

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ISABELLA DUPIN

**O PAPEL DO CUIDADOR NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMICILIARES
COM IDOSOS**

**ITAMBACURI / MINAS GERAIS
2010**

ISABELLA DUPIN

**O PAPEL DO CUIDADOR NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMICILIARES
COM IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Dra Lenice de Castro Mendes Villela

ITAMBACURI / MINAS GERAIS

2010

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sustentação nos momentos de dificuldade e pela vida.

Aos meus familiares, que são os alicerces firmes, apoiando-me incondicionalmente.

À minha orientadora, que foi de fundamental importância na elaboração deste trabalho.

RESUMO

O processo de envelhecimento acarreta muitas mudanças nos aspectos físicos, psicológicos e sociais da população. Com isso o indivíduo sofre perdas inesperadas ao longo do tempo, fazendo-se necessárias intervenções de profissionais qualificados ao cuidado com a saúde. Muitas vezes o direito a uma vida com qualidade e dignidade é negado aos idosos e aos seus cuidadores e familiares. Acredita-se que somente será possível cuidar do idoso/família unindo pesquisa e educação. Trata-se de um estudo de pesquisa bibliográfica embasada no perfil do cuidador de idosos, voltada para a qualidade de vida dos idosos e para a importância dos cuidadores na identificação e resolutividade e na prevenção dos acidentes domiciliares em idosos. A pesquisa poderá proporcionar e fundamentar reflexões no sentido de compartilhar o conhecimento para a melhoria do processo de cuidar.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Idoso. Serviços de saúde para idosos. idosos. Cuidadores. Prevenção de acidentes.

ABSTRACT

The aging process brings about many changes in the physical, psychological and social aspects of population. Thus the individual suffers unexpected losses over time, making necessary the intervention of skilled professionals at health care. Often the right to a life with quality and dignity is denied to the elderly and their caregivers and families. It is believed that only you can care for the elderly / families uniting research and education. This paper is a bibliographic research study grounded in the profile of caregivers for the elderly, focused on quality of life for seniors and the importance of caregivers in identifying and solving in the prevention of household accidents in the elderly. The research could provide support and reflection in order to share knowledge for the improvement of care process.

Keywords: Health of the elderly. Aged. Health services for the aged.. Caregivers. Accident prevention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GERAL	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3 METODOLOGIA	9
4 O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO	10
4.1 Patologias que acometem o idoso	15
4.1.1. Depressão	15
4.1.2. Osteoporose	15
4.1.3. Doença de Alzheimer	16
4.1.4. Hipertensão arterial	17
5 O CUIDADOR DO IDOSO	18
5.1. Adaptações domiciliares para a prevenção de acidentes com idosos...	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

Embora seja ainda um país ainda jovem, o Brasil apresenta uma transição demográfica que sinaliza rápida mudança em termos de aumento vertiginoso do estrato idoso, representado no ano de 2000 por 8,6% do total da população. No entanto, em 2007 esse percentual aumenta para 10% da população (FIBGE, 2007).

O censo brasileiro, em 2007 informou que, dos 180,5 milhões de brasileiros, 14,5 milhões têm 60 anos ou mais, sendo que projeções apontam um crescimento desse grupo populacional para 18 milhões até 2012 e 25 milhões até 2025 (FIBGE, 2007). Aumento esse que representa, do ponto de vista da adoção de políticas públicas e sociais, medidas para a prevenção e promoção à saúde dessa população, que podem ser de difícil alcance se for considerada as peculiaridades emergentes, caso não sejam contempladas com antecipação.

Os idosos usualmente são cuidados pela família e pela comunidade, sendo o domicílio o espaço sociocultural natural. O cuidado normalmente incide em um de seus membros, e é denominado cuidador principal aquele que é responsável pelos cuidados direto do idoso. Outros membros da família podem auxiliar em atividades complementares e por isso são denominados de cuidadores secundários.

O presente estudo pretende refletir o papel do cuidador na atenção ao idoso e na prevenção de acidentes domiciliares. Ao mesmo tempo descreve o processo do envelhecimento, no âmbito fisiológico e social, a apresentação de algumas principais patologias que acometem esse grupo populacional, além de discutir os fatores de risco favoráveis a acidentes domiciliares envolvendo idosos. A seguir descreve a importância do cuidador, a luz dos referenciais teóricos, para a prevenção dos acidentes domiciliares visando a qualidade de vida dos idosos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Sistematizar o conhecimento sobre o processo de envelhecimento e a importância dos cuidadores no sentido de subsidiar ações para a prevenção e promoção à saúde para a qualidade de vida dos idosos.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o processo do envelhecimento, dentro do aspecto fisiológico e social do idoso.
- Discutir os fatores de risco favoráveis a acidentes domiciliares envolvendo idosos.
- Identificar o papel do cuidador de idosos a luz dos referenciais teóricos para a prevenção dos acidentes domiciliares.

3 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica que apresenta, por meio de uma revisão de literatura, o processo de envelhecimento e uma análise do papel dos cuidadores de idosos, na prevenção de acidentes domiciliares. Foram utilizados artigos de fonte de bibliográficas e do Lilacs, SciELO com os seguintes descritores: Saúde do Idoso. Idoso. Serviços de saúde para idosos. Cuidadores. Prevenção de acidentes.

Utilizaram-se também livros relacionados aos temas. Após a seleção do referencial teórico apropriado à investigação proposta, realizou-se a leitura crítico-analítica e seleção do material e agrupamento por descritores. Finalmente, os conteúdos da revisão bibliográfica foram sistematizados para construir este estudo a fim de demonstrar uma reflexão sobre o processo de envelhecimento e educação para a saúde do idoso.

Como este tipo de pesquisa não coloca em risco seres humanos, o trabalho não foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

4 O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento acarreta muitas mudanças nos aspectos físicos, psicológicos e sociais da população. No envelhecimento biológico normal as alterações associadas à idade, às reservas funcionais do organismo, a velocidade e a extensão dos efeitos desse declínio varia de um indivíduo para outro, independente dos seus hábitos de vida. No envelhecimento acompanhado de problemas patológicos, os indivíduos sofrem perdas inesperadas, muitas vezes, tornam dependentes de medicamentos e cuidados especializados para sua manutenção e funcionalidade orgânica. Desta forma, necessitam de cuidados, assistência e intervenções de profissionais qualificados para amenizar os danos adversos de seu sistema orgânico (PICKLES et al, 2000).

Segundo Guccione (2002), os músculos esqueléticos ao se contraírem desempenham quatro das mais importantes funções: movimento, postura, estabilidade articular e produção de calor. Cada fibra muscular esquelética é uma célula muscular composta de organelas musculares típicas, repletas de miofibrilas compostas por filamentos de actina e miosina, consideradas as principais proteínas produtoras de força no músculo esquelético. A contração do músculo esquelético é o resultado de uma serie complexa de eventos, baseados em reações químicas e reações mecânicas, ao nível da fibra muscular individual.

Para Pickles et al (2000), a diminuição da velocidade de contração muscular pode ser definida à menor contribuição das fibras musculares do tipo II, fibras de contração rápida, à contração em abalo, juntamente com a modificação dos mecanismos reguladores do metabolismo do cálcio, nas pessoas de idade avançada. A fragilidade do aparelho locomotor do idoso é devida à perda de células que são capazes de funcionar normalmente, à medida que passa o tempo.

Os músculos esqueléticos passam por várias adaptações estruturais e funcionais importantes em resposta à inatividade física, assim como em resposta à doença, ao estado nutricional e à obesidade. Esses efeitos devem ser considerados quando se examinam aqueles independentes do envelhecimento, sobre a estrutura e a função da musculatura (GUCCIONE, 2002).

Segundo Carvalho e Netto (2006), os indivíduos na faixa etária entre os 20 e 30 anos encontram-se no auge da massa óssea. Com o decorrer da idade, após alguns anos, há um declínio progressivo desta massa óssea, de relativamente 0,3%

ao ano em homens e 1% ao ano em mulheres, e nestas após a menopausa, com um aumento do risco de fraturas. Além da idade, a perda da massa óssea advém também de outros fatores como: redução do número de osteoblastos, menor resposta celular aos estímulos ou diminuição da atividade.

Para Rebelatto e Morelli (2007), o tecido ósseo é um sistema em constante remodelação, composto por dois tipos de células importantes nesse processo, os osteoblastos responsáveis pela formação óssea e os osteoclastos que atuam na reabsorção dos mesmos.

Segundo Guccione (2002), a forma e a densidade óssea são mantidas ao longo da vida por um equilíbrio entre os mecanismos mecânicos e fisiológicos. À medida que um indivíduo envelhece e torna-se menos ativo, geralmente ocorre perda da massa óssea em relação ao volume. Se o tecido ósseo torna-se excessivamente frágil e sujeito as fraturas, a condição pode ser classificada como osteoporose, típica.

As alterações sensoriais decorrentes do envelhecimento ocorrem de forma individualizada, gradualmente e são consideradas normais e irreversíveis, sendo capazes de comprometer a independência dos idosos, privando-os dos indícios sensoriais necessários para manter a capacidade de funcionamento no ambiente cotidiano (GUCCIONE, 2002).

Em relação ao sistema neurológico, Rebelatto e Morelli (2007) explicam que assim como os demais sistemas, ocorrem mudanças com o avançar da idade dos indivíduos. O processo de envelhecimento desencadeia uma significativa diminuição do peso e do volume cerebral, ocorrendo atrofia cerebral e, em contrapartida aumento dos ventrículos encefálicos. Segundo os autores supracitados, essa perda de peso e volume concentra-se nos lobos frontais e temporais e, em especial, no complexo amígdala-hipocampal do lobo temporal, ocorre devido à sua importância no aprendizado e na memória. Também, há uma contínua perda no córtex dos giros pré-centrais, correspondentes à área motora primária, giros temporais e córtex cerebelar. Tais alterações no sistema nervoso podem ser causadas por morte celular, atrofia neuronal ou perda de substância branca. De acordo com os estudos sobre a atrofia neuronal, pode-se dizer que o número total de neurônios não é afetado com o envelhecimento. Deste modo, o processo de envelhecimento não altera a estrutura da rede neuronal, mas a capacidade do neurônio de funcionar normalmente.

Cabrera (2004) cita que os transtornos mentais são bastante influenciados pelo envelhecimento, com destaque para as demências cuja prevalência aumenta em duas vezes a cada cinco anos, a partir dos 60 até 94 anos. Em consequência, há um declínio cognitivo persistente, que independente de alterações do nível de consciência interfere nas atividades sociais e profissionais do indivíduo.

Em relação à integridade sensorial nos indivíduos da terceira idade é normalmente diminuída com o envelhecimento, devido a fatores relacionados ao próprio processo de degeneração ocorrido nos sistemas orgânicos do idoso. O processo de envelhecimento acompanha-se de diminuição funcional dos diversos sistemas sensoriais.

Conforme Pickles et al (2000), uma das mais freqüentes alterações é a diminuição da acuidade visual que modifica a movimentação do idoso como: a diminuição da discriminação espacial, a limitação do olhar para cima e a redução da capacidade de acompanhar objetos com o olhar. O acompanhamento contínuo da função visual é essencial para o idoso que tem dificuldades em lidar com o ambiente. De acordo com os autores supra citados, outro tipo de alteração muito conhecido da velhice é a diminuição da audição, que se manifesta posteriormente às alterações da visão, que podem causar problemas de comunicação, dificultando a interação social e facilitando o possível aparecimento de outras patologias relacionadas com o isolamento, como a depressão. Algumas mudanças na quantidade e estrutura das terminações nervosas especializadas da cútis são apresentadas nas pessoas idosas tornando-as menos sensíveis à vibração, à pressão tátil, à dor e a temperatura cutânea.

Aparecem também mudanças morfológicas nos órgãos vestibulares que contribuem para diminuir a capacidade de orientar-se no espaço e que afeta o aparelho olfativo e os receptores gustativos, resultar na diminuição do apetite e nutrição inadequada (GUCCIONE, 2002).

Os diversos aspectos da função circulatória se modificam com o avançar da idade resultando na redução da capacidade de reserva funcional do aparelho cardiovascular. Para atender a demanda do metabolismo básico do organismo o coração bombeia cerca de 5 litros de sangue por minuto, sendo esse trabalho dificultado à medida que a pessoa envelhece. Considerando que o metabolismo básico é reduzido ao longo dos anos de vida, em consequência há uma diminuição de tecido metabolicamente ativo, da velocidade efetiva do processo de consumo de

energia pelas atividades subcelulares, como as bombas de sódio/ potássio (PICKLES et al. 2000).

Para Carvalho e Papaléo Netto (2006) o coração do idoso é bastante afetado, sendo diferente dos outros órgãos, em que o miocárdio sofre aumento do tamanho e da espessura da parede do ventrículo esquerdo, que pode ser devido ao aumento de volume das câmaras cardíacas. No nó sinoatrial observa-se a infiltração de células adiposas, o aumento das fibras colágenas e elásticas e a diminuição das células musculares. As valvas cardíacas podem apresentar as placas arterioscleróticas e as cordas tendíneas se espessam. As fibras tornam-se fibrosas, sendo frequente a presença de calcificação.

Para Pickles (2000), os batimentos cardíacos são um dos sinais mais poderosos para serem analisados, sempre. Muita atenção tem sido dedicada aos diversos aspectos da função circulatória que se modificam com a idade.

Segundo Guccione (2002) as alterações estruturais do envelhecimento envolvem o miocárdio, o sistema de condução cardíaco e o endocárdio. Havendo uma degeneração progressiva das estruturas cardíacas com o envelhecimento, inclusive perda da elasticidade, alterações fibróticas nas valvas do coração e infiltração amilóide.

As alterações causadas pelo processo de envelhecimento no sistema respiratório compreendem modificações nas estruturas responsáveis pela respiração como o nariz, as cartilagens costais, as articulações costoesternais e, até mesmo, alterações no principal componente desse sistema, o pulmão (REBELATTO; MORELLI, 2007).

Em decorrência do processo de envelhecimento, conforme Carvalho e Netto (2006) ocorrem alterações estruturais e funcionais do sistema respiratório, que são fatores fundamentais para aumento da incidência e gravidade das afecções pulmonares, pela possibilidade de hipóxia e pela redução do consumo de oxigênio na pessoa idosa.

Observam-se Brito e Neto (2001) o envelhecimento associado às alterações estruturais do sistema respiratório há a diminuição da elasticidade, decorrente das modificações dos sistemas colágeno e elástico, e atrofia dos músculos acessórios da respiração que limitam a capacidade de expansão da caixa torácica. Tais alterações contribuem para a diminuição da capacidade vital, que é o somatório dos volumes de reservas inspiratórios, volumes de reservas expiratórios e volume corrente, o que

acarreta na diminuição da ventilação e conseqüentemente da relação ventilação/perfusão, que resulta na redução progressiva da pressão parcial de oxigênio arterial, sem modificação da pressão parcial do oxigênio alveolar.

Para Brito e Netto (2001) a diminuição da reserva funcional decorrente do processo de envelhecimento, a diminuição da capacidade de defesa contra os processos infecciosos é uma das principais conseqüências dessas alterações funcionais. Como por exemplo, a tosse, que é indubitavelmente um importante mecanismo de defesa, menos vigorosa em pessoas idosas, tornando difícil a limpeza dos brônquios durante a vigência das infecções.

Em relação ao impacto social do processo de envelhecimento populacional tem sido discutido e acompanhado por medidas, destinadas a proteger os idosos, como cidadãos cada vez mais presentes nas sociedades mundiais.

No aspecto legislativo, os idosos foram mencionados em alguns artigos, decretos-leis, leis, portarias, entre outras. Porém, a primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas (ONU), pode ser citada como o marco mundial que iniciou as discussões direcionadas aos idosos. Este fórum ocorreu em Viena - Áustria, no período de 26 de julho a 6 de agosto de 1982, com representação de 124 países de todo o mundo, incluindo o Brasil, quando foi estabelecido um Plano de Ação para o Envelhecimento (BRASIL, 2006a)

4.1 Patologias que acometem o idoso

4.1.1. Depressão

A depressão é a principal doença mental das pessoas idosas, não só por sua grande frequência, mas também pelas implicações que acarreta sobre todo o organismo. É ainda uma doença que, além de ocasionar repercussões sociais e individuais, afeta o convívio social, impossibilitando uma rotina de vida satisfatória, apresentando, desta forma, risco inerente de morbidade e cronicidade (TIER, LUNARDI, SANTOS, 2008).

Para os autores acima citados alguns fatores podem ser considerados predisponentes ou desencadeadores de quadros depressivos na pessoa idosa institucionalizada, tais como: fatores genéticos, neurobiológicos, psicossociais, alterações psicológicas, sociais, econômicas que poderão ou não está associados ao processo de envelhecimento. Reações à perda de um parente exercem importante papel como fator desencadeante de quadros depressivos em pessoas idosas. Outros elementos como diminuição do suporte social, isolamento social, insatisfação com o suporte proporcionado por familiares, diminuição da saúde física, do nível de atividade, da independência, grande incidência de doenças, prática de polifarmácia, presença de dor crônica, entre outros, podem contribuir para o aumento de risco de desenvolvimento de depressão nos idosos.

Segundo Carvalho e Netto (2006) embora os fatores biopsicossocial, possam estar contribuindo para a diminuição do humor na terceira idade, eles podem gerar confusão a respeito das características clínicas da depressão nessa idade.

4.1.2. Osteoporose

Essa patologia é considerada um grave problema de saúde pública e saúde coletiva, sendo uma das mais importantes doenças relacionadas ao envelhecimento. A Fundação Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE) em 2007, relatou que de 8 a 10 milhões de brasileiros com mais de 60 anos tenham osteoporose. Maiores vítimas da enfermidade são as mulheres que têm um risco quatro vezes maior de desenvolvê-la principalmente em função da diminuição dos hormônios sexuais

femininos. Os homens, porém não estão livres, e um em cada oito homens com mais de 50 anos terá pelo menos uma fratura causada pela osteoporose ao longo da vida.

Para Rebelatto e Morelli (2007) a osteoporose é um distúrbio caracterizado por uma redução da massa óssea total por uma alteração na estrutura óssea, a qual aumenta a susceptibilidade à fratura. A osteoporose é assintomática, lenta e progressiva.

Conforme Carvalho e Netto (2006) os prováveis fatores que desencadeiam a doença são: mulher ser branca, não obesa com estrutura de pequeno porte, baixa massa óssea, menopausa precoce, envelhecimento, ter história familiar da doença. As mulheres afro-americanas apresentam um número maior de massas ósseas, sendo menos susceptíveis à osteoporose. Os homens, por apresentarem um pico de massa óssea elevada e poucas alterações hormonais, a doença ocorre com velocidade menor e em uma idade mais avançada.

4.1.3. Doença de Alzheimer

A Associação Brasileira de Alzheimer, em 2009, relatou em seu site que a doença de Alzheimer está entre as doenças de grande incidência na população idosa, identificada em 50 a 60% dos casos de demência do indivíduo idoso. Esta doença causa um impacto na família do idoso não somente devido ao diagnóstico propriamente dito, mas as dificuldades que os familiares e seus cuidadores encontram em lidar com as inúmeras mudanças que gradativamente vão se instalando no indivíduo. Caracteriza-se por uma deterioração crônica e progressiva das funções mentais, provocando um declínio na memória e nas funções intelectuais, alterações do humor e da linguagem, além de outros sinais e sintomas que vão surgindo lentamente (ABA, 2010).

Para Carvalho e Netto (2006) a doença provoca a deficiência cognitiva, principalmente à memória, estando ligada diretamente com a idade e é comum afetar depois dos 50 anos de idade. Ainda não foi encontrada a cura, mas existem várias formas de tratamento que ameniza os sintomas da Doença de Alzheimer.

Segundo os dados do FIBGE (2007), a doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência no mundo todo. Atualmente estima-se que no mundo há cerca de 17 e 25 milhões de pessoas com a doença de Alzheimer, que representa 70%

das doenças que afetam a população geriátrica. Sendo assim, é a terceira causa de morte, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares e para o câncer.

4.1.4. Hipertensão Arterial

Segunda a Sociedade Brasileira de Hipertensão, em 2004, a hipertensão é o fator principal ou coadjuvante em mais de 200.000 mortes ao ano no mundo todo. A mesma hipertensão precedem em 75%, todos os casos de insuficiência cardíaca, que é a causa mais comum de hospitalização nos pacientes acima de 65 anos (BRASIL, 2006b).

Segundo Rebelatto e Morelli (2007) a hipertensão arterial é um dos principais fatores associados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como arteriosclerose coronariana e a insuficiência cardíaca. É uma doença crônica e degenerativa e para grande maioria dos casos de hipertensão não é possível identificar uma causa, e, portanto, o tratamento tem como objetivo o controle da pressão arterial. Como não há cura, se faz necessário um acompanhamento periódico dos idosos, estimulando atividade física e controlando a pressão arterial.

Situações como a hipertensão arterial em idosos merecem atenção especial, pelo fato de terem vários fatores que contribuem para esse agravo tais como: a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, etilismo, distúrbios da tireóide, ingestão excessiva de sal e outros.

5 O CUIDADO AO IDOSO

Para Alvarez e Gonçalves (2001) em praticamente todos os países, ao longo da história, o cuidado do idoso é exercido por mulheres. No Brasil, as cuidadoras são mulheres inseridas na família, principalmente as esposas, as filhas e as netas. Tal fato pode ser explicado pela tradição de no passado recente as mulheres não desempenhavam funções fora de casa, justificando sua maior disponibilidade para o cuidado da família.

Contudo, essa realidade vem sendo modificada, conforme Vandervoort (2000) em função da inserção social da mulher participando progressivamente no mercado de trabalho. Os estudos apontam que, geralmente, as cuidadoras que residem com o idoso, são casadas e, por isso, somam às suas atividades de cuidar as atividades domésticas próprias de mãe, esposa e avó, gerando um acúmulo de trabalho em casa e uma sobrecarga nos diversos domínios de sua vida como: social, física, emocional, espiritual, enfim, contribuindo para o autodescuido da própria saúde.

Nessa perspectiva, cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. A família é o porto seguro, onde todos se refugiam quando precisam de ajuda e proteção e neste caso, especialmente os idosos. Sendo um ponto de referência em todas as situações, a família corresponde às questões como o bem-estar e a segurança, ela é o espaço onde se encontra a intimidade e o segredo e dificilmente compartilhado ou exposto ao olhar externo.

A vulnerabilidade social do idoso, conforme Paz, Santos e Eidt (2006), decorre da diversidade de circunstâncias enfrentadas no cotidiano pela população envelhecida. Tais circunstâncias referem-se aos aspectos relacionados a questões culturais, sociais, econômicas, de saúde, entre outros. Por sua vez, quando a pessoa idosa está em situação conjugal de viuvez, essa condição é diferente entre os sexos. A mulher tem a tendência de permanecer só, enquanto o homem geralmente se casa novamente.

No Brasil, a baixa remuneração do valor das aposentadorias constitui uma vulnerabilidade social, pois expõe não apenas a pessoa idosa, mas todo o grupo familiar que sobrevive com esse recurso, o que dificulta as condições sociais adequadas para o alcance da qualidade de vida.

Para Rodrigues (2001) a população idosa brasileira não é dependente dos seus filhos. A aposentadoria do idoso brasileiro está situada nos valores entre um salário mínimo a três salários mensais, o que permite aos idosos desfrutarem melhores condições de vida e saúde, que se for comparada com a condição de vida que os adultos jovens de hoje em dia estão passando, seja por uma crise de desemprego, falta de oportunidades e violência urbana e outros.

Conforme Goldani (1999) o aspecto da longevidade implica em quatro gerações, que configuram intergeracional de duas famílias geriátricas, quando filhos de 62 anos se encontram mobilizados por seus pais de 85 anos. Segundo o autor, a diminuição de recursos de Estado do sistema de proteção social de emprego, o envelhecimento da população brasileira tem sido visto como uma sobrecarga para as famílias, o que é reforçado pela queda da fecundidade, menos filhos para cuidarem dos idosos, e pela participação das mulheres no mercado de trabalho.

Saad (1999) refere-se que nos países desenvolvidos as funções familiares foram gradativamente sendo substituídas pelo setor público, reduzindo o papel central da família como suporte básico dos idosos. Esta situação não ocorre na maioria dos países menos desenvolvidos. No Brasil, a família, em especial os filhos adultos, ainda continua representando fonte primordial de assistência a uma parcela significativa da população idosa.

Para Saad, (1999), o suporte familiar está relacionado ao tamanho da prole, pois quanto maior o número de filhos vivos, maior será a chance dos pais serem assistidos e terem apoio. Quanto menor o número de filhos, menor a probabilidade de que os pais venham a ser assistido por eles e maior a carga por filho de assistência aos pais, em uma sociedade cada vez menos solidária. Conforme Peixoto, (2004) e Saad (1999), o apoio entre os idosos e a família pode ser uma via de mão dupla, os filhos oferecem ajuda aos pais e os pais ajudam os filhos.

Goldani (1999), em estudos recentes sobre suporte familiar e social entre os idosos mostram de um modo geral, os cuidados aos mais velhos são prestados por uma rede informal de apoio que pode ser suas famílias, cônjuges, filhos, parentes e na falta destes, por sua vez, os amigos e vizinhos.

O Ministério do Trabalho e Emprego reconhece a ocupação de cuidador como profissão desde 2001, considerada relevante para um país como o Brasil, que tem 15 milhões de pessoas idosas, com estimativa de 31,8 milhões em 2025 (BRASIL, 2008).

De acordo com Menezes (1994), o cuidador de idosos é o profissional que trabalha com a população da terceira idade, fazendo o elo entre o idoso e a família, e aos serviços de saúde e aos poderes públicos constituídos, aos grupos de convivência e lazer e a comunidade em geral.

Conforme Boff (2002), o cuidar de si representa a essência do ser humano, que reside no cuidado. O trabalho de cuidador envolve e se desenvolve em vários processos, principalmente a descoberta mútua ou potencialidade entre ele e o idoso que serão descobertos ou compartilhados nesta relação. É uma relação íntima e humana de muita aprendizagem.

Para Karsch (2006) a atividade do cuidar de um familiar idoso doente e dependente no domicílio ocorre no espaço, onde parte significativa da vida é vivida, no qual o conhecimento e a memória de fatos e de relações íntimas são importantes para a assistência ao idoso. Neste contexto é importante a responsabilidade da família como um sentimento natural e subjetivo ligado a um compromisso que foi sendo construído ao longo da convivência familiar.

Karsch (2006) refere-se que as cuidadoras esposas, assumem o ato de cuidar, a partir do compromisso assumido e selado desde o momento do matrimônio. Este sentimento associa-se a valores como responsabilidade e obrigação e o dever como um sentimento natural e subjetivo.

De acordo Menezes (1994), o cuidador principal assume tarefas do cuidado atendendo às necessidades básicas do idoso e responsabilizando-se por elas. O cuidado recíproco entre os casais é tido como uma etapa normal e esperada no processo de envelhecimento. Muitas vezes o cuidador de um idoso doente e dependente é outro idoso, que também pode ter restrições em sua saúde, porém encontra-se em melhores condições, o que os possibilita cuidar. Ser cuidador de um idoso doente e dependente seja ele parcial ou total, no âmbito doméstico, é uma atividade que preenche o dia, e às vezes, à noite, pois o cotidiano é o espaço do imediato em que os indivíduos desenvolvem suas atividades através do saber prático.

O envelhecimento traz várias alterações anatômicas e fisiológicas, e estas alterações tornam o paciente idoso mais frágil, portanto mais propenso a sofrer quedas. Segundo a FIBGE (2007), no Brasil, 30% das pessoas na faixa etária de 65 anos ou mais caem a cada ano. Dos que moram em asilos e casas de repouso, cerca de 50% apresentam quedas a cada ano. O risco de cair é aumentado em

idosos institucionalizados e podem ser justificados pelos distúrbios da marcha e do equilíbrio, da fraqueza e confusão mental. Quanto ao sexo, as mulheres caem mais do que os homens até os 75 anos de idade, a partir daí, a frequência torna-se semelhante em ambos.

Segundo Simpson (2000), a fraqueza muscular contribui para aumentar o risco de queda. As quedas podem ser raras em pessoas idosas que se encontram em boa forma, assim como nos indivíduos confinados ao leito. Desta forma, conclui-se que o principal indicador de risco de queda são as dificuldades com o equilíbrio e com a mobilidade. Segundo Colby (1991), a fraqueza muscular de membros inferiores é um dos principais fatores que ocasionam uma queda, pela diminuição da velocidade de contração e da capacidade de resistir a uma ameaça ao equilíbrio do paciente idoso. Por outro lado, Trombly e Radomski (2005) suspeitam que a falta de competência postural, embora sendo um fator de risco necessário para a ocorrência de quedas, não é por si só suficiente, e que os fatores sociais, comportamentais e ambientais são capazes de modificar o risco que decorre da incompetência postural.

Para Yeda e Diogo (2005), as quedas nos idosos possuem uma natureza multifatorial, de forma que não se deve atribuir uma queda a apenas uma causa, e sim a diversos fatores que podem ou não ocorrer de forma associada. Estes fatores podem ser divididos em intrínsecos, relacionados com o indivíduo, e extrínsecos, relacionados com o ambiente. As causas intrínsecas incluem alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, doenças, fatores psicológicos e medicamentos que acarretam risco de queda para os idosos. As causas extrínsecas incluem perigos ambientais, e áreas pouco iluminadas.

A queda é um acontecimento que, por trazer graves consequências físicas e psicológicas ao indivíduo idoso, merece uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, dos chefes de governo, dos cuidadores e dos setores educacionais.

Os programas educacionais e de tratamento devem inspirar sentimentos de auto-eficácia no paciente da terceira idade e restabelecer sua confiança na própria capacidade para dar conta da situação. Mas também é preciso diminuir o receio de queda e o medo de não conseguir levantar-se; desta forma, pode-se aumentar a segurança durante a marcha e reduzir o risco de queda (VANDERVOORT, 2000).

5.1 Adaptações domiciliares para a prevenção de acidentes com idosos

Frente ao envelhecimento da população a atenção domiciliar surge como uma nova alternativa, que beneficia especialmente aos idosos e ou incapacitados crônicos. A manutenção da capacidade funcional do paciente, não é uma tarefa singular, exige uma pluridade de profissionais integrados, para a elaboração de um plano com metas que considere a situação de saúde do idoso e suas capacidades e limites funcionais.

Este ambiente conhecido impregnado de histórias pode, no entanto, ter problemas em sua manutenção e ou oferecer barreiras arquitetônicas, que limitem ou impossibilitem a mobilidade do idoso, além de expô-lo a situação de risco, agravando ou desencadeando processos patológicos.

De acordo com Trombly, Radomski (2005) o contexto ambiental e suas variáveis devem ser um dos pilares de sustentação dos programas de atenção à saúde do idoso. Todavia cuidados devem ser tomados para que esta atenção não favoreça uma situação de confinamento ou "asilamento domiciliário". O ambiente domiciliar é construído do longo de toda a vida levando-se em conta as expectativas pessoais, normas sociais e culturais, padrões estéticos, funcionalidade e condições econômicas.

Segundo Rebelatto e Morelli (2005), os idosos podem tomar outras providências para contribuir na sua qualidade de vida, como por exemplo: usar óculos e lupas para realizar as leituras, ou cuidar da iluminação para a realização das mesmas. Relacionado à audição, usar aparelhos para surdez, fones de ouvido, avisar as pessoas que não ouve bem, assim evitando transtornos. Em relação ao paladar e olfato, temperar mais a comida e tomar um pouco de líquido nas refeições, para ajudar a deglutição, consultar um dentista sobre a diminuição do fluxo da saliva, ter sempre às mãos balas ou pastilhas de menta sem açúcar, cuidar dos odores produzidos pelo próprio corpo para evitar constrangimentos ou afastamento das pessoas.

Devem adotar utensílios mais pesados e mais fáceis de manejar, acompanhar a numeração das páginas dos jornais e de outras publicações, para evitar pular páginas por causa das dificuldades táteis.

Quanto à questão do equilíbrio deve-se andar mais devagar, usar bengala, calçar sapatos confortáveis de solado mais grosso e com sola antiderrapante, evitar

chinelos (com ou sem meias). Como também usar calçados e tapetes com a parte inferior emborrachada, usar cadeiras e sofás dos quais seja fácil se levantar usar grades protetoras na cama.

O ambiente onde vive o idoso deve ser adaptado para que ele mantenha a máxima autonomia e a mínima dependência. Sinalizações (riscos no chão e marcas nas paredes), iluminação, desobstrução de passagens, remoção de degraus, relógios e calendários de tamanho satisfatório, etc., tudo deve ser planejado para maior autonomia do idoso. Além do ambiente, também objetos como as roupas, calçados, objetos de higiene pessoal e toucador devem ser idealizados no sentido do mais fácil manuseio (YEDA, DIOGO, 2005).

De acordo os autores supracitados, a abordagem combinada, psicológica e fisioterapêutica, parecem ser particularmente úteis para lidar com esses problemas. Pode-se desafiar a suposta incompetência da pessoa, dando-lhe a chance de realizar tarefas de dificuldade crescente no tocante à capacidade para equilibrar-se, ou seja, expondo-a a ameaças cada vez maiores em relação ao equilíbrio.

O idoso esbarra em problemas estruturais para levar a vida de forma independente. Sem contar com a cultura segundo a qual as contas do idoso devem ser administradas pelos filhos. Mas, apesar desse cenário desfavorável, é possível ter qualidade de vida na terceira idade. O primeiro passo para isso é o idoso sentir-se útil e deixar de encarar os problemas como coisas da idade. O relacionamento do idoso com o mundo se caracteriza pelas dificuldades adaptativas, tanto emocionais quanto fisiológicas; sua performance ocupacional e social, o pragmatismo, a dificuldade para aceitação da sua nova etapa.

Rebelatto e Morelli (2007) salientam que a compreensão da qualidade de vida na terceira idade é central ao desenvolvimento de iniciativas de intervenção visando à prevenção e à reabilitação nos vários contextos da vida do indivíduo e também ao planejamento e avaliação de serviços e políticas destinadas a promover o bem-estar dos idosos.

Algumas situações ambientais adversas podem levar um idoso à queda, acidentes, dependência, depressão e inatividade, devido às alterações ocorridas no processo de envelhecimento, pois há uma diminuição na sua capacidade visual, auditiva, perceptiva, motoras entre outras. No seu ambiente domiciliar deve-se minimizar as barreiras e riscos procurando fazer adaptações, proporcionando uma casa funcional, segurança para uma melhor qualidade de vida. Segundo Yeda e

Diogo (2005) deve-se colocar nas superfícies molhadas e escorregadias piso antiderrapante e tapetes de boa aderência. Em toda a casa inserir corrimãos junto às escadas, rampas; instalar portas maiores para facilitar o acesso; colocar interruptores com sinais luminosos durante a noite e sensores de movimentos em vias de acesso para diferentes áreas da casa para ajudar nos deslocamentos. Aumentar a intensidade da iluminação tanto natural quanto artificial nas áreas de trabalho e transição devido à gradativa perda de visão que ocorre com o passar dos anos; inserir aparadores junto à porta da sala para guardar as chaves para facilitar sua localização e evitar a sua perda. No banheiro, devem-se colocar bancos de transferências, chuveiros manuais, barras de apoio lateral e paralelo ao vaso, no box do chuveiro são sugeridos barras de segurança, assento fixo para lavar os pés, portas toalhas e suporte para xampu fixo e de fácil acesso, bucha com cabo alongamento para auxiliar lavar as costas.

Para Trombly e Radomski (2005), no quarto a altura da cama é verificada quando o idoso está sentado na beira da cama e consegue colocar facilmente os dois pés no chão variando 45 a 50 cm. O guarda roupa deve ter portas leves, cabideiro baixo, puxadores do tipo alça, com altura favorável ao idoso. Na cozinha, a pia e bancada devem ter altura média de 85 a 90 cm, com torneira de fácil manuseio (alavanca, meia-volta); gaveta de fácil abertura, com trava de segurança e divisões para talheres; engrossamento de cabos de talheres e facas para ajudar na preensão. Tanque e tábua de passar para serem utilizados com a pessoa na posição sentada, à altura adequada são de 75 cm. O ferro de passar deve ter um fio espirado com suporte fixo e controle automático de temperatura. É importante um carro móvel para levar utensílios da cozinha ou da área de serviço para outros ambientes. A tábua de preparar alimento é colocada uma preensão cilíndrica na borda da mesma, pois facilita a fixação do alimento sem estressar tanto à articulação da mão, prolongamentos dos cabos das panelas com o objetivo de favorecer a preensão.

Segundo Peixoto (2004), na sala as estantes apresentam prateleiras fixadas ao piso ou na parede, poltronas e sofás confortáveis e com braços e assento em torno de 50 cm adequados ao idoso. A sala deve ser bem ampla para a locomoção para dos idosos, o relógio de visor grande, calendários de tamanho satisfatório e as janelas devem ser abertas para dentro ou de correr.

As adaptações no domicílio são construídas com a participação de uma equipe especializada no assunto, como arquitetos, terapeutas ocupacionais, engenheiros, enfermeiros, para proporcionar uma autonomia ao idoso e uma qualidade de vida satisfatória no seu ambiente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo proporcionou de certa forma, sistematizar o conhecimento sobre o processo de envelhecimento e a importância dos cuidadores no cuidado ao idoso. Além de proporcionar subsídios para ações de prevenção e promoção à saúde e para a qualidade de vida desta população cada vez mais crescente.

Conclui-se que o envelhecimento é um fenômeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude de sua existência, modifica sua relação com o tempo, seu relacionamento com o mundo e com sua própria história. A modificação da relação do idoso com o tempo se caracteriza por um encurtamento do futuro, ou seja, ao contrário dos jovens, o indivíduo idoso tem uma longa vida às suas costas e esperanças muito limitadas à sua frente. Daí a atenção mais concentrada no passado e uma notável desesperança nos projetos existenciais futuros.

Apesar do crescente interesse por esta faixa etária, pouco se tem feito tanto no plano da prevenção quanto no da reabilitação. No âmbito da atenção pública, existe um descompasso entre a rapidez com que se está vivendo a transição demográfica e epidemiológica e as ações de atenção à saúde, cuja prerrogativa hoje é simplesmente a de arcar com o ônus de situações que poderiam ser prevenidas. No âmbito privado, o atraso quanto à implementação dos serviços para idosos é praticamente o mesmo.

Para proporcionar uma melhor qualidade de vida para os idosos alguns conhecimentos são essenciais para a família. Para o cuidador, incluem o entendimento das necessidades humanas básicas, bem como adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida que, por sua vez, apresentam dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual. Neste sentido, cuidar do idoso significa proporcionar-lhes ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Além de respeitar sua independência para favorecer-lhe uma assistência qualificada.

8 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. Doença de Alzheimer. Disponível em: <www.abraz.com.br>. Acesso em: 20 abr. 2010.

ALVAREZ A.M.; GONÇALVES L.H.T. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e da família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. *Texto Contexto Enferm.* 2001 Maio-Ago; 10 (2): 205-7

BOFF L. Cuidar da vida e da criação. In: Beozzo JO, organizador. **Saúde: cuidar da vida e da integridade da criação.** São Paulo (SP): CESEP; 2002.

BRASIL Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº.15, **Hipertensão Arterial Sistêmica**, 1. ed. Brasília: Editora MS, 2006a.

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

BRASIL Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**, Atenção a Saúde do Idoso. 2008.

BRITO F.C.; PAPALÉO NETTO, M. **Urgências em Geriatria.** São Paulo: Atheneu, 2001.

CABRERA M.A S. Aspectos biológicos do envelhecimento – Bases biológicas, fisiológicas e imunológicas. In: CAMPOSTRINI, E. **Odontogeriatría.** Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

CARVALHO E.T.;PAPALÉO NETTO M. **Geriatria- Fundamentos, clínica e Terapêutica.** 2º edição, São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

BRASIL **Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados de 2007.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 abr. 2010.

GOLDANI A. M. **As famílias no Brasil contemporânea e o mito da desestruturização.** Cadernos Pagu, Campinas ed. 1º, UNICAMP 1999.

GUCCIONE Andrew A. **Fisioterapia Geriátrica.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

KARSCH, U. M. S. (org). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores.** São Paulo: EDUC, 2006.

MENEZES, A. K. Cuidados à pessoa idosa: reflexões gerais. In: **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia** – Rj. Caminhos do Envelhecer. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.

PAZ Adriana Aparecida; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos and EIDT, Olga Rosaria. **Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde**. Acta paul. enferm. [online]. 2006, vol.19, n.3, pp. 338-342. ISSN 0103-2100.

PEIXOTO C. E. **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

PICKLES Barrie; COMPTON, Ann; CHERYL Cott; SIMPSON, Janet; VANDERVOORT, Anthony. **Fisioterapia na Terceira Idade**. São Paulo: Editora Santos, 2000.

RODRIGUES NC. **Política Nacional do Idoso**: retrospectiva histórica. Estudos Interdisciplinar do Envelhecimento. 2001

REBELATTO R. José, MORELLI, S. G. José. **Fisioterapia Geriátrica. A prática da assistência ao idoso**. 1º ed. São Paulo: Manole, 2007.

TIER CG, LUNARDI VLL, SANTOS SSC. Cuidado ao idoso deprimido e institucionalizado à luz da Complexidade. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2008;10(2):530-6. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a24.htm>. Acesso 10 mar 2010.

TROMBLY Catherine A.; RADOMSKI, Mary Vining. **Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas**. 5ª ed. São Paulo: Santos Livraria editora, 2005.

DUARTE Y. A. O.; DIOGO, Maria José D'Ello **Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

SAAD, P. M. **O idoso na grande São Paulo**. São Paulo: Coleção Realidade Paulista, 1999

VANDERVOORT, A. A. Alterações Biológicas e Fisiológicas. In: PICKLES, B. et al. **Fisioterapia na terceira idade**. 2 ed. São Paulo: Livraria Santos, 2000.