

CUIDANDO O IDOSO E A FAMÍLIA

CARING THE ELDERLY AND THE FAMILY

ATENCIÓN AL ANCIANO Y A LA FAMILIA

*Daniela Redante**

*Dirce Backes***

*Eda Schwartz****

*Kátia Cilene Rosa Zielke*****

*Simone de Medeiros Lago******

* Acadêmica do nono semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

** Enfermeira, Mestra em Enfermagem, Gerente de Enfermagem de um hospital de grande porte da cidade de Pelotas

*** Docente da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

**** Enfermeira Especialista em Materno-Infantil da Unidade de Clínica Médica de um hospital de grande porte da cidade de Pelotas

***** Acadêmica do nono semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas.

RESUMO. Os idosos representam cerca de 9,1% da população brasileira e constituem um grupo de risco dentro das prioridades em saúde pública, pois são mais suscetíveis a doenças, acidentes, violência e sistema familiar vulnerável, sendo a família seu principal suporte. Neste estudo, relata-se a experiência de um idoso que sofreu negligência por parte da família e a intervenção da equipe de saúde em face do evento. Esta realidade vivida por muitos idosos faz refletir sobre as relações que ele estabeleceu e os vínculos formados com sua família. A observação da equipe de enfermagem permitiu a descoberta da dinâmica familiar e proporcionou ao profissional da saúde a interação da família no cuidado, na perspectiva de atender às necessidades do paciente e da família, melhorando a qualidade de vida de ambos.

PALAVRAS-CHAVE: família; idoso; cuidado.

ABSTRACT. The elderly persons represents about 9,1% of Brazilian population and they constitute a group of risk among the public health priorities, because they are more susceptible to diseases, accidents, violence and vulnerable family system, being the family their main support. This paper reports an aged person's experience that suffered negligence by the family and the intervention of the health team on the event. This reality lived for many aged persons makes to ponder over the relationships that he has established and over the links formed with his family. The observation of the nursing team allowed the discovery the family dynamics and it provided to the health professional the interaction of the family in the care, in the perspective of assisting the patient and his family's needs, improving both life qualities.

KEYWORDS: family; elderly; care.

RESUMEN. Los ancianos representan aproximadamente el 9,1% de la población Brasileira, constituyendo un grupo de riesgo prioritario en la salud pública, ya que son más sensibles a las enfermedades, accidentes, violencia y al vulnerable sistema familiar, siendo la familia su principal apoyo. Este estudio relata la experiencia de un anciano que sufrió descuido familiar y la intervención del equipo de salud delante de lo ocurrido. Esta realidad vivida por muchos ancianos lleva a reflexionar sobre las relaciones que el crió y los helos formados con su familia. La observación del equipo de enfermería permitió desvendar la dinámica familiar y proporciono al profesional de salud la interacción de la familia en el cuidado, del punto de vista de atender las necesidades del enfermo y de la familia, mejorando el nivel de vida de ambos.

PALABRAS-CLAVE: familia; anciano; cuidado.

Recebido em: 05/11/2004

Aceito em: 06/02/2005

Eda Schwartz

Av. Duque de Caxias, 250 - Modulo Central

96030-002 - Fragata - Pelotas - RS

E-mail: feo@ulpel.tche.br

INTRODUÇÃO

No Brasil atual, as pessoas acima de sessenta anos chegam a 14,5 milhões, passando a representar 9,1% da população brasileira, enquanto no início da década somavam 11,4 milhões, isto é, 7,9% do total. Apesar deste processo de envelhecimento recente, a população brasileira de idosos pode ser considerada uma das maiores do mundo, superior à da França, à da Itália e à do Reino Unido ¹.

Cerca de 70% dos idosos eram, em 1999, os responsáveis pela família, e mais de um terço ainda se encontrava no mercado de trabalho; 12% viviam sozinhos, e 27% deles declararam possuir um plano de saúde ¹.

A proporção de idosos vem crescendo mais rapidamente que a de crianças, visto que em 1980, existiam cerca de 20 idosos para cada 100 crianças; em 2000, essa relação praticamente dobrou, passando para quase 30 idosos por 100 crianças.

A queda da taxa de fecundidade ainda é a principal responsável pela redução do número de crianças; mas a longevidade vem contribuindo, progressivamente, para o aumento de idosos na população. Um exemplo é o grupo das pessoas de 75 anos, ou mais, que teve o maior crescimento relativo (49,3%) nos últimos dez anos, em relação ao total da população idosa ¹.

Os idosos constituem um grupo de risco dentro das prioridades de saúde pública, pois são mais suscetíveis a doenças, acidentes, violência e sistema familiar vulnerável. Dessa forma, registra-se neles uma fragilização e probabilidade de agravos maiores e, em consequência, evidenciando-se como o grupo que, proporcionalmente, consome mais serviços de saúde ^{2,3}.

Os principais processos patológicos que afetam os idosos compreendem as úlceras de decúbito, osteoporose e Doença de Alzheimer ³. A incidência de hipertensão, *angina pectoris*, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, neoplasias malignas, artrite e problemas dentários são mais freqüentes em adultos acima de 65 anos de idade ².

A família constitui o principal sistema de suporte do idoso, apesar das dificuldades vivenciadas na contemporaneidade. Assim, nos casos de vulnerabilidade do sistema familiar do idoso e do sistema formal, ou de abandono do idoso por ambos a principal consequência é a exclusão do geronto, de sua coletividade, para “depositá-lo” num asilo, com sérios efeitos negativos sobre sua qualidade de vida ^{4,5,6}.

Entretanto é preciso destacar que, embora o cuidado familiar seja um aspecto importante, ele não se aplica a todos os idosos. Existem idosos que não têm família, e há outros cujas famílias são muito pobres ou seus familiares precisam trabalhar e não podem deixar o mercado de trabalho para cuidar deles ⁷.

O fato de morar só, para o idoso, tem sido associado a um decréscimo na qualidade de vida, agravamento da morbidade e, até mesmo, indicador de risco de mortalidade. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), mais de 10% da população idosa brasileira morava sozinha, com a maior proporção recaindo sobre as mulheres, em especial as de 80 anos ou mais que residiam na zona rural (23%) ⁸.

Potter avalia a família sob dois aspectos: como ambiente ou como paciente. No primeiro, o paciente é o único membro da família que necessita de tratamento; a abordagem de enfermagem será direcionada de forma individualizada. No segundo, o profissional concentra-se na saúde da família, constituindo-se em mais que uma soma da saúde dos seus indivíduos ².

No âmbito das instituições de assistência social e saúde, são freqüentes as denúncias de maus tratos e negligências. Mas nada se iguala aos abusos e negligências no interior dos próprios lares dos idosos, onde choque de gerações, problemas de espaço físico e dificuldades financeiras costumam somar-se a um imaginário social que considera a velhice como decadência ⁹.

A negligência, conceituada como a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso em aportar-lhe os cuidados de que necessita, é uma das formas de violência mais presente, tanto

em nível doméstico quanto institucional em nosso país. Dela surgem lesões, traumas físicos, emocionais e sociais para a pessoa ¹⁰.

Diante do exposto, relatam-se a experiência e a intervenção da equipe de saúde no caso de um idoso e sua família.

APRESENTANDO O CASO

J. A., sessenta anos de idade, sexo masculino, negro, viúvo, cinco filhos (três homens e duas mulheres), aposentado, natural de uma cidade do sul do Rio Grande do Sul, ex-etilista, tabagista. Apresentou histórico de fratura há dois anos de membro superior esquerdo e queda de bicicleta, há oito meses, quando fraturou membro inferior direito onde nem o paciente procurou ajuda, nem seus familiares o levaram à assistência médica.

Esse idoso mora sozinho, nos fundos da casa de uma das filhas, em três cômodos: cozinha, quarto e banheiro. Durante três meses, manteve-se deitado, com membros fletidos (posição fetal), sem realizar higiene pessoal, com alimentação deficiente, período em que desenvolveu úlceras de pressão nas regiões trocantéricas direita e esquerda.

Em agosto, foi levado por familiares ao Pronto Socorro Municipal, por julgarem que ele não estava mais se alimentando. Na avaliação, foram diagnosticadas desnutrição, desidratação, úlceras de pressão em região trocantérica grau III e sacral. Passados nove dias, foi encaminhado à internação em uma unidade de clínica médica de um hospital de grande porte da cidade de Pelotas.

No exame físico, encontrava-se no leito, alerta, pupilas isocóricas e fotorreagentes, pouco comunicativo, febril, apresentando disfagia, emagrecido e desnutrido. Estava ventilando espontâneo e apresentando disfagia. Procedeu-se dieta por sonda nasogástrica, soroterapia por intracath em subclávia esquerda, membros superiores aquecidos e fletidos. O abdômen não apresentava particularidades, mas havia úlcera em região sacral com área de necrose, diurese em sonda Folley, úlceras em região trocantérica direita e esquerda. Os membros inferiores encontravam-se fletidos, com

úlcera em hálux direito, necrose com debridamento autolítico e ausência de secreção.

Para demonstração do caso, foi realizado o Genograma que é a árvore familiar representando a estrutura familiar interna ¹¹.

J. A. tem três filhos homens, dos quais um reside em outra cidade e não visita o pai há certo tempo, é casado, tem duas filhas meninas, mas este não foi especificado pela filha R. A. B. S. S. Durante a internação, somente a nora lhe prestou visita, e convém salientar que, no cuidado a este paciente, a referência familiar foi sua primeira filha, portanto os dados do convívio familiar foram por ela relatados.

Os outros filhos homens residem na mesma cidade do pai, um deles com sete filhos e outro com dois, tendo prestado algumas visitas no início da internação, porém depois afastaram-se.

Três meses antes da internação deste paciente, esses filhos retiraram os pertences (como eletrodomésticos e utensílios de valor) da casa do pai, e sobre tal ocorrido a filha R. afirma:

“...meu pai se desapareceu da vida.”

Diante do exposto, observa-se o desapareço pela vida, tendo em vista o ocorrido.

J. A. recebeu alta hospitalar ao completar sessenta dias de internação, e a filha R. foi treinada pela equipe do hospital sobre como realizar os curativos em úlceras, manuseio da sonda nasogástrica e cuidados gerais com o pai idoso. Também levou consigo o encaminhamento para a unidade de saúde mais próxima de sua casa, a qual tinha o Programa de Saúde da Família.

Entretanto, após quatro semanas, J. A. reinternou no Pronto Socorro Municipal com piora do quadro, apresentando-se desidratado, emagrecido, úlceras em região dorsal, sacral e trocantérica grau III e edema em membros inferiores.

DISCUSSÃO

O verbo desaparecer é definido como “perder o interesse, o empenho ou a afeição por” ¹² e faz refletir sobre a baixa auto-estima do idoso, que desencadeou

a falta de vontade de se alimentar, falar, manter seu autocuidado, expressar seus sentimentos.

A maioria dos idosos entrevistados em unidades básicas de Maringá, PR, referiram que já se sentiram prejudicados por pessoas da própria família, não receberam ajuda, quando necessitaram e, ao receberem, ela é proveniente dos filhos¹³, o que vem concordar com a situação vivida pelo sujeito deste estudo.

O idoso expressa a preservação dos relacionamentos interpessoais através do poder de manter fortalecidos, em número e qualidade, os vínculos com a família, contribuindo, se possível, com a educação de filhos e netos, bem como estendendo-os a vizinhos e amigos, solidificando sua rede de suporte social. Para um grupo de idosos do município de Botucatu, SP, ter qualidade de vida é preservar os relacionamentos interpessoais a partir de: “ter um bom convívio social com todos, particularmente com vizinhos e amigos; bom relacionamento familiar, incluindo boa criação e educação dos filhos e netos; capacidade para estabelecer contato com as pessoas e fazer novas amizades; e bom relacionamento com o cônjuge”^{14:249}.

Em países desenvolvidos, as pesquisas mostram a relevância da estrutura familiar, de seus arranjos e das redes sociais no status de saúde dos idosos^{15,16}. Nos países subdesenvolvidos, existem relativamente poucos estudos acerca do suporte social e efeitos sobre a saúde do idoso. A escassa literatura focaliza principalmente o impacto da presença do esposo e presta menos atenção em outros aspectos como a convivência com filhos adultos, o morar sozinho, o impacto intermediário das condições socioeconômicas, sendo ainda menos conhecidos os diferenciais por gênero e idade¹⁷.

O cuidado do idoso na família, foco deste estudo, é realizado principalmente por uma das filhas, e o desgaste no papel do cuidador pode ocorrer devido à sobrecarga das atividades por ela desenvolvidas.

O processo de industrialização e modernização e o número menor de membros na família, assim como a entrada da mulher no trabalho, implicam

alterações na função tradicional da família como suporte e rede de apoio de seus membros¹⁷. A mulher adulta, tradicionalmente responsável pelos cuidados aos dependentes da família, dispõe cada vez de menos tempo, para assumir o suporte dos parentes idosos¹⁸.

Além de tais fatores, o baixo nível de renda, a baixa escolaridade e a carência de serviços públicos e de saneamento básico são indicadores de precariedade das condições e da qualidade de vida para a população idosa no Brasil, em especial na zona rural⁷. Mesmo com a conquista da renda pela assistência social para o idoso, garantida pela Constituição Federal (Brasil, 1988)⁷, o problema do idoso dependente não foi resolvido. Pelo contrário, com o alto índice de desemprego, o rendimento do idoso passa a sustentar a família e, com isso, a renda familiar mantém-se abaixo da linha de pobreza, situação ocorrente neste estudo.

A dependência de um familiar idoso gera impacto na dinâmica, na economia familiar e na saúde dos membros da família que se ocupam dos cuidados. Por outro lado, é necessário pensar nos idosos que não têm família, para assumir os cuidados necessários nessas situações, bem como a divisão das tarefas entre os membros que compõem a família.

A evolução dessa dependência pode modificar-se ou até ser prevenida, se houver ambiente e assistência adequados, constituindo uma das soluções do problema representado pelo envelhecimento dependente, o delineamento de uma política que envolva todos os setores da sociedade, e não apenas o governo, através do estabelecimento de programas que atendam aos idosos independentes, a fim de prevenir a dependência⁷.

Os problemas geralmente são provocados pela alteração do reflexo de dor em pacientes com lesão medular (tetraplégicos, paraplégicos ou hemiplégicos), fraturas ou pacientes debilitados, idosos ou cronicamente doentes. Como a população de idosos tende a ser a de maior crescimento em nosso meio, pacientes ambulatoriais com assistência domiciliar

são reconhecidos como de alto risco para o desenvolvimento de úlceras de decúbito¹⁹.

Além do conhecimento técnico e científico de que dispõe, cabe ao enfermeiro proporcionar a adaptação do geronto à sua terceira idade, facilitando uma melhor aceitação em relação às modificações físicas e psicossociais, orientando sobre métodos preventivos, levando-o ao autocuidado.

O perfil de três grupos de idosos no município de Botucatu, SP, segundo a definição que eles deram sobre o que era qualidade de vida, apresentou os seguintes achados: o primeiro mencionou situações referentes a relacionamentos interpessoais, equilíbrio emocional e boa saúde, ou seja, é o idoso que prioriza a questão afetiva e a família; o segundo grupo mencionou hábitos saudáveis, lazer e bens materiais, ou seja, é o idoso que prioriza o prazer e o conforto; e o terceiro grupo, que mencionou espiritualidade, trabalho, retidão e caridade, conhecimento e ambientes favoráveis, poderia ser sintetizado como o idoso que identifica qualidade de vida em conseguir colocar na prática o seu ideário de vida¹⁴.

A disponibilização de equipes de profissionais do Programa Saúde da Família (PSF), que desenvolvem atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e também auxiliam na resolução dos serviços para a desospitalização (tratamento efetivo das pessoas na própria unidade de Saúde da Família, sem a necessidade de atendimento hospitalar)² seria uma estratégia eficiente. No entanto tornar-se-ia necessário que a questão do cuidado ao idoso dependente fosse incorporada pelo programa de forma específica, incluindo previsão de financiamento das ações e estabelecimento de uma rede de suporte institucional, o que ainda não foi feito.

O cuidador informal poderia, e deveria, ser visto como agente de saúde, receber orientações direcionadas para prestar um cuidado adequado ao idoso, incluindo medidas preventivas, a fim de evitar a dependência precoce e orientações específicas sobre os cuidados com o idoso dependente que envelhece na comunidade⁸.

CONCLUSÕES

O relato desta experiência sobre a realidade, vivida por muitos idosos, leva à reflexão sobre as relações que ele estabeleceu e os vínculos formados por ele na sua dinâmica de vida com sua família.

A observação da equipe de enfermagem permite o conhecimento da dinâmica interacional da família, propiciando ao profissional de saúde a oportunidade de interação com a família e o cuidado do idoso. Isso pode facilitar o caminhar rumo à melhora da situação de doença, com perspectiva de atender às necessidades do paciente e da família, propiciando melhor qualidade de vida de ambos. Assim, a eficácia e a presença de um suporte de cuidado, fora da instituição hospitalar são essenciais para a melhora do quadro do paciente e para a sua desospitalização.

Essas considerações implicam um relacionamento empático, dinâmico e competente entre profissionais e família, com respeito e confiança, percebendo desajustes e negligências, propiciando a intervenção do profissional e levando o paciente idoso a um quadro compatível de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 O papel do idoso na família. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> (20 nov 2005).
- 2 Negri LSA, Ruy LF, Collodetti JB, Pinto LF, Soranz DR. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. *Ciênc e Saúde Col* 2004 Out./Dez., 9(4):2-14.
- 3 Nettina SM. *Prática de enfermagem*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
- 4 Fernandes MG et al. Processo de pensamento alterado em idosos na vivência asilar. *Nursing* 2001 mar; 34:22-5.
- 5 Tavares S. Histórico de enfermagem em geriatria e gerontologia. *Nursing* 1998 set.; 4:20-5.
- 6 Kosberg JI. *Family care of the elderly*. Thousand Oaks: Sage; 1992
- 7 Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Públ* 2003 jun.; 19(3):773-81.

- 8 INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição), 1990. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). Brasília: Secretaria de Projetos Especiais.
- 9 Minayo MCS, Coimbra Jr CE. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- 10 Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cad Saúde Públ 2003 jun., 19(3):783-91.
- 11 Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca; 2002.
- 12 Dicionário da língua portuguesa on-line http://www.priberam.pt/dlpo/definir_resultados.aspx
- 13 Marcon SS, Rossini AF, Carreira L. Maltratos familiares a idosos. In: Anais do Congresso Internacional Família e Violência; 1999 abril, 29-42; Florianópolis.
- 14 Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo Rev Bras Epidemiol 2005; 8(3):246-52.
- 15 Fuhrer R, Standsfeld S. How gender affects patterns of social relations and their impact on health: a comparison of one or multiple sources of support from "close persons". Soc Sci Med 2002; 54:811-25.
- 16 Mostafa G, Van Ginneken, J. Trends in and determinants of mortality in the elderly population of Matlab, Bangladesh. Soc Sci Med 2000; 50: 763-71.
- 17 Rahman MO Age and gender variation in the impact of household structure on elderly mortality. Int J Epidemiol 1999; 28:485-91.
- 18 Romero DE. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. Ciênc Saúde Col 2002; 7(4):725-32.