

O IDOSO FRAGILIZADO NO DOMICÍLIO: A PROBLEMÁTICA ENCONTRADA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

THE FRAGILE ELDERLY AT HOME: THE BASIC PROBLEMATIC FOUND IN THE BASIC HEALTH ATTENTION

Líliá Maria Nunes

Médica. Especialista em Medicina Interna

Marilene Rodrigues Portella

Doutora em Enfermagem Saúde e Sociedade. Professora da UPF

Instituição: Universidade de Passo Fundo - UPF

RESUMO

A velhice nem sempre vem acompanhada de doença, mas, quando ocorre o envelhecimento e os problemas de saúde surgem, muitas vezes, os idosos ficam acamados por um longo tempo. Buscando conhecer mais sobre o processo de envelhecimento, realizou-se esta pesquisa, objetivando identificar as necessidades dos idosos em permanência prolongada no leito domiciliar. Participaram do estudo nove idosos do município de Três Passos-RS, assistidos pelo Programa Saúde da Família (PSF). Coletaram-se os dados por meio de entrevista clínica, realizada no domicílio com o próprio idoso e com o familiar cuidador mais próximo. Os resultados nos permitiram identificar que as principais necessidades são: falta de atividades para a ocupação do tempo livre do idoso acamado; relacionamento social restrito, onde o idoso está sempre à espera de uma visita; os cuidadores, não encontrando estratégias ou suporte de apoio, lidam com a problemática solitariamente. Cuidar de um idoso acamado ultrapassa o limite doméstico; há muito a ser planejado e implementado pelos profissionais de saúde no que se refere à capacitação do cuidador para o atendimento das necessidades do idoso no domicílio.

PALAVRAS-CHAVE

Assistência domiciliar, idoso, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Old age does not always go along with disease, but when aging comes and the health problems appear, the elderly, many times, is sick abed for a long time. Looking for knowing more on the aging process, this survey was developed aiming at identifying the elderly needs lying abed at home for a long time. Nine old men from Três Passos town, in Rio Grande do Sul state, participated in the study. They were assisted by the Family Health Program (PSF). Data were collected with a clinical interview, done at home with the elderly himself/herself and the closer relative carer. The results allowed us to identify the main needs as follows lack of activities during the sick elderly's free time; strict social relationship, when the elderly is always awaiting for a visit; the carers, not finding strategies or support, deal with the problematic by themselves. Taking care of a sick old person surpasses the household limits. There are a lot of things to be planned and implemented by the health professionals as to the carer training to comply with the needs of the elderly at home.

KEY WORDS

Home care, elderly, Family Health Program

INTRODUÇÃO

O aumento da proporção de pessoas idosas em relação ao total da população é um fenômeno nacional e mundial. Segundo dados do IBGE, a população brasileira, com idade superior a sessenta anos, aumentou de 4%, em 1940, para 8,6%, no ano de 2000. Em 2002, a estimativa era de 15 milhões de brasileiros com mais de sessenta anos e as projeções demográficas indicam que, em 2020, a população de idosos deverá atingir a cifra de 15%.

O aumento da longevidade deve-se, entre outros fatores, aos avanços científicos, melhorias na infra-estrutura sanitária, melhores condições sócio-econômicas e à redução na taxa de natalidade que ocorreu nas últimas décadas. As mudanças no perfil demográfico trazem importantes repercussões sociais e econômicas para toda a população, especialmente para os idosos.

Duarte (2001) considera que as alterações que ocorrem durante o envelhecimento são fisiológicas, porém o acúmulo dessas alterações pode levar a uma limitação na capacidade do idoso em desempenhar as chamadas atividades básicas da vida diária: tomar banho, vestir-se, evacuar e urinar sem ajuda, alimentar-se, caminhar, sentar-se e levantar-se de uma cadeira ou da cama. Para a autora, a ocorrência de doenças pode ocasionar um rápido comprometimento da capacidade funcional do idoso, o que pode levá-lo a uma situação de incapacidade e depen-

dência. Para prestar um atendimento adequado ao idoso, é necessário que os profissionais da Equipe de Saúde sejam capazes de avaliar o nível de dependência do idoso, seus limites e suas potencialidades, para que possam identificar as suas reais necessidades.

Berger & Mailloux-Poirier (1995) acreditam que o modelo conceptual de Virgínia Henderson adapta-se bem na avaliação de idosos mais vulneráveis e menos capazes de satisfazer as suas necessidades. Segundo esse modelo, as necessidades básicas do ser humano são: respirar, comer e beber, eliminar, dormir e repousar, estar limpo e proteger os tegumentos, vestir e despir, manter a temperatura corporal, movimentar-se e manter a postura correta, evitar os perigos e manter a integridade física e mental, comunicar-se com seus semelhantes e assumir sua sexualidade, agir de acordo com suas crenças e valores, aprender, divertir-se e ocupar-se com vistas à sua realização.

Os estudos sobre o envelhecimento e suas implicações têm a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade das práticas de saúde dirigidas aos idosos, especialmente nesse momento histórico em que o percentual dessa população cresce em ritmo acelerado em nosso país. Em Três Passos-RS, não existem informações ou estudos dessa natureza, e acredito que pesquisar as necessidades dos idosos em permanência prolongada no leito domiciliar poderá subsidiar ações específicas no atendimento a essa população, o que justifica o presente estudo.

O objetivo da pesquisa é identificar as principais necessidades dos idosos, em permanência prolongada no leito domiciliar, atendidos por uma equipe do PSF de Três Passos-RS, auxiliando na implementação de um programa de ações para o acompanhamento dos mesmos.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados no período de agosto a setembro de 2003, através de entrevista clínica, utilizando-se de um instrumento elaborado pela própria pesquisadora. Foram considerados sujeitos deste estudo, os idosos em permanência prolongada no leito, no âmbito do domicílio, no município de Três Passos-RS, que aceitaram de livre e espontânea vontade participar do estudo, após consentimento formalizado, quer seja pelo próprio idoso, quer seja pelo familiar responsável no momento, no caso da impossibilidade de o paciente autorizar.

Nesse estudo, foram respeitadas as questões éticas preconizadas pela Resolução 196/96 do MS. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UPF e obteve parecer favorável para sua execução. Os dados foram analisados por meio de leitura e releitura dos materiais coletados, interpretados à luz do referencial proposto, e serão apresentados a seguir.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Caracterização dos Sujeitos

Foram realizadas entrevistas com nove idosos, do município de Três Passos-RS, no bairro Padre Gonzales, em área de atuação de uma equipe do PSF. Todos os idosos eram dependen-

tes de cuidados de familiares, devido à incapacidade funcional em maior ou menor grau, e permaneciam limitados aos pequenos esforços e em repouso. Na época da entrevista, o perfil dos sujeitos do estudo era o seguinte:

F1: viúva, 90 anos. Reside com a filha, genro e netos. A idosa é hipertensa e sofreu Acidente Vascular Cerebral (AVC), há seis meses. Necessita auxílio da filha para realizar a maior parte das atividades básicas da vida diária. Apresenta desorientação têmporo-espacial e falsos reconhecimentos. Caminha dentro do domicílio com passos curtos e lentos. Alimenta-se sem auxílio.

F2: viúva, 82 anos. Reside com a filha, genro e dois netos adolescentes. A idosa é diabética e hemiplégica, em decorrência de AVC Isquêmico, ocorrido há cerca de um ano. Apresenta-se com boa orientação têmporo-espacial, alimenta-se sem auxílio, tem boa capacidade de comunicação. Necessita auxílio para os cuidados de higiene corporal e vestuário, eliminações, mobilizações dentro do domicílio para o sanitário, leito, cadeira e outros locais.

F3: viúva, 82 anos. Reside com os filhos. Depende dos cuidados do filho, pois a filha tem retardo mental grave. É hemiplégica devido a AVC Isquêmico, ocorrido há seis anos e também portadora de Insuficiência Cardíaca Congestiva. Apresenta importante déficit de memória e desorientação têmporo-espacial. Com exceção da alimentação, necessita auxílio para executar as outras atividades básicas da vida diária.

M1: casado, 72 anos. Há cerca de um ano, foi submetido à cirurgia devido a um tumor cerebral, ficando, desde então, com alto grau de incapacidade funcional, limitado ao leito, dependente do auxílio de familiares para todas as atividades. Não se comunica, apresenta poucos movimentos ativos e fraca resposta a estímulos verbais. Alimenta-se por sonda naso-entérica.

M2: casado, 67 anos. O idoso é diabético e, devido a complicações da doença, sofreu amputação da perna esquerda e pé direito. A locomoção é possível com auxílio de prótese de perna e muletas. O idoso comunica-se bem e tem boa orientação têmporo-espacial. Realiza as atividades da vida diária sem auxílio.

M3: viúvo, 74 anos. Apresenta dificuldade na deambulação e locomoção, após ter sido submetido à artroplastia coxofemoral, há cerca de um ano, devido à fratura. Além disso, é portador de DPOC, com importante comprometimento da função respiratória. O idoso é orientado e tem boa capacidade de comunicação. Reside com os sobrinhos (casal), e necessita do auxílio destes para os cuidados de higiene corporal, vestuário, eliminações e para locomoção e mobilizações dentro do domicílio.

M4: viúvo, 81 anos. Portador de fratura de fêmur e DPOC. Devido aos seus problemas de saúde, tem dificuldades na deambulação e mobilização, andando com auxílio de muletas. Necessita ajuda parcial dos familiares para algumas das atividades básicas da vida diária. Reside com a filha, genro e netos, comunica-se bem e tem boa orientação têmporo-espacial.

M5: casado, 78 anos. Portador de Doença de Parkinson, diabete e seqüela de AVC Isquêmico (hemiplegia), ocorrido há cerca de cinco anos. Encontra-se limitado ao repouso, deprimido e pouco comunicativo, depende do auxílio do cônjuge e da filha para os cuidados de higiene, vestuário, eliminações, para sair do leito e também na movimentação passiva.

M6: casado, 92 anos. O idoso é diabético e hipertenso de longa data; nos últimos anos apresenta restrição respiratória, devido a um quadro associado de Insuficiência Cardíaca Congestiva. Apresenta déficit acentuado de memória e desorientação têmporo-espacial. Depende do auxílio parcial do cônjuge para executar a maior parte das atividades básicas da vida diária.

Atenção às Necessidades Humanas Básicas

Respiração

Os dados do presente estudo demonstram que os idosos apresentam alterações da função respiratória devido a doenças associadas já existentes, como DPOC, Insuficiência Cardíaca e doenças neurológicas (Doença de Parkinson e seqüelas de AVC).

Entre as doenças que comprometem a função respiratória do idoso, a DPOC aparece como a mais freqüente. Esta patologia interfere nas trocas gasosas, devido à obstrução das vias aéreas, e conseqüente acúmulo de secreções brônquicas.

As doenças neurológicas e cardíacas também podem provocar alterações da função respiratória. A Doença de Parkinson, seqüelas de AVC e demências podem levar ao acúmulo de secreções nas vias respiratórias, devido à limitação da mobilidade e diminuição do reflexo da tosse. As doenças cardíacas, entre elas a Insuficiência Cardíaca e as doenças coronarianas, podem interferir nas trocas alveolares, reduzindo a capacidade pulmonar para a ventilação.

As alterações associadas à função respiratória podem causar problemas de dependência para outras necessidades, tais como o sono, higiene, alimentação, comunicação e mobilidade.

As necessidades de cuidado quanto à respiração resumem-se ao acompanhamento clínico do idoso pela equipe do PSF, destacando-se a importância de avaliar e estabelecer condutas de acordo com os sinais e sintomas encontrados, bem como considerar os fatores de risco e as doenças crônicas que interferem na função respiratória.

Alimentação e Hidratação

Em relação à alimentação, a maioria dos idosos entrevistados não precisa de ajuda, a não ser no preparo dos alimentos. Apenas um dos idosos recebe alimentação por sonda naso-entérica.

Os fatores que interferem na alimentação dos demais se relacionam com a ausência total ou parcial de dentes, uso de próteses inadequadas, perda de apetite, além da presença de doenças que afetam as necessidades nutricionais do idoso.

Segundo Marucci (2000), a incapacidade física e a inatividade, associadas à diminuição do metabolismo basal, acarretam mudanças nas necessidades nutricionais, além de o sedentarismo ser fator agravante para as doenças já existentes. A presença simultânea de várias patologias, muitas delas de caráter crônico-degenerativo e, também, relacionadas com a alimentação como diabete, câncer e aterosclerose, pode afetar as necessidades nutricionais por alterarem os processos metabólicos, a digestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes.

Aos profissionais do PSF, cabe avaliar os fatores que podem interferir na adequada alimentação e hidratação das pessoas idosas, fornecendo ao cuidador e ao próprio idoso orientações quanto aos cuidados específicos em relação a essa necessidade.

Eliminações

Dos idosos avaliados, apenas um não apresentou queixas relacionadas com as eliminações. A alteração mais freqüente é a incontinência urinária, seguida de incontinência fecal e obstipação intestinal. A maioria dos idosos necessita auxílio e suporte no encaminhamento das eliminações.

Segundo Diogo (2000), a incontinência é um dos problemas mais freqüentes entre os idosos, interferindo na capacidade funcional e na qualidade de vida, sendo, muitas vezes, o motivo de institucionalização. A incontinência urinária interfere nas outras necessidades básicas, como: diminuição na ingestão de líquidos, devido ao medo de não controlar as micções; ao receio de urinar ao se mexer ou ao caminhar; no sono,

pelo desconforto produzido por roupas de cama molhadas; na vestimenta, associada ou não à aceitação ou não de usar fraldas ou outros dispositivos; na integridade da pele; na comunicação, levando ao isolamento social; na temperatura corporal, associada à exposição prolongada a um leito frio e úmido.

Nesse sentido, a equipe do PSF deve avaliar as alterações da eliminação urinária e fecal, investigar as condições patológicas e dar suporte aos cuidadores e aos idosos para a superação dos problemas existentes.

Sono e Repouso

A maioria dos idosos deste estudo faz uso de medicamentos para dormir. Os distúrbios do sono mais freqüentes são a sonolência diurna, a dificuldade em conciliar e manter o sono noturno e aqueles relacionados com problemas de saúde já existentes (Insuficiência Cardíaca, DPOC, seqüelas de fraturas e doenças neurológicas).

As alterações do sono no idoso, que estão ligadas ao processo de envelhecimento, devem ser diferenciadas daquelas relacionadas com as várias patologias associadas. Diversas disfunções e patologias como dores, dispnéia, incontinência urinária, depressão e demência podem causar perturbações no sono do idoso. Essas alterações podem ser prejudiciais, quando interferem na qualidade do sono e na qualidade de vida do idoso.

De acordo com Rodrigues e Mendes (2000), devido às alterações metabólicas e funcionais, próprias do envelhecimento, o idoso fica mais vulnerável aos efeitos colaterais dos medicamentos para dormir, como, por exemplo, a sonolência diurna, aumentando o risco de quedas e suas conseqüências. Além disso, as alterações que ocorrem no sistema urinário, como a incontinência, podem levar a quedas quando o idoso necessita levantar à noite.

A equipe do PSF deve trabalhar estas questões, especialmente com os cuidadores, que são os principais responsáveis por manter e proporcionar um ambiente seguro para o idoso.

Higiene Corporal, Proteção dos Tegumentos, Vestuário

É expressiva a questão do déficit apresentado pelos idosos em relação à higiene corporal e vestuário. Neste estudo, a maioria dos idosos necessita a presença dos cuidadores para auxiliá-los.

As dificuldades encontradas neste estudo em relação a essa necessidade devem-se às patologias que afetam os idosos e alteram a sua capacidade de se vestir, despir e cuidar da higiene corporal, tais como: Doença de Parkinson, hemiplegias, amputações e fraturas, confirmando as citações de Mailloux-Poirier (1995), relacionadas aos problemas do envelhecimento, como a perda da coordenação motora e força muscular, bem como as doenças associadas, que comprometem a coordenação, destreza e equilíbrio necessários para que o idoso execute os cuidados de higiene corporal, vestir-se e despir-se, o que os torna mais vulneráveis aos problemas de dependência em relação a estas necessidades.

O cuidador necessita informações e conhecimentos a respeito das necessidades de higienização e promoção do conforto do indivíduo idoso. Cabe ao profissional do PSF trabalhar essas questões, nas visitas domiciliares e grupos de auto-ajuda.

Regulação da Temperatura Corporal

A maioria dos idosos entrevistados manifestou queixas de “frio”. Estas queixas estão provavelmente relacionadas com as baixas temperaturas, no estado, nos meses de agosto e setembro, quando foram coletados os dados, e, também, com as baixas condições sócio-econô-

micas (alojamentos insalubres e roupas inadequadas).

Segundo Mailloux-Poirier (1995), os idosos são capazes de manter, de uma forma geral, a temperatura entre os limites normais, porém a capacidade de adaptação às variações extremas da temperatura fica comprometida na velhice.

Dessa forma, destaca-se a importância de se orientar os cuidadores no sentido de estarem atentos quanto aos recursos utilizados para manter o domicílio aquecido, o uso de roupas e calçados adequados ao conforto do idoso. Os idosos, que estão com a mobilidade e locomoção comprometidas, devem receber auxílio para se vestir e se despir, bem como na transferência para um lugar mais adequado no domicílio, quando houver necessidade.

Locomoção e Mobilidade

Todos os idosos apresentam limitação em relação à locomoção e mobilidade em função dos problemas de saúde que apresentam: paralisias, seqüelas de fraturas, Doença de Parkinson, amputações de membros, Insuficiência Cardíaca e DPOC.

Os idosos, na maioria das vezes, tendem a permanecer na cama ou na cadeira devido às suas próprias queixas. Neste estudo, constatou-se que os cuidadores não estimulam o idoso para a mobilização, ou para uma maior independência na realização das atividades diárias.

Nestes casos, torna-se importante a orientação dos cuidadores em relação aos benefícios da locomoção e a atenção que devem dar às habilidades do idoso, para que possam ser estimulados a manter o máximo de autonomia e independência na realização de suas atividades.

Para Diogo (2000), a movimentação e locomoção são fundamentais para a realização de outras atividades, como a alimentação (sentar-se à mesa e ter acesso aos alimentos), elimina-

ções (acesso ao sanitário), cuidados de higiene e vestuário. A avaliação da capacidade funcional pode indicar o grau de dependência do idoso.

Evitar os Perigos e Manter a Integridade Física e Mental

No presente estudo, as quedas, bem como a ansiedade e o estresse relacionados com o receio de sofrer algum acidente, consistem os principais problemas em relação à necessidade de segurança dos idosos, tornando-os, dessa forma, muito dependentes dos cuidadores. Três dos idosos entrevistados sofreram quedas graves com conseqüente fratura e outros três já sofreram quedas mais leves, com escoriações, contusões e ferimentos diversos.

De acordo com Rodrigues e Mendes (2000), para viabilizar o bem-estar pessoal, o idoso precisa satisfazer as suas necessidades vitais. Segundo a Teoria de Maslow, existem cinco níveis de necessidades humanas básicas. Dentre os níveis, constam as seguintes necessidades: fisiológicas, de segurança, de amor, de auto-estima, de auto-realização. É obrigatória a ascensão de um nível para outro, com base na satisfação do idoso.

Quando há riscos, envolvendo a segurança do idoso, o estresse e a ansiedade se tornam presentes. Assim, é fundamental a avaliação da segurança no domicílio do idoso, para que se possa subsidiar um plano de cuidados a serem prestados.

A Equipe de Saúde deve realizar visitas domiciliares para avaliar as condições do ambiente, identificar situações de risco, alertar o idoso, o cuidador e a família e estabelecer um plano conjunto de medidas para prevenir acidentes.

Relação Afetiva e Sexualidade do Idoso

No que se refere à relação afetiva e sexualidade, cinco idosos viúvos, sendo três mulheres

e dois homens, demonstraram sentir falta do contato físico e afetivo que tinham com o cônjuge. Quatro idosos do sexo masculino vivem com a companheira e todos eles mantêm uma relação de dependência e segurança com as mesmas.

Segundo Gavião (2000), a sexualidade é um conceito amplo que engloba aspectos da afetividade e várias modalidades de relacionamento, o que está presente em todas as etapas do ciclo vital. Para o autor, durante o envelhecimento a função sexual sofrerá alterações paralelamente ao declínio de outras funções biológicas e mudanças emocionais próprias desta etapa da vida, porém essas alterações não comprometem a capacidade para o prazer sexual, desde que haja uma adaptação frente a essas alterações, com a manutenção da auto-estima e de uma vida afetiva gratificante.

Verificou-se, no estudo, que a necessidade de satisfação da sexualidade faz parte da vivência dos idosos. Aqueles, que perderam seus companheiros, falaram sobre a falta de convívio afetivo. Por outro lado, aqueles, que desfrutaram da companhia do sexo oposto, mesmo com a doença, salientaram a satisfação desta necessidade estar sendo atendida. A doença não impede de viver uma afetividade junto ao seu companheiro.

Muitas vezes, não conversamos sobre sexo com o idoso devido à ansiedade e preconceitos, no entanto, é importante que o profissional de saúde investigue e trabalhe com naturalidade essas questões com o idoso e, até mesmo, com a família.

Necessidades Espirituais

O resultado da pesquisa indicou muito interesse dos idosos em relação às necessidades espirituais, a maioria deles mantendo a fé e a religiosidade. Para Valente (2000), a finalidade da religião é o conforto moral e a preservação dos valores espirituais do ser humano, que

desmistifica a morte e revela a imortalidade da alma. A religião deve facilitar a investigação a respeito dos fundamentos da existência e destino do homem, a par da ciência, igualmente interessada em pesquisar o mundo, o homem e a vida.

Berger (1995) afirma que a prática de um culto ou adesão a uma ideologia permite manter a integridade psicológica e evitar a alienação cultural. Desse modo, é coerente que o profissional da saúde entenda e valorize as crenças dos sujeitos. A fé pode auxiliar no curso da terapêutica implementada, porque o indivíduo, através da fé, exercita o autocuidado. Ele cuida do seu interior e isso pode resultar em motivação para uma melhora do seu estado de saúde. É importante que a equipe incentive práticas espirituais em benefício do paciente idoso atendido no domicílio.

Necessidades de Aprendizagem

Alguns idosos demonstram uma atitude negativa em relação à aprendizagem, negando essa necessidade com a justificativa de que “[...] já estou tão velho, para que aprender [...]”. (DEPOIMENTO 1), enquanto outros demonstram interesse em se manter informados sobre os acontecimentos do cotidiano, através de jornais, revistas, rádio e televisão e, até mesmo, sobre seus problemas de saúde.

Durante o estudo, foram referidas queixas do tipo: “[...] estou muito esquecido, estou perdendo a memória [...]” (DEPOIMENTO 2), e esse entendimento faz com que ocorra um desinteresse em aprender e/ou se manter informado.

Moragas (1997) considera que a psicologia atual tem a perspectiva de um desenvolvimento integral de qualquer pessoa, aceitando que a aprendizagem pode ocorrer em qualquer idade, embora a velocidade de assimilação diminua com o envelhecimento.

De acordo com Ferrari (2000), os estudos, pesquisas e teorias sugerem orientações técni-

cas e estratégias para melhorar os problemas de memória. Segundo ele, é estimulando a memória que vamos reabilitar as capacidades intelectuais do idoso, diminuir a sua ansiedade e desabrochar novas atitudes em relação à retenção de informações e evocação das lembranças.

A realidade encontrada nos domicílios durante este estudo sugere atitudes diferentes do proposto pelo autor. Os cuidados ao idoso se restringem aos cuidados corporais e provimento de alimentos. A aprendizagem, na perspectiva apresentada, não é contemplada.

Recreação, Atividades Ocupacionais

Os idosos demonstraram interesse pela música, por programas de televisão (novelas e missas), o cuidado com animais de estimação, visitas de vizinhos e familiares, passeios no pátio. Durante o estudo, ficou evidenciada, como ponto mais significativo em relação à ocupação do tempo, a necessidade de falar e ser ouvido. Os idosos referiram que conversar com as visitas leva-os a se sentirem vivos. Constatou-se, na prática da visita domiciliar, que o simples fato da chegada de alguém no domicílio era fator favorável ao bem-estar do idoso. Até mesmo seu estado de saúde parecia melhorar com a visita do PSF, mesmo sem uma intervenção específica da equipe.

Diogo (1996) considera que as aptidões do idoso devem ser usadas para a realização de atividades agradáveis, que preencham seu tempo e contribuam para a melhoria de sua saúde física e mental. Para ela, o convívio social deve ser incentivado na terceira idade, como forma de prevenir o isolamento e a solidão. O que o estudo demonstrou não foi o isolamento social referido pela autora, mas sim o isolamento doméstico. Os idosos pouco saem do domicílio; o lazer e a recreação se resumem em assistir televisão e esperar uma visita.

De acordo com Ferrari (2000), o lazer e as ações constituem necessidades básicas de todo ser humano. É através da ação que o indivíduo pode criar, descobrir, aprender, ser, realizar e transformar seu meio e seu mundo, construindo, assim, a sua própria história. Por isso, é importante que os profissionais, que atuam no PSF, trabalhem essas questões junto aos idosos e seus familiares, motivando-os para o desenvolvimento de ações que visem à ocupação do tempo livre. É interessante manter o idoso ativo dentro de seus limites de autonomia e independência, favorecendo, dessa forma, uma melhor qualidade de vida.

Dinâmica Familiar e Suporte Comunitário

Neste estudo, observou-se que todos os cuidadores são familiares, que assumem essa função, para qual não estão preparados, e contam com pouco apoio de outros membros da família. Geralmente, os cuidadores são mulheres, que se dividem entre suas tarefas e o cuidado ao idoso, ficando, dessa forma, sobrecarregadas.

Na maioria das vezes, o auxílio dos outros familiares está restrito a algumas situações específicas e/ou suporte financeiro. Os idosos apresentam comportamento de dependência e se entregam totalmente aos cuidados, não só pela incapacidade funcional, mas por entenderem esta situação como natural nesta etapa da vida.

Na situação analisada, ficou evidente que as famílias, com idosos dependentes, contam com pouco suporte comunitário, que se restringe às visitas. Diante desses dados, é de fundamental importância o trabalho da Equipe de Saúde junto a essas famílias e à comunidade, no sentido de sensibilizá-las a criar estratégias conjuntas para oferecer uma atenção adequada e melhorar a qualidade de vida dessa população.

Percepções e Expectativas

Percepções

Perda de Autonomia

Os idosos demonstram insatisfação com a perda da autonomia, como podemos observar nos relatos a seguir:

“[...] estou preocupada com o dinheiro da aposentadoria, ninguém diz nada [...]” (DEPOIMENTO 3).

“[...] não sei a hora que tenho remédios para tomar [...]” (DEPOIMENTO 4).

“[...] o brabo é não poder andar para poder fazer alguma coisa, queria trabalhar de novo [...]” (DEPOIMENTO 5).

Percebe-se que a dependência física é generalizada para outras atividades, impedindo que o idoso tenha controle de sua vida e do seu ambiente. Sua liberdade de escolha e o direito à informação não são respeitados.

A família, no intuito de proteger o idoso, oferece um tratamento superprotetor, tomando todas as decisões por eles e tornando-os, dessa forma, cada vez mais dependentes. No entanto, a maioria desses idosos, mesmo na condição de maior dependência, mantém a capacidade de autonomia para a tomada de decisões e controle de seu ambiente, embora não exercite esta capacidade.

Mudanças na Vida do Idoso em Função da Doença

Nas entrevistas realizadas, os idosos demonstraram dificuldade de adaptação às mudanças enfrentadas devido à doença. Uma das ido-

sas referiu sentir muita saudade do lugar em que morava antes, com a impressão de ter mais pessoas para conversar e de que sua vida era melhor. De acordo com Moragas (1997), a adaptação implica ajuste a outras realidades, exigindo uma mudança de conduta individual, maior do que a acomodação. As mudanças acontecem na vida do idoso em função dos agravos no estado de saúde e das necessidades de cuidado. Muitas vezes, os idosos não são preparados para as situações de mudança.

Gavião (2000) refere-se ao fato de que a doença acentua sentimentos de fragilidade, de dependência e de insegurança. Diante da necessidade de o idoso ter um cuidador, em função de sua fragilidade, às vezes não existe outra alternativa senão submetê-lo a mudanças, como, por exemplo, mudar de uma cidade para viver com o filho que será seu cuidador, ou deixar de residir na zona rural e ir para a área urbana, pela maior facilidade de acesso aos serviços de saúde e/ou maior proximidade dos filhos. Segundo Moragas (1997), a adaptação do idoso pode ser facilitada com uma preparação antecipada para tal mudança, pois evita frustrações pessoais. Portanto, deve haver interesse da Equipe de Saúde da Família em orientar os familiares e ajudá-los a preparar o idoso para o enfrentamento desse problema.

Resignação

A realidade apontada nesse estudo demonstra que os idosos tendem a se resignar frente à dependência causada pela doença. Esse sentimento manifestou-se com as expressões:

“[...] vou levando a vida como Deus quer, entreguei tudo para Ele [...].” (DEPOIMENTO 6).

“[...] acho que estou regular, nem bem e nem mal, já acostumei com a doença [...].” (DEPOIMENTO 7).

O idoso acaba buscando consolo em Deus, o que pode ser preocupante, sob o ponto de vista de que essa conformidade faz com que ele não mobilize as energias necessárias para reagir e enfrentar suas limitações, em prejuízo do processo de recuperação e/ou manutenção de suas potencialidades no melhor nível de saúde possível. É preciso um esforço da equipe junto aos familiares e ao idoso no sentido de enfrentar a situação, motivando-os a viver.

Necessidade de Conversar

Nas entrevistas realizadas, ficou evidente a necessidade que os idosos têm de conversar. Observou-se que os cuidadores, na maioria das vezes, não dispõem de tempo para ouvi-los.

As referências, em relação a essa necessidade, foram colocadas por alguns cuidadores com as seguintes expressões:

“[...] ela não gosta de ficar só, tenho que deixar alguém para conversar [...].” (DEPOIMENTO 8).

“[...] gosta da visita da equipe de saúde para conversar [...].” (DEPOIMENTO 9).

“[...] está sempre esperando visitas [...].” (DEPOIMENTO 10).

Dessa forma, é importante que os cuidadores e/ou familiares compreendam essa necessidade e possam dar uma resposta em benefício de uma melhor qualidade de vida ao idoso. Novas estratégias precisam ser pensadas. A Equipe de Saúde da Família e os familiares precisam criar alternativas, reinventar o plano terapêutico, nem que, para tanto, seja necessário prescrever, em receituário, “a conversa” com o idoso, de forma a suprir esta importante necessidade.

Dependência

Os idosos em questão apresentam variados graus de incapacidade funcional, e, dessa forma, são dependentes de cuidados dos familiares. Eles encaram a dependência como algo muito ruim, e se expressam com frases como:

“[...] não posso fazer nada [...].” (DEPOIMENTO 11).

“[...] não posso fazer nem uma horta [...].” (DEPOIMENTO 12).

“[...] espero melhorar para poder fazer alguma coisa [...].” (DEPOIMENTO 13).

“[...] há tempos, virei um bebê e preciso de gente para me cuidar [...].” (DEPOIMENTO 14).

Observou-se que os idosos dispõem de tempo livre, mas não sabem como utilizá-lo. Segundo Ferrari (2000), o “fazer” responde pelo cotidiano das pessoas, incluindo as atividades da vida diária (comer, vestir, higiene corporal, locomoção e comunicação), bem como atividades da vida prática e/ou instrumentais, como trabalho e lazer. Para a autora, “compreender e cuidar do idoso requer nossa consciência e resposta terapêutica às atividades de ser e de fazer”. A Equipe de Saúde deve desenvolver e/ou melhorar a compreensão dessas questões por parte dos familiares e cuidadores.

A Velhice e suas Limitações

Durante uma das visitas, quando um idoso recebia informações sobre seus medicamentos, pediu para que explicássemos para seu cônjuge, pois, segundo ele, “não segura mais nada na cabeça.” (DEPOIMENTO 15). Outro idoso referiu: “[...] estou muito velho, não consigo fazer mais nada [...].” (DEPOIMENTO 16).

Os idosos assumem uma atitude de conformismo em relação às suas limitações que, na maioria dos casos em questão, são físicas, e se estendem à incapacidade para funções que não estão comprometidas. Por outro lado, os cuidadores não incentivam os idosos a realizarem as atividades básicas da vida diária com maior independência, bem como exercitarem as potencialidades ainda presentes.

Expectativas

Os idosos esperam superar suas incapacidades, principalmente pela angústia em relação à perda da autonomia e também pela necessidade de se ocuparem. Colocam a possibilidade de resolver seus problemas de saúde com a “ajuda de Deus”. Com essa expectativa, ficam “paralisados”, achando muito difícil o enfrentamento das suas limitações, o que agrava mais seus problemas de saúde, pois tendem a ficar desmotivados e deprimidos.

A equipe do PSF e o Idoso no Domicílio

A velhice está associada ao aparecimento de patologias que podem levar à incapacidade e dependência. Diante dessa realidade, a visita domiciliar surge como uma alternativa eficaz para o atendimento dessa população.

Os resultados da pesquisa confirmam a importância do atendimento domiciliar. Todos os idosos entrevistados são portadores de patologias incapacitantes, e fizeram as seguintes considerações em relação às visitas:

“[...] espero que continuem, porque não posso ir até o posto [...].” (DEPOIMENTO 17).

“[...] para ir ao posto é difícil, só de táxi [...].” (DEPOIMENTO 18).

“[...] assim é melhor, tudo em casa [...].” (DEPOIMENTO 19).

“[...] melhor que isso, é luxo [...].” (DEPOIMENTO 20).

Tais expressões demonstraram que, para alguns idosos, a visita domiciliar é um privilégio. Para os profissionais da equipe do PSF, é mais um desafio a ser enfrentado. Tanto os idosos quanto seus cuidadores necessitam da atenção, não como um privilégio, mas como um direito. Para nós, profissionais do PSF, é um dever transformar a visita domiciliar em canais de aprendizagem, facilitadores da construção da cidadania do idoso no contexto da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostra-nos os idosos em situação de dependência, necessitando auxílio de cuidadores, sendo que, em todos os casos, aos familiares, cabe essa incumbência. Em relação às necessidades, o estudo demonstrou que os idosos enfrentam dificuldade em ocupar seu tempo livre e não têm a compreensão do que significa o fazer. Muitas vezes, as necessidades dos idosos estão relacionadas à falta de preparo dos cuidadores.

Nesse contexto, torna-se evidente a necessidade de a Equipe de Saúde capacitar os cuidadores. O entendimento das necessidades especiais dessa etapa da vida facilita o planejamento conjunto de ações, por parte da equipe e familiares, para que seja proporcionado o suporte físico, afetivo e espiritual que o idoso necessita para viver com mais dignidade. A capacitação dos cuidadores deve contemplar, inicialmente, ações que não demandem custo significativo para o Programa, como a sensibilização da família para um maior envolvimento,

bem como o esclarecimento sobre as questões que acompanham o envelhecimento e a formação de grupos de auto-ajuda.

Além disso, diante do envelhecimento populacional, é importante que a sociedade como um todo colabore com o ajuste social dessa população com programas sociais e de saúde que atendam às necessidades dos idosos, tanto no processo de envelhecimento natural, como na velhice associada a doenças e limitações. Nesse sentido, a estratégia do PSF tem o potencial de contribuir para o envelhecer saudável dos usuários por eles assistidos. Aos profissionais das equipes do PSF, cabe a responsabilidade e o comprometimento com ações que qualifiquem o viver das pessoas e promovam um envelhecimento digno e bem sucedido.

REFERÊNCIAS

- BERGER, L.; MAILLOUX-POIRRIER, D. **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995.
- DIOGO, M. J. D. Avaliação global do idoso. In: DUARTE, Y. A. O. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 145-170.
- DUARTE, Y. A. O. O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem: IDS-USP-MS**. Brasília, DF, 2001. p. 185.
- FERRARI, M. A. C. Ocupando o tempo livre. In: DUARTE, Y. A. O. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 461-465.
- GAVIÃO, A. C. D. Sexualidade do idoso e o cuidado no domicílio. In: DUARTE, Y. A. O. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 365-371.
- GAVIÃO, A. C. D. Aspectos psicológicos e contexto domiciliar. In: DUARTE, Y. A. O. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.177.
- JACOB FILHO, W.; HOJAJI, N. M. Avaliação clínica do idoso. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de condutas médicas**. Brasília, DF, 2002. p.380-382.

- MARUCCI, M. F. N. Alimentação e hidratação: cuidados específicos e sua relação com o contexto familiar. In: DUARTE, Y. A. O. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 224.
- MINAYO, M. C. S. O. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Paulinas, 1997.
- MORAGAS, R. M. **Gerontologia social**: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas, 1997.
- RODRIGUES, R. A.; MENDES, M. M. Prevenindo acidentes domiciliares. In: DUARTE Y. A. O. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 439-444.
- VALENTE, M. A. Espiritualidade: sua importância domiciliar. In: DUARTE, Y. A. O. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 500.