrams P. Validation of a new questionnaire for incontinence: the international Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ). Abstract n.86 of the International Continence Society 31 st annual meeting. Seoul, Korea. *Neurol Urodynamics*, 20:510-1, 2001; 20: 510-1.
16. Pereira RS. Risco de desnutrição em idosos institucionalizados do município do Rio de Janeiro: um estudo com a mini avaliação nutricional (MAN) [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.
17. Moraes IAL. A saúde do idoso no contexto asilar: implicações da institucionalização e as ações interventivas de enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
18. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saude Publica* 2004; 20(6): 1575-85.
19. Lojudice DC. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP; 2005.
20. Karantanis E, Fynes M, Moore KH, Stanton SL. Comparison of the ICIQ-SF and 24-hour test with other measures for evaluating the severity of urodynamic stress incontinence. *International Urogynecological Association* 2004; 15:111-6.
21. Guarisi T, Pinto-Neto AM, Osis MF, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas

- brasileiras: inquérito domiciliar. Rev Saude Publica 2001; 35(5): 428-35.
22. Guarisi T, Pinto-Neto AM, Osis MF, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A.

Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. Revista brasileira de ginecologia e obstetricia 2001; 23 (7): 439-43.

Recebido: 04/6/2008

Aprovado: 03/11/2008

## Influência da tecnologia assistiva no desempenho funcional e na qualidade de vida de idosos comunitários frágeis: uma revisão bibliográfica

*Influence of assistive technology on the functional performance and quality of life of community-dwelling frail elderly people: a bibliographic review*

Valéria Souza de Andrade<sup>1</sup>  
Leani Souza Máximo Pereira<sup>2</sup>

### Resumo

Dispositivos de tecnologia assistiva têm sido utilizados como forma de incrementar capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida dos idosos fragilizados que vivem em seu domicílio. A fim de averiguar tal item, foi realizada revisão bibliográfica através de busca em bancos de dados, capítulos de livros, referências citadas nos artigos obtidos e artigos recebidos autores via internet ou correio. Os resultados obtidos indicaram diminuição da dependência dos idosos durante o cuidado pessoal, melhoria de sua socialização, incremento da tranquilidade e segurança dos cuidadores quanto à realização das tarefas funcionais pelos idosos e diminuição de episódios de reinternação e de gastos relacionados à saúde. Concluiu-se que os dispositivos de tecnologia assistiva são de grande valia para os idosos, aumentando sua capacidade funcional, autonomia e a qualidade de vida.

### Palavras-chave:

Equipamentos de Auto-Ajuda. Idoso Fragilizado. Autonomia Pessoal. Qualidade de Vida. Assistência Domiciliar. Revisão.

### Abstract

Assistive technology devices have been used to improve functional capability, autonomy, and quality of life of community-dwelling frail elderly people. In order to evaluate it, a bibliographic review was conducted through articles in databank, book chapters, other articles and by their authors who directly

Universidade Federal de Minas Gerais  
Ciências da Saúde, Terapia Ocupacional, Fisioterapia  
Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>1</sup> Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Presidente Antônio Carlos

<sup>2</sup> Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais

Correspondência / Correspondence  
Valéria Souza de Andrade  
E-mail: valeria-to@hotmail.com

sent them by mail or e-mail. It was observed a decrease of those elderly people's dependence while taking care of themselves, improvement of their socialization, betterment of caregivers' safety and peacefulness regarding the performance of functional activities by elderly people, and a lowering of constant frail aging people's hospitalizations and concomitant health-related costs. The conclusion was that assistive technology devices are quite valuable to community-dwelling frail elderly people, improving their functional capacity, autonomy, and quality of life.

**Key words:** Self-Help Devices. Frail Elderly. Personal Autonomy. Quality of Life. Home Nursing. Review.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, admitem-se duas formas de envelhecimento: o usual ou comum e o bem-sucedido ou saudável. Na forma usual ou comum, os fatores extrínsecos, tais como tipo de dieta, sedentarismo e causas psicossociais, intensificariam os efeitos adversos que ocorrem com o passar dos anos, enquanto na forma de envelhecimento bem-sucedido ou saudável esses fatores não estariam presentes ou seriam de pequena importância. Finalmente, há também os idosos frágeis, os quais apresentam modificações determinadas por afecções que tornam a pessoa idosa debilitada, dependente do auxílio de terceiros e, por vezes, extremamente difícil.<sup>1</sup>

Embora ainda não haja consenso quanto à sua definição, nos últimos 20 anos geriatras e gerontólogos vêm utilizando o termo fragilidade, no contexto do diagnóstico e do tratamento das manifestações de velhice patológica, mais especificamente para caracterizar os idosos mais debilitados e vulneráveis.

A sociedade brasileira é carente de programas de promoção, prevenção e recupera-

ção da saúde do idoso. Consequentemente, o envelhecimento populacional brasileiro caracteriza-se pelo acúmulo de incapacidades progressivas nas suas atividades de vida diária, na medida em que estamos longe de atingirmos o envelhecimento bem-sucedido. A tendência é de se observar um número crescente de idosos que, muito embora destinados a viver cerca de 20 anos mais, encontram-se funcionalmente incapacitados e com uma saúde precária.

O crescimento demográfico dos idosos fragilizados no Brasil tem conduzido à demanda crescente de profissionais que utilizam abordagens diversas para intervir na progressão das doenças e suas comorbidades que frequentemente acometem essa população. Em países desenvolvidos, várias alternativas têm sido propostas, dentre elas, a tecnologia assistiva (TA) a qual se refere a diversos tipos de dispositivos de auxílios estratégicos que visam a reduzir o impacto da disfunção física, ao prover uma conexão entre as limitações funcionais do indivíduo e as demandas do meio físico.<sup>2</sup> Vários tipos de TA têm sido propostos e implementados para atender aos idosos fragilizados e dependentes que têm necessidade de man-

ter sua capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida. No Brasil, entretanto, existe uma carência no conhecimento e aquisição de tais dispositivos, principalmente pelas classes sociais de baixa renda.

Diante disso, o objetivo deste trabalho foi buscar evidências na literatura, através de uma revisão bibliográfica, sobre o papel dos dispositivos de TA no aumento da capacidade funcional e na qualidade de vida dos indivíduos idosos fragilizados domiciliários.

## METODOLOGIA

O estudo se constituiu em uma revisão bibliográfica cujos dados foram obtidos através de busca nos bancos de dados Pubmed ([www.pubmed.gov.br](http://www.pubmed.gov.br)), Bireme ([www.bireme.br](http://www.bireme.br)), Scielo ([www.scielo.br](http://www.scielo.br)), Portal Capes ([www.periodicos.capes.gov.br](http://www.periodicos.capes.gov.br)) e OTSeeker ([www.otseeker.com](http://www.otseeker.com)); capítulos de livros, referências citadas nos artigos obtidos, além de artigos recebidos dos próprios autores via internet ou correio. A busca se limitou a artigos entre 1980-2006 nos idiomas português e inglês.

Na busca bibliográfica foram obtidos 72 resultados, dentre os quais artigos científicos, capítulos de livros e teses de doutorado. Foram utilizados para a redação desta revisão bibliográfica 16 artigos científicos, devido à sua maior relevância para com o tema abordado. Dentre os artigos utilizados, observaram-se 11 estudos do tipo qualitativo, três estudos do tipo quantitativo e duas revisões narrativas (quadro 1).

**Quadro 1 - Estudos utilizados na revisão bibliográfica**

Autor	Tipo de estudo / Amostra	Resultados
Agree E, Freedman V. <sup>2</sup>	Qualitativo, longitudinal, prospectivo, descritivo.  17.920 idosos fragilizados, 65 anos (média).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TA é usada para realizar AVDs e AVDIs.</li> <li>• Indivíduos que usam apenas TA têm mais dificuldade do que aqueles que recebem cuidado pessoal e usam TA.</li> </ul>
Agree E, Freedman V. <sup>1</sup>	Qualitativo, longitudinal, descritivo.  122.000 idosos fragilizados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TA é usada para aquisição de necessidades.</li> <li>• Idosos usam TA quando recebem cuidado informal ou formal.</li> <li>• TA simples e barata pode levar à independência e substituir necessidade de cuidadores formais.</li> <li>• TA pode diminuir as demandas sobre o cuidador.</li> <li>• TA leva à melhoria da qualidade de vida dos idosos e de seus cuidadores.</li> <li>• O uso de TA prorroga necessidade de institucionalização.</li> </ul>

### Quadro 1 - Estudos utilizados na revisão bibliográfica (continuação)

Autor	Tipo de estudo / Amostra	Resultados
Chen T, <i>et al.</i> <sup>4</sup>	Qualitativo, longitudinal, prospectivo, descritivo.  20 idosos fragilizados, 64-87 anos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Há necessidade de assistência física e verbal de cuidadores.</li> <li>TA economiza tempo e energia, reduz frustração e provê segurança.</li> <li>Há satisfação com uso de TA por parte de utilitário.</li> <li>A satisfação do utilitário da TA é reforçada por cuidador.</li> </ul>
Cornman J, Freedman V, Agree E. <sup>5</sup>	Qualitativo, descritivo, retrospectivo.  45.810 idosos fragilizados, 65+ anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indivíduos que usam TA e não têm dificuldade com tarefas diárias têm maior nível educacional.</li> <li>TA mais usadas pelos utilitários: bengala canadense, dispositivos para transferência e cadeira de rodas.</li> <li>A TA é mais usada devido às mudanças nas condições de saúde, ao não auxílio de terceiros ou ao interesse na manutenção da independência.</li> </ul>
Freedman VA, <i>et al.</i> <sup>6</sup>	Qualitativo, longitudinal, descritivo.  128.568 indivíduos fragilizados, 65+ anos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indivíduo realiza 26% das AVDs com o auxílio de TA.</li> <li>Há diminuição do cuidado pessoal com uso de TA.</li> <li>Idoso recorre à TA quando não há cuidador.</li> </ul>
Gitlin LN, Luborsky MR, Schemm RL. <sup>9</sup>	Qualitativo, longitudinal, prospectivo.  103 indivíduos pós-AVE, 55+ anos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>TA é positiva ou negativa dependendo se as necessidades são ou não supridas.</li> <li>Indivíduo reconstrói sua auto-estima e bem estar caso use TA.</li> <li>Comentários individuais capacitam médicos a examinar seus pensamentos e sentimentos.</li> </ul>
Gitlin LN, Levine RE, Geiger C. <sup>7</sup>	Quantitativo, experimental, transversal, exploratório e qualitativo, prospectivo.  13 idosos fragilizados, 61-84 anos, descritivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>TA é prescrita baseando-se no meio hospitalar aonde indivíduo se encontra, em sua patologia, em seus próprios objetivos, nos valores culturais e características físico-sociais de sua casa.</li> </ul>
Gosman-Hedström G, Blomstrand C. <sup>19</sup>	Quantitativo, transversal, descritivo, longitudinal.  151 idosos pós-AVE moderado, 81 anos (média).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observou-se melhoria na execução de AVDs e na qualidade de vida após uso de TA.</li> <li>A não melhoria da qualidade de vida com uso de TA deve-se à incapacidade de realizar atividades.</li> <li>TA repercute positiva (e.x., auxilia na execução das atividades) ou negativamente (e.x., relembra indivíduo da incapacidade).</li> </ul>

Quadro 1 - Estudos utilizados na revisão bibliográfica (continuação)

Autor	Tipo de estudo / Amostra	Resultados
Gosman-Hedström G, <i>et al.</i> <sup>10</sup>	Qualitativo, longitudinal, prospectivo.  249 indivíduos pós-AVE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A utilização de TA não é diferente de sua não utilização.</li> <li>• A maioria dos dispositivos foi usada ocasionalmente ou sempre.</li> <li>• Indivíduos preferiam realizar atividades sem TA.</li> <li>• Dificuldade do uso de TA: disfunção cognitiva, não desejo de uso e razões culturais/tradicionais.</li> <li>• Vantagem de TA: prescrição para auxiliar no desempenho.</li> <li>• Desvantagem de TA: prescrição indiscriminada e com pouco efeito para o indivíduo.</li> </ul>
Mann WC, <i>et al.</i> <sup>14</sup>	Qualitativo, prospectivo, longitudinal.  1.016 idosos fragilizados 75 anos (média).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TA mais importantes sob o ponto de vista dos utilitários: lupa para aumento visual, bengala, cadeira de rodas, andador e barra de apoio.</li> <li>• Idosos fragilizados percebem TA como importante na manutenção da independência físico-funcional.</li> </ul>
Mann WC, <i>et al.</i> <sup>13</sup>	Quantitativo, prospectivo, transversal, exploratório.  104 indivíduos fragilizados, 73 anos (média).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo controle apresentou menor alteração funcional (MIF) com uso de TA.</li> <li>• Grupo experimental apresentou maior gasto financeiro com internação e atendimento domiciliar.</li> </ul>
Mello MAF, Ramos LR. <sup>15</sup>	Qualitativo, longitudinal, descritivo, prospectivo.  144 idosos fragilizados, 73-103 anos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setenta e três por cento dos indivíduos possuíam TA devido à deficiência motora.</li> <li>• TA foi prescrita por amigos, parentes, médicos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos.</li> <li>• Quando TA é prescrita pelo amigo/familiar reforça tendência à auto-medicação.</li> <li>• Indivíduos não usam TA devido ao preço ou por não saberem do que se trata.</li> <li>• Idosos que utilizam TA apresentam perdas motoras.</li> <li>• Idoso que financia TA sugere negligência dos profissionais de saúde.</li> <li>• Quedas podem ser devidas ao déficit de profissional que oriente modificações ambientais.</li> </ul>
Tomita M, <i>et al.</i> <sup>18</sup>	Quantitativo, descritivo, longitudinal, prospectivo.  694 idosos fragilizados, 60+ anos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatores que levam ao uso de TA: motivação, gravidade e duração da doença, ingestão de medicação, ausência de depressão, determinação em viver independentemente, existência de suporte social, recomendação do uso do dispositivo e interação entre TA e ambiente de moradia.</li> </ul>
Wessels R, <i>et al.</i> <sup>19</sup>	Revisão narrativa -x-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O não uso de TA pode ser devido à não aceitação da incapacidade, à depressão, a produtos de má qualidade, à barreira arquitetônica e à inapropriada instrução em sua aquisição.</li> </ul>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objetivo principal da TA seria eliminar a lacuna entre o desempenho funcional de um indivíduo e as demandas das tarefas funcionais da vida diária, aumentando, conseqüentemente, a qualidade de vida.<sup>3</sup> O impacto do uso da TA no desempenho funcional ou na retenção das habilidades funcionais pré-adquiridas no maior nível possível, bem como a aquisição de independência e incremento da qualidade de vida, são comumente relatados.<sup>2,4,5,6,7</sup> Também é relatada a economia no gasto de energia e de tempo para completar uma tarefa<sup>3,6</sup> de atividades básicas de vida diária (ABVD), das atividades práticas de vida diária (AVDP) e das atividades instrumentais de vida diária (AIVD)<sup>4,8</sup> quer seja dentro<sup>3,6</sup> ou fora das residências.<sup>9,10</sup>

Vários aspectos físicos são melhorados com o uso da TA, dentre eles a prevenção ou a diminuição do risco de quedas e fraturas,<sup>2,8</sup> a melhoria da mobilidade dentre os diversos cômodos da moradia e de acessibilidade ao meio ambiente,<sup>2</sup> a redução de dor e do risco de lesões durante a execução das atividades de autocuidado, lazer ou trabalho<sup>2</sup> e a minimização dos déficits relacionados às mudanças características do envelhecimento, tais como a diminuição da força muscular, da coordenação, do equilíbrio e a instalação (ou piora) de deficiência visual.<sup>2</sup>

O uso da TA tem também impacto no aspecto psicossocial, visto auxiliar o indivíduo na reconstrução do sentimento de auto-

estima e bem-estar<sup>4</sup> e ajudá-lo no caso de incapacidades no aprendizado, diminuindo ou eliminando a sua frustração para completar uma tarefa.<sup>3</sup> O constante uso da TA destaca-se na prevenção de futuras recorrências do sentimento de frustração devidas à incerteza e falta de confiança por parte do idoso e de seu cuidador,<sup>3,11</sup> no fornecimento de sentimento de segurança<sup>3</sup> e no encorajamento à independência do idoso fragilizado e melhoria de sua socialização.<sup>2,8</sup> Tomita *et al.*<sup>5</sup> destacam ainda que quando os idosos têm relações significativas para com outros indivíduos, sentem-se úteis e funcionalmente ativos. Caso isto ocorra, há condução automática a um estado psicossocial positivo, o qual propicia o uso de auxílios – dentre eles a TA –, que levam a um melhor convívio na comunidade e, portanto, ao incremento da função e ausência de estados depressivos.<sup>5</sup>

O uso dos dispositivos de TA é também identificado por auxiliar na diminuição de despesas financeiras do utilitário. Segundo a literatura pesquisada, a TA contribui para a diminuição de dependência durante o cuidado pessoal e o aumento de privacidade, para a redução dos gastos financeiros com cuidados providos em casa,<sup>3,8,12</sup> para a substituição de cuidadores pelo uso da TA<sup>8</sup> e para diminuição de episódios de reinternação e concomitante decréscimo dos gastos financeiros desencadeados por problemas funcionais crônicos.<sup>8,12</sup>

Chen *et al.*<sup>3</sup> observaram que os idosos têm mais satisfação ao utilizarem dispositi-

vos de TA quando os cuidadores se mostram física ou verbalmente envolvidos.<sup>4</sup> Tal satisfação é corroborada por Mann *et al.*,<sup>13</sup> quando afirmam que os indivíduos idosos, devido à sensação de segurança, utilizam a TA visando a prevenir quedas, à manutenção do equilíbrio e à melhoria da mobilidade que aqueles dispositivos proporcionam.<sup>13</sup>

Além do idoso sob cuidado, o cuidador, pessoa que formal ou informalmente oferece auxílio para suprir uma ou mais dependências do indivíduo idoso à medida que elas se instalam, também pode beneficiar-se caso o aquele indivíduo se utilize da TA. O cuidador exerce papel muito importante ao reforçar a satisfação do idoso na utilização da TA, uma vez que se dedica ao ensino e auxílio físico da utilização daqueles dispositivos.<sup>3</sup> Quando o idoso se utiliza de um dispositivo de TA para realizar suas tarefas, a segurança do cuidador é maior.<sup>14</sup> Desta forma, o cuidador, submetido frequentemente ao stress crônico de cuidar do idoso, experiência diminuição de gasto de energia, melhora de qualidade de vida e consequente disponibilidade em ocupar-se em menor grau com o indivíduo sob seu cuidado quando este utiliza constantemente algum dispositivo de TA.<sup>8,11</sup> Agree e Freedman<sup>8</sup> salientam que os cuidadores informais observam que o uso da TA pode melhorar as habilidades funcionais dos idosos na comunidade, prorrogando desta forma a necessidade de um cuidador formal.<sup>8</sup>

Os autores pesquisados utilizaram vários dispositivos de TA para a condução de

suas pesquisas. No tocante aos dispositivos mais utilizados, encontram-se aqueles relacionados às atividades que demandam mobilidade, como cadeira de rodas, andador e bengala, e dispositivos que facilitam a execução das ABVD, tais como barra de apoio, assento para aumento do vaso sanitário, banco para transferência da/para banheira, tapete antiderrapante, garra e esponja com cabos alongados, dispositivos para alimentação e vestuário,<sup>8,10,13</sup> auxílios para calçar sapatos e meias, faca arredondada, aparador para pratos e almofada para assento.<sup>4,13</sup>

A despeito dos benefícios observados com a utilização da TA, observou-se que há relutância por parte dos indivíduos idosos em utilizar tais dispositivos devido a motivos diversos. Gosman-Hedstön *et al.*<sup>11</sup> observaram que idosos podem ter dificuldades em utilizar a TA por problemas relacionados à cognição ou ainda por razões culturais ou tradicionais.<sup>11</sup> Outros motivos pelos quais idosos fragilizados podem não utilizar a TA são frustração ao terem que usar tais dispositivos para realizar as atividades, visto que os mesmos indicam suas limitações, desinteresse no aprendizado sobre como lidar com eles, inutilidade para suprir as necessidades, baixa qualidade estética, incômodo ao realizar as atividades com auxílio dos mesmos, má qualidade conduzindo ao estrago e consequentemente à dificuldade na manutenção deficitária, instrução e/ou prescrição por parte do profissional quanto à sua utilização e desconhecimento das vantagens, por parte do idoso.<sup>2,4,15,16,17</sup> Também cooperam para a não-

utilização da TA por parte dos idosos o sentimento de vergonha, a negação da incapacidade<sup>2,4,17</sup> e a existência de barreiras físicas no meio ambiente onde o idoso reside.<sup>9,16,17</sup>

Segundo Gosman-Hedström *et al.*,<sup>11</sup> indivíduos residentes em países que dão suporte à utilização de dispositivos de TA comumente os recebem de forma gratuita nos centros de saúde ou são reembolsados pelas políticas de saúde após adquiri-los.<sup>11</sup> Tal conduta é louvável em locais onde a população idosa tem crescido, sendo pertinente concluir que os sinais decorrentes do envelhecimento são comumente observáveis.

## CONCLUSÃO

Problemas comumente observados no processo de envelhecimento, como quedas, sedentarismo, diminuição do relacionamento social, perda da independência e autonomia, associados às doenças crônico-degenerativas, são frequentemente causados pelo declínio funcional do indivíduo que envelhece. O impacto financeiro desses problemas é grave, principalmente pelo aumento do contingente de idosos na população mundial. De acordo com os dados epidemiológicos observados nesta revisão bibliográfica, a porcentagem de crescimento da população idosa no Brasil era de 123% até o período em que Gosman-Hedström *et al.*<sup>11</sup> conduziram o artigo. Tal índice tem acarretado maior ocorrência de doenças crônico-degenerativas e suas sequelas. Assim, visando a diminuir os gastos com tratamento e manutenção da saúde da população idosa fragilizada,

torna-se importante sensibilizar o sistema político brasileiro de saúde quanto à existência, finalidade e benefícios do uso da TA pelos idosos, oferecendo-lhes, desta forma, possibilidades de adquirir e utilizar os dispositivos de dispositivos de TA.

De acordo com a literatura revisada, evidências científicas concluem que o uso da TA permite ao idoso, em muitos casos, desenvolver as atividades funcionais de vida diária com segurança, aumentando sua independência e autonomia, prevenindo comorbidades e, dessa forma, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. Assim, pode-se concluir que a utilização da TA pela população idosa poderá diminuir a necessidade de cuidadores não-formais e formais, prevenir acidentes e quedas, hospitalizações e institucionalizações, além de um menor gasto financeiro com o paciente.

O profissional responsável pela avaliação, prescrição e orientação do uso dos dispositivos de TA deverá utilizar estratégias baseadas na evidência científica e clínica para propor a utilização efetiva dos mesmos junto aos indivíduos idosos fragilizados institucionalizados, hospitalizados e comunitários. Deverá também promover o envolvimento do cuidador visto que, de acordo com os estudos, ele desenvolve papel importante ao reforçar verbal e fisicamente a utilização daqueles dispositivos pelos idosos, incentivando a utilização dos mesmos.<sup>3</sup> Para tal fazem-se necessárias orientar adequadamente profissionais de saúde, bem como familiares, cuidadores e a população idosa fragilizada, sobre a existência e benefícios da TA.

De acordo com o exposto nesta revisão bibliográfica, há um conjunto importante de artigos internacionais que retratam a utilização e os resultados do uso da TA junto à comunidade idosa fragilizada. No entanto, o número de pesquisas nacionais sobre tal tópico ainda é escasso<sup>7,18</sup> dificultando a propagação de tais dispositivos de auxílio dentre os idosos que podem se beneficiar com os mesmos. Talvez isto seja devido ao fato de que o acesso aos recursos seja escasso e/ou a insuficiente formação de pessoal capaz de conduzir tais pesquisas. Desta forma, faz-se necessário desenvolver pesquisas nacionais sobre este tema, a fim de que se-

jam verificados a necessidade e os resultados do uso de tais dispositivos junto à comunidade brasileira de idosos fragilizados e seus cuidadores.

Enfatiza-se ainda que os artigos utilizados nesta revisão bibliográfica se voltaram para idosos fragilizados, tendo sido excluídos aqueles com alterações de percepção e cognição. Portanto, seria recomendável o desenvolvimento de pesquisas brasileiras que englobassem vários tipos de fragilidade, dentre elas distúrbios de disfunções como apraxia, agnosia, afasia, demência, dentre outros.

## REFERÊNCIAS

1. Papaleo Netto M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 2-12.
2. Gitlin LN, Levine RE. Prescribing adaptive devices to the elderly: principles to treatment in the home. *Int J Technol Aging* 1992; 5(1): 107-20.
3. Chen T, et al. Caregiver involvement in the use of assistive devices by frail older persons. *OTJR : occupation, participation and health* 2002 Jul; 20(3): 179-99.
4. Gitlin LN, Luborsky MR, Schemm RL. Emerging concerns of older stroke patients about assistive device use. *Gerontologist* 1998 April; 38(2): 169-80.
5. Tomita M, et al. Predictors of the use of assistive device that address physical impairments among community-based frail elders. *J Appl Gerontol* 2004 Jun; 23(2): 141-55.
6. Freedman VA, et al. Trends in the use of assistive technology and personal care for late-life disability, 1992-2001. *Gerontologist* 2006 Feb; 46(1): 124-2.
7. Mello MAF, Ramos LR. A necessidade de equipamentos de auto-ajuda e adaptações ambientais de idosos dependentes vivendo na comunidade, São Paulo, Brasil [tese]. São Paulo: UNIFESP, Escola de Medicina; 1999.
8. Agree EM, Freedman VA. Incorporating assistive devices into community-based long-term care: an analysis of the potential for substitution and supplementation. *J Aging Health* 2000 Aug; 12(3): 426-50.
9. Iwarsson S, Isacson A, Lanke J. ADL dependence in the elderly population living in the community: the influence of functional limitations and physical environmental demand. *Occup Ther Int* 1998 Aug; 5(3): 173-93.

10. Cornman J, Freedman V, Agree E. Measurement of assistive device use: implications for estimates of device use and disability in later life. *Gerontologist* 2005 Jun; 45(3): 347-58.
11. Gosman-Hedström G, et al. Use and cost of assistive technology the first year after stroke: a randomized controlled trial. *Int J Technol Assess Health Care* 2002 Jul; 18(3): 520-7.
12. Mann WC, et al. Effectiveness of assistive technology and environmental intervention in maintaining independence and reducing home care costs for the frail elderly: a randomized controlled trial. *Arch Fam Med* 1999 May; 8(3): 210-7.
13. Mann WC, et al. Frail older adults' self-report of their most important assistive device. *OTJR : occupation, participation and health* 2004; 24(1): 1-9.
14. Gosman-Hedström G, Blomstrand C. Dependence and health-related quality of life in elderly people using assistive devices after acute stroke. *Technology and Disability* 2003; 15(4): 231-8.
15. Gitlin LN, Levine R, Geiger C. Adaptive device use by older adults with mixed disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* 1993 Jun; 74: 149-52.
16. Agree EM, Freedman VA. A comparison of assistive technology and personal care in alleviating disability and unmet need. *Gerontologist* 2003 Jun; 43(3): 335-44.
17. Wessels R, et al. Non-use of provided assistive technology devices, a literature overview. *Technology and disability* 2003 Dec; 15(4): 231-8.
18. Mello MAF. The need of assistive devices by older dependent people living in community, São Paulo, Brazil. *Proceedings of International Conference of Aging, Disability and Independence* 2006, Saint Petersburg. Saint Petersburg: UFL; 2006. p.88

Recebido em: 22/1/2008

Aprovado: 29/7/2008



