



Revista Transdisciplinar de  
**GERONTOLOGIA**

Universidade Sênior Contemporânea

Volume IV. Número 1

# ÍNDICE

## FICHA TÉCNICA

REVISTA TRANSDISCIPLINAR DE  
GERONTOLOGIA  
ANO V, VOLUME IV. NÚMERO 1  
JANEIRO/JUNHO 2011

## EDIÇÃO

Universidade Sénior Contemporânea  
Departamento de Estudos Sociais

## DIRECÇÃO

Artur Santos  
Marta Loureiro  
Vitor Fragoso

## CONSELHO EDITORIAL/CIENTÍFICO

### Ângela Escada

(Psicóloga Clínica)

### Artur Santos

(Director da USC)

### Irene Arcuri

(Psicologia C. / PUC/SP - BR)

### Isabel Almeida

(Enfermeira - UCSP Foz do Douro)

### Jadir Lessa

(Psicólogo/SAEP - BR);

### Liliana Vasconcelos

(Psicóloga Clínica – IPNP)

### Marília Alves

(Enfermeira)

### Marta Loureiro

(Directora da USC)

### Olga Pousa

(Enfermeira - UCSP Foz do Douro)

Raquel Cruz

(Psicóloga Clínica - IPNP)

### Ruth Sampaio

(Psicóloga / ESE – Porto)

### Valéria Gomes

(Psicóloga / ISMAI / IPNP)

### Virginia Grünwald

(Psicóloga, UFSC / NETI - BR)

### Vitor Fragoso

(Psicólogo, IPNP/USC)

## PROPRIEDADE

Universidade Sénior Contemporânea  
©Todos os direitos reservados  
ISSN: 1647-8703

## CONTACTOS

Web: [www.rtggerontologia.webnode.pt](http://www.rtggerontologia.webnode.pt)  
E-mail: [rtg.usc@gmail.com](mailto:rtg.usc@gmail.com)

Editorial	1
Instruções para autores	3
Estudos teóricos/ensaios	
Os Cuidadores Informais e os Cuidados de Saúde Primários	5
<i>Margarida Sotto Mayor</i>	
Prevenção de fracturas da extremidade proximal do fémur em idosos.	10
Eficácia dos protectores da anca.	
<i>Leonel Preto; Eugénia Mendes; André Novo; Ângela Prior.</i>	
Saúde bucal dos idosos brasileiros: alterações estomatológicas na terceira idade	22
<i>Diurianne França; Marcela Vasconcellos; Sandra Aguiar</i>	
Factores, riscos e consequência de quedas em idosos institucionalizados.	32
<i>Fernando Augusto Pereira; Ana Catarina Ferreira Fernandes; Tânia de Jesus Ventura Miguel</i>	
Trabalhos Monográficos	
Compreensão do fenómeno dos maus-tratos económicos e emocionais a idosos e a decisão no processo de institucionalização.	43
<i>Ana Rita Matos</i>	
Reflexões	
Aprender na 3.ª Idade: Uma mudança de Paradigma.	58
<i>Maria Loureiro</i>	
Temas de Educação para a Saúde	
Infecções do tracto urinário em pessoas mais velhas	62
<i>Zélia Ferreira</i>	
Prevenção de Quedas no Idoso	70
<i>Olga Pousa; Isabel Almeida</i>	





## Editorial

Prezados leitores,

É com enorme satisfação que vos apresentamos o mais recente número da Revista Transdisciplinar de Gerontologia (RTG), o quarto deste percurso que já completa quatro anos de existência. Motivados pelo estímulo e incentivo demonstrados por todos aqueles que têm colaborado com este projecto, concluímos que este tem crescido de uma forma consistente e estruturada. Este crescimento deve-se à evolução que a RTG tem apresentado desde a sua primeira publicação, nomeadamente, ao nível do volume de colaborações recebidas, do aumento dos pedidos de informação, do acréscimo das descargas efectuadas e pela diversidade da origem das mesmas (ver tabela que segue).

Edições	Total de colaborações/artigos	Nacionalidades			
6	35	3			
		PT <sup>1</sup>	BR <sup>2</sup>	ARG <sup>3</sup>	Total
		24 (57%)	17 (41%)	1 (2%)	42 (100%)
Volume de publicação: 507 Páginas					

<sup>1</sup>Portugal, <sup>2</sup>Brasil, <sup>3</sup>Argentina

De acordo com o que foi referido anteriormente e com o intuito de progredir na direcção de uma melhoria contínua, a RTG tem o prazer de anunciar a todos os seus colaboradores e leitores que recentemente recebeu a atribuição do ISSN (*International Standard Serial Number*) por parte da Biblioteca Nacional de Portugal, passando a estar referenciada oficialmente como publicação periódica de utilidade pública. Esta atribuição (ISSN) tem efeitos retroactivos para as edições anteriores.

A partir desta edição, a RTG passa também a possuir um sítio próprio na internet, garantindo assim um maior destaque, visibilidade e, consequentemente, uma maior e melhor divulgação. Todos os interessados neste projecto poderão consultar esta e as restantes edições no sítio [www.rtgerontologia.webnode.pt](http://www.rtgerontologia.webnode.pt).

No que concerne à presente edição, destacamos o foco nas temáticas relacionadas com os cuidados informais, a prevenção de quedas e fracturas, a saúde bucal e a problemática dos maus-tratos nos idosos, com especial reflexão na articulação dos conceitos *cuidado/relação* e *Saúde*. Dentro desta relação conceptual, o cuidado é perspectivado como uma dimensão ontológica, inerente ao ser humano e transversal a todo o seu existir, em todos os seus





contextos existenciais, seja o cuidado na família, no centro de saúde, ou nas instituições de longa permanência. O cuidado emerge, assim, em todas as reflexões aqui expostas, quer implícita ou explicitamente.

Para finalizar, gostaríamos de renovar o convite à participação e colaboração de todos, para que dessa forma este projecto transdisciplinar e voluntário continue a proporcionar contributos para uma melhor compreensão do envelhecimento e existência do ser humano.

A Direcção,

*Artur Santos, Marta Loureiro e Vítor Fragoso*





## Instrução para os autores

---

### INFORMAÇÕES GERAIS

#### DIRECTRIZES

A Revista Transdisciplinar de Gerontologia da USC propõe-se publicar artigos que se refiram ao desenvolvimento humano, especificamente ao Envelhecimento/Terceira-idade, estes devem centrar-se na pesquisa, nas práticas profissionais e devem espelhar uma reflexão crítica da produção transdisciplinar do conhecimento sobre o envelhecimento humano.

### II - ORIENTAÇÕES EDITORIAIS

Os artigos serão submetidos a exame pela Comissão Editorial, que poderá fazer uso de consultores "ad hoc", a seu critério, omitida a identidade dos autores. Estes serão notificados da aceitação ou não dos artigos. Caso sejam necessárias pequenas modificações no texto será solicitado pela Comissão Editorial aos respectivos autores a sua alteração.

O editor reserva-se o direito de efectuar alterações ecebidos para adequá-los às normas da revista, respeitando os conteúdos e o estilo do autor. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus artigos.

### III - APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Os artigos devem ser enviados à Revista Transdisciplinar de Gerontologia por e-mail: [rtg.usc@gmail.com](mailto:rtg.usc@gmail.com). Deve ser enviado resumo, em Português ou Espanhol contendo até 100 palavras, além de três ou quatro palavras-chave com respectivas "key words". Deve conter o título do trabalho, nome completo do autor, biografia (profissional) e seu respectivo endereço (e-mail). O texto proposto deverá ser enviado em formato Word letra Arial Narrow, tamanho 12. O autor pode enviar material de ilustração como sugestão, este deve ser entregue em arquivos separados do texto, no programa em que foram criados (Excel, CorelDraw, PhotoShop etc.).

As contribuições dos autores poderão ser redigidas em duas línguas, **português e/ou espanhol**.

**As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).**

### IV - TIPOS DE TEXTO

1. **Estudos teóricos/ensaios** - análises de temas e questões fundamentadas teoricamente;





2. **Relatos de pesquisa** - investigações baseadas em dados empíricos, recorrendo a metodologia quantitativa e/ou qualitativa. Neste caso, é necessário conter introdução, metodologia, resultados e discussão;
3. **Relatos de experiência** - relatos de experiência profissional de interesse para as diferentes práticas transdisciplinares;
4. **Comunicações** - relatos breves de pesquisas ou trabalhos apresentados em reuniões científicas/eventos culturais;
5. **Ressonâncias** - comentários complementares e réplicas a textos publicados em números anteriores da revista.
6. **Artigos de Opinião** - reflexões sobre temas relacionados com a gerontologia (de interesse geral) e suas políticas de actuação.
7. **Trabalhos Monográficos** - análises de temas e questões fundamentadas teoricamente em forma de artigo com base em trabalhos universitários (monografias de curso, entre outros).
8. **Reflexões** - temas gerais relacionados com o existir humano.
9. **Temas de Educação para a Saúde** - temas/assuntos gerais, directamente relacionados com o envelhecimento e com foco na educação e promoção da saúde.

## V - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências no texto a outras devem ser indicadas dos seguintes modos: Robinson (1978); (Guilly & Piolat, 1986); (Bronckart, Papandropoulou & Kicher, 1976) ou (Bronckart et al., 1976).

*No final do artigo devem ser listadas alfabeticamente as referências bibliográficas (apenas as obras referidas no texto), obedecendo aos seguintes modelos:*

**Capítulo de um livro** - Bronckart, J.-P., Papandropoulou, J., & Kilcher, H (1976). Les Conduites Sémiotiques. In M. Richelle, & R. Droz (Eds.), Introduction à la Psychologie (pp. 286-302). Bruxelles: Dessart.

**Artigo de revista científica** - Gilly, M., & Piolat, M. (1986). Psicologia da Educação, Estudo da Mudança na Interação Educativa. *Análise Psicológica*, 11 (1), 13-24.

**Livros** - Carneiro, T. (1983). Família: Diagnóstico e terapia. Rio de Janeiro: Zahar.

**Tese de dissertação** - McCloy, R. A. (1990). A New Model of Job Performance: An Integration of Measurement, Prediction, and Theory. Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota, Minneapolis.

**Relatório Técnico** - Birney, A. J., & Hall, M. M. (1981). Early identification of children with written language disabilities (relatório Nº 81 - 1502). Washington, DC: National Educational Association.

**Trabalho apresentado em congresso, mas não publicado** - Haidt, J., Dias, M. G., & Koller, S. (1991). Disgust, disrespect and culture: Moral judgement of victimless violation in the USA and Brazil. Trabalho apresentado no Annual Meeting of the Society for Cross-Cultural Research, Isla Verde, Puerto Rico.





## Estudos Teóricos / Ensaaios

### OS CUIDADORES INFORMAIS E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



*Margarida Sotto Mayor<sup>1</sup>*

O aumento progressivo dos processos demenciais e a abrangência multidimensional e multidisciplinar que caracteriza o seu diagnóstico, acompanhamento e intervenção, requer um planeamento também progressivo dos sistemas de saúde para fazer face às múltiplas solicitações das pessoas mais velhas e dos seus cuidadores. O seguimento regular das pessoas mais velhas pelos Cuidados de Saúde Primários é uma forma rápida de aceder precocemente a um diagnóstico e representa um desafio para estes profissionais. Estes terão que se adaptar rapidamente às alterações demográficas e encontrar as melhores respostas face ao número crescente de cuidadores que ao aceitarem cuidar tentam a todo o custo preservar a sua saúde mental e física.

**Palavras-Chave:** Cuidadores Informais, Cuidados de Saúde Primários, Demência.

O estudo da prestação informal de cuidados a pessoas com o diagnóstico de demência e funcionalmente dependentes tem vindo, progressivamente, a ganhar relevo como objecto de estudo. A natureza crónica e progressiva do evoluir desta patologia, com afectação e alteração das múltiplas funções cerebrais e a variabilidade de sintomas, remete-nos para a importância dos cuidadores nos processos demenciais (Schmidt, Lingler, & Schulz, 2009a), tendo em conta o seu papel nos diferentes tipos de demência e a sua integração nas equipas de saúde (Sotto Mayor, 2009). Um dos aspectos essenciais da presença do

cuidador é o de facilitar a comunicação entre os doentes e os técnicos de saúde, uma vez que os problemas de memória e a dificuldade de expressar algumas ideias, pelo compromisso do discurso e da sua fluência, poderão ser fonte de agravamento do seu estado de saúde (Schmidt et al., 2009a). Um outro aspecto prende-se com o seguimento nos múltiplos episódios de doença. Em contexto psicogeriátrico é indispensável a figura do cuidador, tanto para o fornecimento de informações e da interpretação em situação de crise como no seguimento do plano futuro e das vigilâncias de saúde necessárias.

---

<sup>1</sup> Doutora em Ciências Biomédicas; Membro da UNIFAI (Unidade de investigação e Formação sobre Adultos e Idosos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar); Enfermeira Especialista em Saúde Mental - Hospital de Magalhães Lemos.





É também relevante perceber a comunicação verbal e não verbal do doente para se compreender até que ponto este pode participar nas decisões (Caddell & Clare, 2009) sobre o seu tratamento e, deste modo, aumentar o seu bem-estar e o compromisso com a sua reabilitação possível. É também relevante perceber a comunicação verbal e não verbal do doente para se compreender até que ponto este pode participar nas decisões (Caddell & Clare, 2009) sobre o seu tratamento e, deste modo, aumentar o seu bem-estar e o compromisso com a sua reabilitação possível.

De acordo com as alterações demográficas do momento e as transformações que se avizinham nos próximos anos (Christensen, Doblhammer, Rau, & Vaupel, 2009), são previsíveis mudanças ao nível da saúde mental, nomeadamente na prevalência das demências. Segundo referiu Leuschner (2010) numa conferência recente sobre demências, temos em 2010, a nível mundial, 35 milhões de pessoas que padecem deste síndrome, esperando-se 65 milhões para o ano de 2030 e 115 milhões para o ano de 2050, sendo que esta patologia duplica os seus valores em cada vinte anos. Se nos centrarmos naqueles que cuidam, sobretudo nos cuidadores informais, temos o mesmo número de pessoas em risco de adoecer (Chang, Chiou, & Chen, 2010) e muito para fazer ao nível da prevenção do adoecer com doença mental. Muito do trabalho a fazer com estes cuidadores inicia-se nos Cuidados de Saúde Primários. Torna-se necessário estabelecer pontes de ligação com o médico de família/enfermeiro de família, pessoas privilegiadas para um primeiro contacto e encaminhamento.

Os mais velhos necessitam de mais tempo para expressar as suas necessidades (Rosa et al., 2009). São sobretudo as mulheres que padecem de demência e os seus cônjuges, também pessoas idosas, têm sérias dificuldades para apresentar as contrariedades e obstáculos por que passam no seu dia-a-dia. Presentemente, o funcionamento normal dos Cuidados de Saúde Primários não contempla um

atendimento com base nas características dos mais velhos. Por norma, estes cuidadores estão reformados ou simplesmente não têm qualquer profissão porque a prestação de cuidados leva-lhes todo o tempo e é com grande ansiedade (Chang et al., 2010; Martinez, Williams, & Fuhr, 2009) que referem a dificuldade de aceder com regularidade aos cuidados de saúde primários, deixando em casa sozinha a pessoa de quem cuidam. Estes cuidadores, para além de não terem com quem partilhar os seus problemas relacionados com a actividade de cuidar, também não têm oportunidade de falar dos seus sentimentos (Rosa et al., 2009), daquilo que os afecta pessoalmente, do sono que não conseguem dormir (Chang et al., 2010; McCurry, Logsdon, Teri, & Vitiello, 2007; Vitiello & Larry, 2009), dos amigos que se afastaram, dos contactos sociais que foram perdendo, e da angústia de ver a pessoa que têm ao seu cuidado a degradar-se diariamente (Hebert, Schulz, Copeland, & Arnold, 2009; Schoenmakers, Buntinx, & Delepeleire, 2010). Mas a complexidade de cuidar de uma pessoa com demência relaciona-se, também, com os conhecimentos sobre a doença, as experiências prévias (Hebert et al., 2009), as estratégias utilizadas para lidar com a situação e o seu grau de eficiência, o significado atribuído ao cuidar, a capacidade para lidar com situações de stress (Takai et al., 2009), o apoio emocional que recebe, a cultura onde está inserido (Anderson & Turner, 2010), o tipo de relacionamento com a pessoa, a personalidade de ambos, a intensidade (Garcés, Carretero, Ródenas, & Sanjosé, 2009; Rezende, Coimbra, Costallat, & Coimbra, 2009) e a tipologia de cuidados a prestar (Paúl, 1997).

Neste contexto, o cuidador que tenta chegar aos Cuidados de Saúde Primários leva consigo a vivência do cuidar, os mecanismos de *coping* que utiliza face às adversidades (Schoenmakers et al., 2010), o peso das relações com o seu familiar (Monin & Schulz, 2009), bem ou mal sucedidas, e o vazio, ou não, dos seus projectos de vida. Atender o cuidador implica conhecer o que se passa com a díade cuidador-idoso, conhecer as suas dificuldades e satisfações e ser







capaz de ouvir a pessoa com serenidade e adequação ao seu ritmo (Schmidt et al., 2009a).

O técnico de saúde que o recebe, seja enfermeiro, médico ou assistente social, tem a noção de que o papel do cuidador contempla cuidados básicos e instrumentais, de antecipação, de prevenção, de supervisão e de protecção global da pessoa e que, face a todos estes cuidados (Paúl, 1997), facilmente se esquece de si (Garcés, Carretero, Ródenas, & Vivancos, 2010) e por isso, muitas vezes, disfarça a dor que sente em prol daqueles que cuida, até se tornar ele próprio também consumidor dos serviços de saúde (Chang et al., 2010; Dyck, 2009). Mas, a rotina profissional é inimiga das boas práticas e, por vezes, os técnicos de saúde têm pouco tempo para a escuta activa e personalizada (Miyamoto, Tachimori, & Ito, 2010) que lhes permita descortinar o que afecta o cuidador e perceber o que se pode fazer por ele, ou com ele, e que o alivie das pressões relacionadas com a sua situação (Rezende et al., 2009).

Alguns autores associam a actividade de cuidar a sintomatologia depressiva (Losada et al., 2010) e esta à institucionalização precoce da pessoa cuidada (Garcés et al., 2010). Várias adversidades como a sobreposição de tarefas, o cansaço, a ansiedade, a tristeza, a deterioração do estado de saúde (Chang et al., 2010), a diminuição do tempo livre, a responsabilidade, a relação familiar (Hong & Kim, 2008; Monin & Schulz, 2009), as expectativas, a falta de privacidade, a preocupação, o grau de dependência, as exigências físicas, bem como lidar com alterações cognitivas e comportamentais (Kwok, Chen, Chiu, Tang, & Leung, 2010; Rosa et al., 2009), são motivos múltiplos para a existência de contrariedade e consequentemente de mal-estar. A vivência no dia-a-dia é de tal modo difícil neste contexto patológico que a literatura específica considera não existir outra doença crónica que requeira tantos ajustamentos como a demência (Birkel & Jones, 1989; Clipp & George, 1993; Parks & Novielli, 2003). Na exaustão do cuidar a mente parece tornar-se nublada e, nesta situação, os processos e

cuidados diários parecem ainda mais complicados. Pequenos esclarecimentos com o médico ou com o enfermeiro assistentes, poderão tornar óbvio o que parecia complicado e menos resolúvel (Hirakawa, Kuzuya, Enoki, & Uemura, 2010; Schmidt, Lingler, & Schulz, 2009b). Schmidt et al., (2009b) fala-nos da necessidade de consciencializar os profissionais de saúde acerca das necessidades de informação sobre as pessoas mais velhas e aponta estratégias para tornar mais fácil a aquisição dessa informação por parte daqueles técnicos de saúde (Schmidt et al., 2009b). Com a percepção de falta de apoio familiar e social (Chang et al., 2010), muitos cuidadores entram em processos patológicos dos quais se vêem com muitas dificuldades para sair. Identificar as necessidades mais afectadas do cuidador (Rosa et al., 2009), informar sobre acessibilidades das ofertas em saúde, ajudar a orientar a pessoa em situação, tornam possível o retorno ao equilíbrio precário das pessoas mais velhas. Numa primeira fase, os Cuidados de Saúde Primários são os parceiros essenciais em todo o sistema de saúde. Um atendimento melhorado a este nível atrasa de forma eficiente a entrada nos serviços psiquiátricos, retarda a institucionalização (Garcés et al., 2010) e, para além de permitir tratar as pseudodemências, atenua também o aumento progressivo das síndromes demenciais não reversíveis. A solução para atrasar todos estes processos passa pela avaliação de forma preventiva. Quando tal não é possível, e a dúvida sobre o diagnóstico se faz sentir, o encaminhamento precoce para outras estruturas especializadas de saúde, como os serviços psicogeriátricos, possibilita a avaliação multidisciplinar da pessoa a estudar e das necessidades de quem dele cuida (Rosa et al., 2009). Assim, poder-se-á fazer uma intervenção atempada e traçar um plano de seguimento que contemple e facilite a vigilância de saúde pelos Cuidados de Saúde Primários. Será, simultaneamente, uma intervenção capaz de manter um acompanhamento global da pessoa sem que esta se ausente da sua comunidade, da sua área geográfica de atendimento e dos serviços habituais, com quem mantém relação privilegiada.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Anderson, J. R., & Turner, W. L. (2010). When caregivers are in need of care: African-American caregivers' preferences for their own later life care. *Journal of Aging Studies*, 24(1), 65-73.
- Birkel, R. C., & Jones, C. J. (1989). A comparison of caretaking networks of dependent elderly individuals who are lucid and those who are demented. *Gerontologist*, 29, 114-119.
- Caddell, L. S., & Clare, L. (2009). The impact of dementia on self and identity: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 113-126.
- Chang, H.-Y., Chiou, C.-J., & Chen, N.-S. (2010). Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 267-271.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet*, 374, 1196-1208.
- Clipp, E. C., & George, L. K. (1993). Dementia and cancer: A comparison of spouse caregivers. *The Gerontologist*, 4, 534-541.
- Dyck, C. (2009). Who cares for the caregiver? *Parkinsonism & Related Disorders*, 15(Supplement 3), S118-S121.
- Garcés, J., Carretero, S., Ródenas, F., & Sanjosé, V. (2009). Variables related to the informal caregivers' burden of dependent senior citizens in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 372-379.
- Garcés, J., Carretero, S., Ródenas, F., & Vivancos, M. (2010). The care of the informal caregiver's burden by the Spanish public system of social welfare: A review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 250-253.
- Hebert, R. S., Schulz, R., Copeland, V. C., & Arnold, R. M. (2009). Preparing Family Caregivers for Death and Bereavement. Insights from Caregivers of Terminally Ill Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(1), 3-12.
- Hirakawa, Y., Kuzuya, M., Enoki, H., & Uemura, K. (2010). Information needs and sources of family caregivers of home elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T4H-4YW376D-5/2/fcf0909de6b6d078871fd6cbd0f00408>
- Hong, G.-R. S., & Kim, H. (2008). Family Caregiver Burden by Relationship to Care Recipient with Dementia in Korea. *Geriatric Nursing*, 29(4), 267-274.
- Kwok, Y.-T., Chen, C.-Y., Chiu, M.-J., Tang, L.-Y., & Leung, K.-K. (2010). Assessment of behavioral and psychological symptoms of dementia by family caregivers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T4H-4YJ141H2/2/52f610240845f6ffd8664e80f72479d2>
- Losada, A., Pérez-Peñaranda, A., Rodriguez-Sanchez, E., Gomez-Marcos, M. A., Ballesteros-Rios, C., Ramos-Carrera, I. R., et al. (2010). Leisure and distress in caregivers for elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 347-350.
- Martinez, B. S., Williams, M., & Fuhr, P. (2009). Visually impaired caregivers: Perspectives from patient focus groups. *Optometry - Journal of the American Optometric Association*, 80(1), 11-22.
- McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Teri, L., & Vitiello, M. V. (2007). Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: Contributing factors and treatment implications. *Sleep Medicine Reviews*, 11(2), 143-153.
- Miyamoto, Y., Tachimori, H., & Ito, H. (2010). Formal Caregiver Burden in Dementia: Impact of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Activities of Daily Living. *Geriatric Nursing*. <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6WG2-4YJ6MR3-1/2/1d2df29458ab662e467c05d693e4a28e>
- Monin, J. K., & Schulz, R. (2009). Interpersonal Effects of Suffering in Older Adult Caregiving Relationships. *Psychology and Aging*, 24(3), 681-695.
- Parks, S. M., & Novielli, K. D. (2003). Alzheimer's disease caregivers: Hidden patients. *Clinical Geriatrics*, 11, 34-38.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Rezende, T. C. B., Coimbra, A. M. V., Costallat, L. T. L., & Coimbra, I. B. (2009). Factors of high impacts on the life of caregivers of disabled elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T4H-4X84J88-1/2/e6dcf980df332edb00300b20552815f2>
- Rosa, E., Lussignoli, G., Sabbatini, F., Chiappa, A., Di Cesare, S., Lamanna, L., et al. (2009). Needs of caregivers of the patients with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T4H-4XHC68V-1/2/0bdda86bd432973909d18545a36c33ab>
- Schmidt, K. L., Lingler, J. H., & Schulz, R. (2009a). Verbal communication among Alzheimer's disease patients, their caregivers, and primary care physicians during primary care office visits. *Patient Education and Counseling*, 77(2), 197-201.





- Schmidt, K. L., Lingler, J. H., & Schulz, R. (2009b). Verbal communication among Alzheimer's disease patients, their caregivers, and primary care physicians during primary care office visits. *Patient Education and Counseling*.  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6TBC-4W4BMHH-6/2/ea7821b6e17bb6848ee7a92f69d96133>
- Schoenmakers, B., Buntinx, F., & Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*. <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T9F-4YNBRRN-1/2/9cc8f8b6bd74730354b70cffdbfcfedb>
- Sotto Mayor, M. (2009). *Quando a Pessoa a Cuidar tem Demência - A experiência Informal de Cuidar*. Universidade do Porto, Porto.
- Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Ando, N., Okazaki, S., Nakajima, K., et al. (2009). The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), e1-e5.
- Vitiello, M. V., & Larry, R. S. (2009). Sleep and Circadian Rhythm Disorders in Human Aging and Dementia. In *Encyclopedia of Neuroscience* (pp. 887-893). Oxford: Academic Press.





## Estudos Teóricos / Ensaios

### PREVENÇÃO DE FRACTURAS DA EXTREMIDADE PRÓXIMAL DO FÉMUR EM IDOSOS. EFICÁCIA DOS PROTECTORES DA ANCA.



*Leonel Preto<sup>1</sup>, Eugénia Mendes<sup>2</sup>, André Novo<sup>3</sup>, Ângela Prior<sup>4</sup>*

A saúde e a qualidade de vida do idoso são sempre ameaçadas pela ocorrência de uma fractura da extremidade proximal do fémur. A gravidade do problema faz da prevenção primária uma abordagem crucial. Neste artigo discurremos sobre a eficácia dos protectores da anca. Como método de trabalho revisitamos a literatura temática e os principais estudos publicados na última década sobre o assunto. Com base nas conclusões das meta-análises por nós consultadas, concluímos que a eficácia dos protectores é controversa. Os protectores da anca devem ser vistos como mais uma ferramenta nas estratégias preventivas em populações com elevado risco de fractura.

**Palavras-Chave:** Anca, Idosos, Fracturas, Protectores.

---

<sup>1</sup>Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
Doutor em Cultura e Psicossociologia da Comunicação  
Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança  
Centro de Investigação e Intervenção no Idoso da ESSa/IPB  
leonelpreto@ipb.pt

<sup>2</sup> Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
Mestre em Psicologia da Saúde  
Equiparada a Assistente do 1º Triénio na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança  
Centro de Investigação e Intervenção no Idoso da ESSa/IPB  
gena.mendes@gmail.com

<sup>3</sup> Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
Doutor em Ciências da Actividade Física e do Desporto  
Equiparado a Assistente do 1º Triénio na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança  
Centro de Investigação e Intervenção no Idoso da ESSa/IPB  
Centro de Investigação do Instituto de Biomedicina da Universidade de León (Espanha)  
Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano (CIDESD)  
andre@ipb.pt

<sup>4</sup> Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
Mestre em Ciências de Enfermagem  
Centro Hospitalar do Nordeste  
angelaprior70@gmail.com





## \_\_INTRODUÇÃO.

**A**s fracturas da extremidade próxima do fémur representam um grave problema de saúde pública não só pela elevada incidência com que atingem a população idosa mas sobretudo pelas significativas taxas de mortalidade e morbilidade associadas à patologia nestes grupos etários. Segundo dados da Direcção Geral da Saúde (DGS), durante o ano de 2006 ocorreram em Portugal 9523 fracturas do colo do fémur, as quais foram responsáveis por gastos hospitalares na ordem dos 52 milhões de euros. A mesma fonte estima a mortalidade entre 20% a 30% durante um ano após fractura, referindo que a incapacidade grave atinge uma prevalência de 40% no mesmo período.

Os dados divulgados pela DGS para o nosso país estão em linha com as estatísticas internacionais. Em Espanha, Orozco (2001) aponta igualmente uma taxa de mortalidade de 30% nos doze meses seguintes à fractura. Idênticos resultados foram obtidos no Reino Unido onde a mortalidade após cirurgia atinge 9% em trinta dias, 19% em noventa dias e 30% em doze meses (Moran, Wenn, Sikand & Taylor, 2005). Nos Estados Unidos a taxa de mortalidade subsequente à fractura entre pessoas com mais de 65 anos tem vindo a diminuir, embora a taxa de incidência de fracturas tenha aumentado (Brauer et al., 2009).

Se por um lado a evolução a que temos assistido nas últimas décadas ao nível da emergência pré-hospitalar e das técnicas médico-cirúrgicas tem contribuído, sobretudo nos países desenvolvidos, para a estabilização do problema, como demonstraram Pederson et al. (2008), não é menos verdade que este tipo de fracturas é responsável por um quadro epidemiológico assaz complexo, no qual a prevenção primária e o controle dos factores etiológicos emergem como abordagens preferenciais.

Dentro das medidas preventivas, e com o objectivo de proteger a articulação coxo-fémural de traumatismos acidentais, foram concebidos dispositivos mecânicos, rígidos na sua parte exterior e almofadados na parte interior, geralmente conhecidos como protectores da anca. O pressuposto básico que subjaz ao seu uso assenta nas leis de energia e cinemática do trauma que explicam que um objecto ou um corpo em movimento possui uma energia específica e para que ele pare completamente é necessário que essa forma de energia se transfira ou seja absorvida para outros objectos ou estruturas. No caso da queda, a transferência de energia acarreta algum dano tecidual na vítima. Materiais compressíveis podem absorver parte dessa energia evitando que toda ela seja absorvida pelo organismo. No caso específico dos protectores da anca Kannus, Parkkari & Poutala (1999) estudaram em condições laboratoriais simuladas as forças de impacto e as propriedades biomecânicas dos protectores. Os autores concluíram que o dispositivo absorvia energia de impacto sobre o quadril graças à almofada interna, transmitindo parte dessa energia aos tecidos moles periféricos graças ao escudo externo. Laboratorialmente os protectores mostraram ser capazes de absorver entre 0,6 e 1 kN (kilo-Newton) registando forças de impacto internas abaixo dos limiares de fractura (Kannus, Parkkari & Poutala, 1999). Apesar destes resultados laboratoriais, estudos clínicos longitudinais e randomizados levados a cabo na população idosa têm chegado a conclusões contraditórias sobre a eficiência dos protectores da anca na prevenção das fracturas próximas do fémur. Com este texto foi nosso objectivo contextualizar a problemática em análise, revendo a literatura recente e comparando os resultados das investigações publicadas.







## \_\_PREVENÇÃO DE QUEDAS.

A queda aumenta o risco de dependência funcional, está relacionada com o declínio do estado de saúde do idoso e eleva a probabilidade de institucionalização. As quedas acidentais são também a causa mais importante de fracturas proximais do fémur já que a redução da acuidade visual, elevado uso de medicamentos, perturbações do equilíbrio, alterações posturais e do centro de gravidade são comuns a esta faixa etária. A epidemiologia refere-nos que 32% das pessoas acima dos 65 anos têm pelo menos uma queda por ano; que a frequência é maior em mulheres que em homens, que 5% das quedas resultam em fracturas e que a maioria dos idosos que tiveram uma queda cairão novamente nos seis meses subsequentes. A partir dos resultados de um estudo levado a cabo numa amostra de 1660 idosos inseridos na comunidade, Stalenhoef et al. (2000) elaboraram um modelo de risco para quedas cujos factores mais importantes se prendiam com o sexo e a idade (ser mulher com 80 ou mais anos de idade) presença de uma desordem neurológica crónica, uso de antidepressivos, problemas de equilíbrio

Os episódios de queda no idoso resultam pois da interacção de factores extrínsecos e intrínsecos. Entre os factores extrínsecos, associados ao meio ambiente, referimos a título de exemplo a iluminação inadequada, as superfícies escorregadias, os tapetes soltos ou com dobras, piso irregular, pequenos objectos ou obstáculos no solo, estado dos degraus ou inexistência de corrimãos de apoio. Os factores intrínsecos, mais difíceis de controlar, estão associados a alterações decorrentes de patologias ou do processo normal de envelhecimento (Messias & Neves, 2009). É útil acentuar que uma queda pode ter múltiplas causas e quedas repetidas podem ter diferentes etiologias. Daí a importância de avaliar correctamente um idoso que sofreu queda. Grosso modo, a queda é um marcador de distúrbios

subjacentes apenas identificáveis por uma cuidadosa avaliação pós-queda, com o objectivo de prevenir recorrências, reduzir incapacidades e custos do tratamento.

Já em 1989, Cummings e Nevitt sugeriram que nem a osteoporose nem a elevada incidência de quedas nos idosos eram suficiente para explicar de forma isolada o aumento exponencial com a idade da incidência de fracturas da extremidade proximal do fémur. Os autores propuseram que quatro factores deveriam estar presentes para que uma queda resultasse em fractura da anca: um primeiro factor seria o ponto de impacto do corpo com o solo, quanto mais próximo do quadril maior a probabilidade de fractura; o segundo factor a ter em conta seria a falha nas respostas de protecção; o terceiro a capacidade dos tecidos moles envolvidos absorverem forças de impacto e o quarto e último factor a resistência óssea e seu limiar de fractura. As pesquisas destes autores mostraram que o idoso tem um padrão de queda diferente da população jovem, caindo com mais frequência sobre o lado e não usando as mãos como defesa eficaz contra quedas.

Pelo menos um terço de todas as quedas em idosos envolvem riscos ambientais em casa (Tremblay & Barber, s.d). No sentido de preveni-las, vários autores defendem a existência de uma *checklist* para o lar onde vários critérios de segurança deveriam ser satisfeitos. Em geral os descritores dessas *checklists* dizem respeito ao mobiliário, iluminação adequada, estado do piso, condições da cozinha, escadas ou casa de banho etc... Outras ainda alargam os descritores aos factores intrínsecos como o estado da visão, equilíbrio ou audição. Seja como for, o que é importante realçar é o facto de existir evidência suficiente para valorizar os programas de intervenção primária. A revisão sistemática mais completa que conhecemos sobre o assunto, e que





incluiu 111 estudos randomizados com um total de 53 303 participantes (Gillespie et al., 2009) salienta a eficácia dos programas de exercício físico com treino da força, equilíbrio, flexibilidade e resistência para a prevenção de quedas. A metanálise concluiu que as intervenções para melhorar a segurança em casa são sobretudo eficazes em pessoas de alto risco ou com

deficiência visual severa. Quanto ao uso de fármacos os autores concluíram que prescrições ajustadas e revistas periodicamente ajudam a diminuir a incidência de quedas. Ainda relativamente aos cuidados médicos a revisão salienta que a cirurgia precoce à catarata reduz as quedas nos idosos.

## MELHORIA DA QUALIDADE ÓSSEA.

**E**tiologicamente, a fractura da anca encontra-se associada a um conjunto muito vasto de variáveis das quais destacamos a idade, o sexo e a presença de patologias associadas, em especial a osteoporose. Neste enquadramento, a idade correlaciona-se positivamente com a taxa de incidência de fracturas próximas do fémur, sobretudo a partir dos 50 anos (Anderson, Raymakers & Gregg, 1993; Johnell & Kanis, 2005). Com efeito, sabemos hoje que entre a terceira e a quarta década de vida se altera o equilíbrio dinâmico entre a formação e a reabsorção óssea, iniciando-se a partir daí um lento processo de perda de massa óssea o qual é mais marcado nas mulheres de raça branca a partir da menopausa, podendo estas mulheres perder cerca de 35% de osso cortical do fémur. Assim é possível avaliar por técnicas densiométricas não invasivas a massa óssea e, conforme os resultados da densidade óssea do esqueleto apendicular avaliar o risco de fractura do fémur (Cummings et al., 1990), já que a relação entre a incidência de fracturas e a densidade mineral óssea está bem apoiada na evidência (Schuit et al., 2004). Para Carrasco et al. (2002) a probabilidade da fractura depende fundamentalmente da diminuição da massa óssea, do tipo e intensidade do traumatismo e da alteração da qualidade óssea.

A qualidade da massa óssea melhora com o exercício físico, e este tem sido recomendado como a

melhor abordagem não farmacológica para minimizar a perda de densidade e de massa óssea durante o envelhecimento. Para além disso, o exercício físico, é uma intervenção de baixo custo e disponível para a esmagadora maioria do público em geral. Nesta linha Kettunen et al. (2010), numa coorte de 2147 ex-atletas e um grupo controlo de 1467 indivíduos da população geral, estudaram a hipótese da actividade física vigorosa no início da vida adulta estar associada com maior densidade óssea e menor risco de fractura da anca em idade avançada. O estudo concluiu que o risco relativo de fractura foi menor nos ex-atletas, e que a ocorrência de fracturas da anca neste grupo se dava mais tardiamente. Também a densidade mineral óssea, medida em gramas por centímetro quadrado, foi significativamente maior no grupo dos ex-atletas. Este e outros estudos vêm reforçar a importância da prática do exercício físico regular ao longo da vida na prevenção de patologias associadas à perda da densidade mineral óssea (Kelley, 1998; Wolff, Kemper, Kostense & Twisk, 1999; Kelley, Kelley & Tran, 2000).

Para a melhoria da qualidade óssea é importante uma alimentação saudável com ingestão adequada de vitamina D e cálcio. Suplementos adicionais de cálcio e vitamina D melhoram a qualidade óssea e parecem ter um efeito protector sobre as fracturas (Dawson-Hughes, Harris, Krall, & Dallal, 1997). A





DGS, devido ao risco acrescido de fracturas, recomenda o uso associado destes suplementos, de acordo com o seu estado geral, às mulheres em risco de osteopenia e esta indicação é extensível aos indivíduos com mais de 65 anos (D.G.Saúde, 2008). Segundo a mesma fonte o suplemento com cálcio e vitamina D nas pessoas idosas não substitui o tratamento com fármacos antiosteoporóticos. Assim, a suplementação, como o próprio nome indica, deve ser vista como coadjuvante de outras estratégias preventivas. A associação de cálcio e vitamina D como medida de prevenção da fractura da anca em idosos institucionalizados parece obter consenso. Muito recentemente foi publicado no British Medical Journal um estudo envolvendo cerca de 70000 pacientes e sete ensaios clínicos. O estudo para além de concluir que a vitamina D administrada isoladamente não previne fracturas, concluiu que muitas investigações já tinham realçado; concluiu também que a sua associação com o cálcio reduz as

fracturas da anca, independentemente da idade e do sexo, e provavelmente as fracturas vertebrais, probabilidade que até à data era pouco apoiada pela literatura. Finalmente o Guia Clínico para Prevenção e Tratamento da Osteoporose de 2010 da National Osteoporosis Foundation recomenda uma ingestão diária de 1200 mg de cálcio, incluindo suplementação se necessário e um aporte de 800 a 1000 UI (Unidades Internacionais) de vitamina D.

A tabela 1 resume os factores de risco para a Osteoporose. De acordo com a National Osteoporosis Foundation (NOF), a presença de um factor de risco *major* sugere indicação para estudo da massa óssea por densitometria. O inverso é também verdadeiro; de acordo com Kanis (2002), os resultados de uma densitometria devem ser complementados pela pesquisa de factores de risco clínico.

**TABELA 1 - Factores de risco para a osteoporose, prevenção de perdas ósseas e fracturas.**

FACTORES DE RISCO PARA OSTEOPOROSE*	
Factores de risco <i>major</i>	Factores de risco secundários
<ul style="list-style-type: none"><li>Idade ≥ 65 anos</li><li>História de fractura de baixo impacto</li><li>História familiar de fractura osteoporótica, designadamente a mãe ter tido fractura da anca</li><li>Terapêutica prolongada com glicocorticóides sistémicos (&gt; 3 meses)</li><li>Síndrome de má absorção</li><li>Hiperparatireoidismo primário</li><li>Hipogonadismo</li><li>Menopausa precoce (antes dos 45 anos de idade)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Antecedentes clínicos de hiperparatireoidismo</li><li>Terapia anticonvulsivante crónica</li><li>Baixa ingestão de cálcio</li><li>Fumar</li><li>Consumo excessivo de álcool</li><li>Ingestão excessiva de cafeína</li><li>Peso &lt;57 kg</li><li>Curto prazo perda de peso &gt; 10% do peso em 25 anos</li><li>Terapêutica prolongada com heparina</li><li>Artrite reumatóide</li></ul>
PREVENÇÃO DE PERDAS ÓSSEAS E FRACTURAS*	
Alimentação rica em cálcio e vitamina D; Cessação tabágica; Evitar perder peso de forma rápida; Exercício físico regular; Evitar o uso excessivo de álcool; Uso de calçado adequado; Vigilância oftalmológica regular e uso de óculos se necessário; Medidas de segurança para evitar quedas em casa; Não usar tranquilizantes e sedativos sem receita médica.	

\* Adaptado de: Brown, J., & Josse, R. (2002). Scientific Advisory Council of the Osteoporosis Society of Canada. Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Osteoporosis in Canada. Canadian Medical Association Journal, 167(10), S1-34.







## PROTEGENDO A ANCA.

A maioria das fracturas da extremidade proximal do fémur está relacionada com trauma perto da anca. Partindo desta constatação, foram desenvolvidos meios mecânicos para colocar nessa zona corporal como medida para reduzir o impacto do trauma e, desse modo, reduzir as probabilidades de fractura. Em 1959 foi concedida nos Estados Unidos a primeira patente para um protector da anca.

Os protectores são constituídos geralmente por almofadas na sua face interna e por um escudo convexo externo de polietileno para maior rigidez. Geralmente estes dispositivos encontram-se encastrados ou cosidos na roupa interior, de modo que as almofadas fiquem colocadas ao nível da região trocantérica. Nos modelos comercializados no nosso país, as almofadas apresentam espuma visco-elástica, seladas numa espécie de bolsa à prova de água, o que permite a sua lavagem regular e secagem rápida. Assim, os protectores estão incorporados em roupa interior especialmente desenhada: calções que se assemelham a uma cinta de velcro para maior comodidade no vestir e despir. Recomenda-se que o utilizador disponha de três pares de modo a conseguir ter sempre um par disponível para vestir (Alguacil & Máximo, 2007).

A comodidade dos protectores da anca é uma variável de extrema importância, já que muitos programas preventivos em que foi tentado implementar o seu uso concluíram que a aceitação inicial e a continuada adesão dos idosos à colocação destas peças representa um verdadeiro problema para a efectividade da intervenção, precisamente porque os seus utilizadores os acham incómodos. Harada et al. (2001) reportaram que 19% de indivíduos institucionalizados se negaram a utilizá-las num programa de prevenção. Um estudo conduzido por Birks et al. (2004) identificaram-se 17 222

mulheres idosas que, inseridas na comunidade, cumpriam os critérios de inclusão para uso dos protectores, mas apenas 31% continuava a usá-los ao fim de 28 meses do programa. Em um estudo recente, Douglas et al. (2007) conseguiram taxas de adesão de 80%, em 37 instituições de idosos dos Estados Unidos da América utilizando várias estratégias para motivar os funcionários dos lares a colaborar no programa de intervenção. Esta questão é realçada pela maioria dos estudos que referem que a atitude do cuidador é um factor crucial para o uso regular dos protectores (Alguacil & Máximo, 2007).

Ainda relativamente a este ponto, estão relatados casos de intolerância pelas complicações que advêm do uso dos protectores como sejam desconforto, irritação da pele, abrasão e edemas dos membros inferiores. Também na população idosa incontinente o uso de protectores tem pior tolerância. Para além dos incontinentes, o uso de protectores da anca pode ser problemático em idosos portadores de demência e graves problemas de mobilidade.

A eficiência destes dispositivos em termos puramente biomecânicos encontra-se suportada por muitos estudos laboratoriais. No último estudo de que temos conhecimento (Choi, Hoffer & Robinovitch, 2010) os autores, usando simuladores de impactos mecânicos, analisaram em laboratório a absorção de forças produzidas por três protectores disponíveis no mercado. O estudo concluiu pela eficácia dos protectores na capacidade de absorver energia de choque, mas sublinha que essa eficácia depende bastante de um correcto e estável posicionamento do protector, pelo que recomendaram melhorias no design do vestuário de modo a obter-se um maior ajustamento. A tabela 2 resume as principais conclusões que podemos extrair desses estudos.





**TABELA 2** - Estudos laboratoriais sobre protectores da anca e principais conclusões.

ESTUDO	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
Parkkari et al (1994)	Para ir abaixo do limiar de fractura com a velocidade de impacto realista de 3 m/s, os materiais de preenchimento dos protectores devem ter 10-14 mm de espessura.
Kannus et al (1997)	Trata-se do único estudo controlado realizado em humanos. Indivíduos jovens voluntários usando protectores foram sujeitos a forças de impacto lateral com um pêndulo de 40kg, suficientes para originar fracturas em indivíduos idosos. Com base na dor relatada e na ausência de hematomas os autores concluíram pela eficácia do protector.
van Schoor et al (2006)	Em testes laboratoriais em que foi simulada boa espessura de tecidos moles, todos os protectores se mostraram eficazes. Quando a espessura foi inferior a 1,2cm apenas os protectores com disco rígido externo reduziram a energia abaixo do limiar de fractura.
Laing & Robinovitch (2008)	Protectores de almofadamento simples, com 14mm de espessura, em forma de ferradura, reduzem substancialmente a pressão sobre o grande trocanter, detectada através de células de carga.
Bulat et al (2008)	Protectores de quadril impactados várias vezes em laboratório mostraram perder eficiência na capacidade de absorção de energia o que se traduz na necessidade de serem substituídos com regularidade em ordem a obter o mesmo efeito.

Apesar dos resultados obtidos laboratorialmente, os estudos clínicos longitudinais e randomizados não esclarecem de forma inequívoca se os protectores têm ou não eficácia preventiva sobre as fracturas. O primeiro grande ensaio clínico controlado foi realizado em 1993, junto de 665 idosos residentes num lar, tendo sido colocados protectores a 247. No final da investigação os autores concluíram pela maior incidência de fracturas no grupo que não usava protectores. No grupo de intervenção, apesar de se terem registado 154 quedas, apenas 8 resultaram em fractura em momentos em que esses idosos não estavam usando o aparelho protector (Lauritzen, Petersen & Lund, 1993). Após esta investigação muitos mais estudos foram publicados sobre o assunto em questão. Finalmente, em 2005 surgiram duas metanálises que, revendo a literatura, tiveram como objectivo determinar se os protectores de anca reduzem a incidência de fracturas da extremidade proximal do fémur em idosos (Sawka et al., 2005; Parker, Gillespie & Gillespie, 2005).

A metanálise levada a cabo por Sawka et al. (2005) teve como objecto sete estudos e concluiu que existe

pouca evidência para a indicação dos protectores da anca em contextos que não sejam as instituições de apoio a idosos; e, mesmo nestes casos, o potencial benefício dos protectores era pouco robusto.

Relativamente à metanálise de Parker, Gillespie e Gillespie (2005) os autores conduziram uma revisão baseada em 13 ensaios clínicos que cumpriam critérios metodológicos previamente definidos: existência de um grupo controle e um grupo de intervenção amostrado por processos aleatórios. A tabela 3 resume as conclusões desta metanálise. Como podemos observar nenhum estudo levado a cabo em idosos inseridos na comunidade revelou eficácia para o uso de protectores da anca. Relativamente aos estudos realizados em instituições de idosos, a maioria concluiu que os protectores contribuíram para a redução da incidência de fracturas da anca. Os autores concluíram que não há provas da efectividade do uso de protectores da anca na prevenção de fracturas proximais do fémur, admitindo no entanto a sua prescrição em instituições com uma taxa de incidência muito alta de fracturas.





**TABELA 3** - Eficácia dos protectores da anca. *Outcomes* de diversos estudos.

AUTORES	PARTICIPANTES	PAÍS	EFICÁCIA DOS PROTECTORES
Chan et al (2000)	Lares	Austrália	Sim
Janti, Aho & Maki-Jokela (1996)	Lares	Finlândia	Sim
Harada et al (2001)	Lares	Japão	Sim
Lauritzen, Petersen & Lund (1993)	Lares	Dinamarca	Sim
Meyer et al (2003)	Lares	Alemanha	Sim
Cameron et al (2001)	Lares	Austrália	Não
van Schoor et al (2003)	Lares	Holanda	Não
Kannus et al (2000)	Lares e comunidade	Finlândia	Sim
Ekman et al (1997)	Lares	Suécia	Sim
Cameron et al (2003)	Comunidade	Austrália	Não
Hubacher (2001)	Lares	Suíça	Não
Birks et al (2003)	Comunidade	Reino Unido	Não
Birks et al (2004)	Comunidade	Reino Unido	Não

\*Adaptado de: Parker, M., Gillespie, W., & Gillespie, L. (2005). Hip protectors for preventing hip fractures in older people. *Cochrane Database Syst Rev*, 20(3).

Posteriormente às metanálises que referimos atrás surgiu numa publicação americana a investigação de Douglas et al, (2007) conduzida em 1042 lares. Os autores encontraram grandes problemas ao nível de adesão aos dispositivos, acabando por focalizar a sua atenção em 334 instituições onde, seguindo

várias estratégias, conseguiram taxas de uso de 80%. Os autores concluíram que a taxa de incidência das fracturas da anca em idosos com protectores *versus* idosos sem protectores não diferiu em termos estatisticamente significativos (5.3%; 95% IC, 2.6%-8.8% vs 3.5%; 95% IC, 1.3%-5.7%;  $P=.42$ ).





## \_\_CONCLUSÕES.

A fractura da extremidade proximal do fémur (trocanterica, subtrocanterica ou do colo do fémur) é uma causa importante de morbilidade e mortalidade nos idosos; acarretando perda de independência funcional, alteração da dinâmica familiar com sobrecarga dos cuidadores e elevados custos económicos para a sociedade.

A prevenção primária é uma estratégia crucial para reduzir a incidência deste tipo de fracturas. As medidas preventivas poderão diminuir a ocorrência de quedas no idoso, melhorar/ estabilizar a qualidade do tecido ósseo ou proteger a anca de traumatismos.

Relativamente a este último ponto, revendo a literatura temática e os estudos publicados, concluímos que a eficácia dos protectores da anca não está devidamente esclarecida e o seu custo benefício é controverso. O uso de protectores poderá

estar justificado em instituições com elevadas taxas de incidência de fracturas, em idosos que já fracturaram a anca como método preventivo de segundas fracturas, ou pacientes de alto risco com história de quedas ou redução da capacidade visual. Neste momento, não existe evidência científica que aconselhe o uso regular destes dispositivos nos idosos inseridos na comunidade.

Gostaríamos de sublinhar que, em caso algum, o recurso aos protectores da anca em populações de risco, poderá substituir outras estratégias preventivas, nomeadamente os programas de redução de quedas que visam aumentar a segurança ambiental, modificar comportamentos ou actuar sobre factores etiológicos intrínsecos.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alguacil, I., & Máximo, N. (2003). Protector de cadera: una prevención infravalorada. *Rev Esp Geriatr Gerontol* , 88-93.
- Birks, Y., Porthouse, J., Addie, C., Loughney, K., Saxon, L., Baverstock, M., et al. (2004). Randomized controlled trial of hip protectors among women living in the community. *Osteoporosis Int* , 15(9), 701-6.
- Brauer, C. (2009). Incidence and Mortality of Hip Fractures in the United States. *Journal of the American Medical Association* , 302(14), 1573-1579.
- Brown, J., & Josse, R. (2002). Scientific Advisory Council of the Osteoporosis Society of Canada. Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Osteoporosis in Canada. *Canadian Medical Association Journal* , 167(10), S1-34.
- Bulat, T., Applegarth, S., Wilkinson, S., Fitzgerald, S., S., A., & Quigley, P. (2008). Effect of multiple impacts on protective properties of external hip protectors. *Clin Interv Aging* , 3(3), 567-571.
- Choi, W., Hoffer, J., & Robinovitch, S. (2010). The effect of positioning on the biomechanical performance of soft shell hip protectors. *Journal of Biomechanics* , 43(5), 818-825.
- Cummings, S., & Nevitt, M. (1989). A Hypothesis: The Causes of Hip Fractures. *The Journal of Gerontology* , 44(4), 107-111.
- Cummings, S., Black, D., Nevitt, M., Browner, W., Cauley, J., Genant, H., et al. (1990). Appendicular Bone Density and Age Predict Hip Fracture in Women. *Journal of the American Medical Association* , 263(5), 665-668.
- Dawson-Hughes, B., Harris, S., Krall, E., & Dallal, G. (1997). Effect of Calcium and Vitamin D Supplementation on Bone Density in Men and Women 65 Years of Age or Older. *New England Journal of Medicine* , 337, 670-676.
- DIPARTgroup. (2010). Patient level pooled analysis of 68 500 patients from seven major vitamin D fracture trials in US and Europe. *British Medical Journal* .
- Douglas, K., Magaziner., Zimmerman., Ball., Barton., Brown., et al. (2007). Efficacy of a Hip Protector to Prevent Hip Fracture in Nursing Home Residents. *JAMA* , 298, 413-422.
- Gillespie, L., Robertson, M., Gillespie, W., Lamb, S., Gates, S., Cumming, R., et al. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* .
- Handerson, G. H., Raymakers, R., & Gregg, P. J. (1993). The incidence of proximal femoral fractures in an English County. *J Bone Joint Surg* , 75(3), 441-444.
- Harada, A., Mizuno, M., Takemura, M., Tokuda, H., Okuizumi, H., & Niino, N. (2001). Hip fracture prevention trial using hip protectors in Japanese nursing homes. *Osteoporosis International* , 12(3), 215-21.
- Johnell, O., & Kanis, J. (2005). Epidemiology of osteoporotic fractures. *Osteoporosis international* , 16.
- Kanis, J. (2002). Diagnosis of osteoporosis and assessment of fracture risk. *The Lancet* , 359, 1929 - 1936.
- Kannus, P., Parkkari, J., & Poutala, J. (1999). Comparison of force attenuation properties of four different hip protectors under simulated falling conditions in the elderly: a in vitro biomechanical study. *Bone* , 25(2), 229-235.





- Kelley, G. (1998). Aerobic exercise and bone density at the hip in postmenopausal women: a meta-analysis. *Preventive Medicine* , 27(6), 798-807.
- Kelley, G., Kelley, K., & Tran, Z. (2000). Exercise and bone mineral density in men: a meta-analysis. *J Appl Physiol* , 88, 1730-1736.
- Kettunen, J., Impivaara, O., Kujala, U., Linna, M., Mäki, J., Rätty, H., et al. (2010). Hip fractures and femoral bone mineral density in male former elite athletes. *Bone* , 46(2), 330-335.
- Laing, A., & Robinovitch, S. (2008). Effect of soft shell hip protectors on pressure distribution to the hip during sideways falls. *Osteoporos Int* , 19(7), 1067-1075.
- Lau, E., Cooper, C., Fung, H., Lam, D., & Tsang, K. (1999). Hip fracture in Hong Kong over the last decade- a comparasion with the UK. *Journal of Public Health Medicine* , 21(3), 249-250.
- Lauritzen, J., Petersen, M., & Lund, B. (1993). Effect of external hip protectors on hip fractures. *Lancet* , 341(8836), 11-13.
- Messias, M., & Neves, R. (2009). A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* , 12(2), 275-282.
- Moran, C., Wenn, R., Sikand, M., & Taylor, A. (2005). Early Mortality After Hip Fracture: Is Delay Before Surgery Important? *The Journal of Bone and Joint Surgery* , 87, 483-489.
- National Osteoporosis Foundation. (2010). *The Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis*.
- Orozco, P. (2001). Actualización en el abordaje y tratamiento de la osteoporosis. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud* , 117-141.
- Parker, M., Gillespie, W., & Gillespie, L. (2005). Hip protectors for preventing hip fractures in older people. *Cochrane Database Syst Rev* , 20(3).
- Parkkari, J., Kannus, P., Poutala, J., & Vuori, I. (1994). Force attenuation properties of various trochanteric padding materials under typical falling conditions of the elderly. *J Bone Miner Res* , 9(9), 1391-6.
- Parkkari, J., Kannus, P., Heikkilä, J., Poutala, J., Heinonen, J., Sievänen, J., et al. (1997). Impact Experiments of an External Hip Protector in Young Volunteers. *Calcified Tissue International* , 60(4), 354-357.
- Pedersen, J., Borgbjerg, J., Schousboe, E., Bente, J., Pedersen, J., Henrik, J., et al. (2008). A Comprehensive Hip Fracture Program Reduces Complication Rates and Mortality. *Journal of the American Geriatrics Society* , 56(10), 1831-1838.
- Saúde, D. G. (2008). *Orientação técnica sobre suplemento de Cálcio e Vitamina D em pessoas idosas*. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde.
- Sawka, A., Boulos, P., Beattie, K., Thabane, L., Papaioannou, A., Gafni, A., et al. (2005). Do hip protectors decrease the risk of hip fracture in institutional and community-dwelling elderly? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Osteoporosis International* , 16(12), 1461-1474.
- Schuit, S., Klift, M., Weel, A., Laet, C., Burger, H., Seeman, E., et al. (2004). Fracture incidence and association with bone mineral density in elderly men and women: the Rotterdam Study. *Bone* , 34(1), 195-202.
- Soan, J. (1997). *Protocols in Primary Care Geriatrics*. New York: Springer.





Stalenhoef, P., Diederiks, J., Knottnerus, J., Witte, L., & Crebolder, H. (2000). The construction of a patient record-based risk model for recurrent falls among elderly people living in the community. *Family Practice*, 17(6), 490-496.

Tremblay, K., & Barber, C. (sem data). Preventing Falls in the Elderly. *Family*, no. 10.242.

van Schoor, N., van der Veen, A., Schaap, L., Smit, T., & Lips, P. (2006). Biomechanical comparison of hard and soft hip protectors, and the influence of soft tissue. *Bone*, 39(2), 401-407.

Wolff., Kemper, H., Kostense, P., & Twisk, J. (1999). The effect of exercise training programs on bone mass: a meta-analysis of published controlled trials in pre- and postmenopausal women. *Osteoporosis*, 9(1), 1-12.





## Estudos Teóricos / Ensaios

### SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS BRASILEIROS: ALTERAÇÕES ESTOMATOLÓGICAS NA TERCEIRA IDADE.

*Diurianne França<sup>1</sup>, Marcela Vasconcello<sup>2</sup>, Sandra de Aguiar<sup>3</sup>*

O presente estudo tem como propósito, através de revista de literatura, verificar as principais alterações estomatológicas na terceira idade. O edentulismo ainda é muito comum. O uso de próteses pode ocasionar o surgimento de lesões como estomatite, candidíase, hiperplasias e úlceras. Concluiu-se que a saúde bucal dos idosos brasileiros é precária e o uso de serviços odontológicos bastante incipiente. São necessários investimentos públicos em saúde bucal para reverter essa situação dos idosos com políticas concretas de ações preventivas, educativas, curativas e de reabilitação oral.

**Palavras-Chave:** Saúde bucal. Idoso; Assistência Odontológica para Idosos.

## INTRODUÇÃO.

O crescente envelhecimento da população brasileira ressalta a importância de medidas para se lidar com esta situação. Esse fenômeno é caracterizado, principalmente, pelo declínio da taxa de fecundidade, a diminuição da taxa de mortalidade nas idades avançadas e o aumento da expectativa de vida, tendo como

consequência direta uma mudança na estrutura etária da população, mudança que já é observada há algum tempo nos países desenvolvidos, mas que ocorre agora de um modo bastante acelerado nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, e, em menor proporção, nos subdesenvolvidos (Araujo et al., 2006; Martins et al., 2008; Ferreira et al., 2009).

<sup>1</sup> Doutoranda em Odontopediatria – UNESP/Araçatuba.

Professora da Disciplina de Diagnóstico em Odontologia do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG.

E-mail: diurianne@terra.com.br

<sup>2</sup> Especialista em Odontopediatria

<sup>3</sup> Professora Adjunto do Departamento de Clínica Infantil e Social, Universidade Paulista Júlio Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.







Com o aumento da vida média da população, o conceito de qualidade de vida torna-se mais importante e a saúde bucal tem um papel relevante na qualidade de vida do idoso, uma vez que o comprometimento da saúde bucal pode afetar negativamente o nível nutricional, o bem-estar físico e mental, bem como diminuir o prazer de uma vida social ativa (Marchini et al., 2001; Martins et al., 2007; Crispim et al., 2009). Porém o edentulismo é aceito pela sociedade, pelos cirurgiões dentistas e pelas pessoas adultas especificamente como algo normal e natural com o avanço da idade (Araújo et al., 2006; Ferreira et al., 2009), e não como reflexo da falta de políticas públicas no campo da saúde bucal, destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais

avanzadas. A mutilação dentária resultante da perda dos dentes predispõe um estado de doença, pois assinala mudanças físicas, biológicas e emocionais. Os indivíduos desdentados ou usuários de próteses dentárias sentem-se em desvantagem em relação àqueles portadores de dentes naturais (Rodrigues Júnior et al., 2006; Hiramatsu et al., 2007).

O rápido envelhecimento no mundo requer novas políticas e programas para os idosos, portanto, faz-se necessário conhecer suas características nos diferentes contextos do Brasil. Considerando os desafios decorrentes da mudança no perfil demográfico nacional, o presente estudo tem como propósito, através de revista de literatura, verificar a relação da qualidade de vida com a saúde bucal dos idosos brasileiros.

## \_\_REVISÃO DE LITERATURA.

**D**ados epidemiológicos têm mostrado expressivo incremento das perdas dentárias com a idade. Em 1986, estimava-se que 10% da população brasileira aos 34 anos de idade apresentava ausência total de dentes. Aos 41 e 48 anos de idade, esse problema atingia, respectivamente, 20 e 30% dos brasileiros. A partir dessa idade, a proporção de edêntulos é cada vez maior e o colapso da dentição é mais intenso: 40% aos 53 anos, 50% aos 58 anos; 60% aos 63 anos; 70% aos 68 anos e 80% aos 70 anos de idade. Um dos principais indicadores de risco para o edentulismo é a perda dentária precoce (Ferreira et al., 2009).

O inquérito epidemiológico “Levantamento das Condições de Saúde Bucal da população brasileira-SB-Brasil, 2003” mostrou as condições atuais de saúde bucal da população adulta do Brasil. Na faixa etária de 35-44 anos, o índice CPO-D médio dessa população foi 20,13, sendo o componente P (perdido) responsável por um percentual de 66% do índice. Na

faixa etária de 65-74 anos, o CPO-D foi 27,79 e o componente P alcançou o percentual de 93% do índice. Em todo o país, na faixa etária de 30-44 anos, 30% das pessoas já são desdentadas e 75% dos idosos não têm um dente sequer na boca (SB Brasil, 2004).

Creutzberg e Nunes (2001) verificaram através de entrevista a 45 idosos de uma instituição asilar em Porto Alegre, que, quanto à periodicidade da higiene oral, 17% a realizava três vezes por dia, 31% duas vezes ao dia, 38% apenas uma vez ao dia, 11% “de vez em quando” e 3% que realizavam a higiene apenas três vezes por semana. Quanto ao uso de escova de dente, 27% não a utilizavam. Ao serem indagados sobre o local em que realizavam a higiene oral, 57% responderam que o faziam no chuveiro quando tomavam banho, ou seja, apenas lavavam a boca e/ou a prótese dentária. Estes são apenas alguns dados que demonstraram a precariedade do cuidado com a higiene oral como atitude preventiva básica na saúde bucal.





Moreira et al. (2005), por meio de busca em bases de dados, realizaram uma revisão sistemática da literatura, no período de 1986 a 2004, objetivando identificar os problemas bucais mais prevalentes entre os idosos brasileiros e conhecer os principais obstáculos no acesso aos serviços de saúde. Verificaram grande porcentagem de indivíduos edêntulos. As principais barreiras quanto ao acesso aos serviços odontológicos foram a baixa escolaridade, a baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal.

Martins et al. (2007) evidenciaram que, no Brasil, a prevalência de uso dos serviços odontológicos por idosos no último ano foi muito baixa (16,8%). Esse resultado denota uma provável dificuldade de acesso, especialmente considerando que 5,8% dos idosos relataram nunca ter ido ao dentista. A baixa prevalência de uso explica, em parte, as precárias condições de saúde bucal dos idosos identificadas no inquérito. Com relação às variáveis de necessidade de tratamento, apenas o relato de dor em dentes ou gengivas foi associada ao uso dos serviços odontológicos. Esse fato é preocupante uma vez que o número de idosos que conserva sua dentição natural está crescendo e que mesmo entre os edentados, o uso de serviços odontológicos é de suma importância devido à grande necessidade de cuidados, tais como diagnóstico precoce de lesões cancerizáveis, avaliação da necessidade ou da

substituição de próteses. Além disso, diferenças regionais e sócio-econômicas foram relacionadas ao uso dos serviços odontológicos entre idosos brasileiros (Martins et al., 2008).

Crispim et al. (2009) estudaram a prevalência do uso e necessidade de próteses e alterações de mucosa bucal em idosos de uma comunidade do município de Itajaí (SC). Participaram do estudo 196 pessoas com 60 anos de idade ou mais. Observaram que 74% da população usavam algum tipo de prótese dentária superior e 42,9% inferior. Ainda assim, foi constatado alto percentual de necessidade de próteses (63,3% arco superior; 82,1% arco inferior) para esta população. Adicionalmente foi observada alta prevalência de alterações da mucosa bucal (43,4%) entre os idosos. Concluíram que a severidade do quadro epidemiológico observado nesta população idosa mostra a necessidade premente de uma política concreta de ações preventivas, educativas, curativas e de reabilitação odontológica especificamente direcionadas para este estrato populacional.

Ferreira et al. (2009) estudaram a saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais e concluíram que a saúde bucal dos idosos é precária, representada por higiene bucal deficiente, alta experiência de cárie, acentuada perda dentária e presença de bolsa periodontal.

## \_\_PERDA DENTÁRIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS.

**A** exodontia total representa, muitas vezes, uma solução definitiva para a questão da dor, porém não é o tratamento ideal na maioria das vezes. A perda do elemento dental traz deficiências para a vida cotidiana dos indivíduos, que podem ser superadas pela colocação da prótese dentária, cujo acesso está limitado pelas condições econômicas. Essa perda compromete uma condição

biológica, a mastigação, que se encontra limitada socialmente pela baixa renda. Essa falta leva as pessoas a modificar seus hábitos alimentares e a optar por alimentos mais macios, de mais fácil mastigação e, muitas vezes, de valor nutritivo crítico (Rodrigues Júnior et al., 2006; Hiramatsu et al., 2007).





Outros problemas advindos da falta dos dentes são capacidade de fonação, o comprometimento da aparência estética e a descaracterização da identidade facial, retratando um quadro social de menor privilégio, o que leva o paciente a se tornar uma pessoa com dificuldades de aceitação social plena, portador de um estigma (Crispim et al., 2009; Souza e Silva et al., 2010a).

Como causas da perda dentária foram apontadas a falta de conhecimento dos meios para a manutenção dos dentes, a dificuldade de acesso aos serviços de atenção à saúde bucal, a falta de recursos financeiros para o tratamento necessário, as experiências iatrogênicas vivenciadas pelas pessoas e o medo da dor. Mesmo aqueles que conseguem ter acesso a tratamento odontológico são encorajados ao desdentamento total, que se caracteriza, então, como única alternativa de custo, pois tal procedimento é menos oneroso que a extração unitária de dentes (Souza e Silva et al., 2010b).

A exodontia e a substituição por meios artificiais representam o resquício de uma concepção e de uma

prática de saúde bucal. Eliminando um sintoma da doença, pela extração, restaura a condição de normalidade (não sentir dor), mas instaura a anormalidade (não ter dentes), que pode ser reconduzida à sua normalidade por meio de uma prótese dentária. Assim, o que é “anormal” passa a ser aceito como “normal”, social e mesmo profissionalmente (Martins et al., 2009; Queiroz et al., 2009).

No que diz respeito à expectativa dos pacientes em face da reposição protética dos dentes, é possível observar que as preocupações mais frequentes envolvem a qualidade da prótese, especialmente quanto à estabilidade e à adaptação. Existe um grande desejo das pessoas de superar as dificuldades anteriormente vivenciadas, para poderem reencontrar, no espelho, o seu “eu” rejuvenescido, a sua liberdade de exposição ao olhar dos outros de maneira segura, completa (Marchini et al., 2001).

## \_\_ALTERAÇÕES ESTOMATOLÓGICAS DA TERCEIRA IDADE.

Quanto às alterações odontológicas relacionadas à terceira idade a cavidade bucal da pessoa idosa apresenta mudanças decorrentes do envelhecimento relacionado ao funcionamento normal e/ou patológico de suas estruturas. Algumas dessas alterações são observadas em consequência das manifestações de doenças sistêmicas, deficiências nutricionais, efeitos colaterais pelo uso de fármacos, repercutindo no funcionamento dos tecidos periodontais, na dentição, glândulas salivares e mucosas orais (Saintrain e Vieira, 2008).

A mucosa bucal do idoso, apesar de possuir o mesmo aspecto de normalidade de um jovem,

apresenta-se menos resistente, pois é objeto de alterações inerentes ao envelhecimento, assim como ocorre com os demais tecidos do organismo. Essa perda natural de sua capacidade deixa-a mais vulnerável a ferimentos. Tal condição, associada ao uso de próteses, pode ocasionar o surgimento de lesões como estomatite, candidíase, hiperplasias e úlceras. As glândulas salivares nos idosos sofrem uma perda de aproximadamente 20-30% em sua capacidade funcional, fazendo com que diminua a lubrificação da cavidade bucal, deixando-a mais susceptível a alterações patológicas. Uma das afecções mais comuns é a xerostomia, geralmente relacionada ao idoso. A literatura mostra que esta





possui maior relação com o uso de associações de medicamentos e/ou alterações sistêmicas (Scelza et al., 2003).

Goiato et al. (2005) afirmaram que pacientes idosos, por apresentarem uma série de características bucais e sistêmicas peculiares como rebordo alveolar reduzido, mucosa menos resiliente, tecido muscular em degeneração, exigem maior precisão na adaptação de suas próteses aos tecidos.

Associados aos fatores citados acima, devem ser considerados também fatores de ordem local,

característicos do sistema mastigatório de um idoso. As alterações morfológicas da ATM, mais frequentes em idosos do que em outros grupos etários, a diminuição das funções proprioceptivas, da densidade e secção transversal dos músculos mastigatórios, a presença de uma maior quantidade de cáries radiculares e o aumento na prevalência de alterações das relações maxilo-mandibulares são exemplos dos desafios locais da terapia protética para indivíduos idosos (Marchini et al., 2001).

## DISCUSSÃO.

A maioria dos estudos que avaliam mudanças no estado de saúde bucal de indivíduos e populações tem sido baseada em indicadores clínicos das doenças bucais, existindo relativamente poucas avaliações relativas à sua saúde e bem-estar a partir da percepção do indivíduo. Atualmente é crescente o interesse em estudar a influência da condição dos dentes na qualidade de vida dos indivíduos, não somente relacionados com as consequências físicas, mas incluindo também as sociais e psicológicas (psicossociais). Estas avaliações, realizadas através da autopercepção, fornecem informações diferentes das obtidas pela avaliação clínica, realizada pelo profissional (Silva et al., 2005).

Em acréscimo, os estudos epidemiológicos em saúde bucal também têm sido complementados frequentemente com dados sobre condições sócio-econômicas, levando em consideração a importância da influência dessas nas doenças e condições de saúde, sendo consideradas como fatores determinantes de saúde e de acesso a serviços. (SB Brasil, 2004; Martins et al., 2007).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) não tem adequada estrutura nem é suficiente para absorver a demanda por atenção em saúde bucal da população

adulta, especialmente nas faixas etárias mais avançadas. Esse é provavelmente um dos motivos pelos quais dentes que poderiam ser recuperados são extraídos, uma vez que tal alternativa é considerada a mais prática e, também, a mais econômica. A maior parte das pessoas que perdem os dentes vê-se impossibilitada de recompor as perdas por meio de próteses, principalmente devido à falta de recursos financeiros. Além disso, os brasileiros que fazem uso de próteses totais removíveis utilizam-nas por um tempo que se estende muito além do prazo recomendado para sua devida substituição (Souza e Silva et al., 2010a).

Durante muitos anos, os serviços públicos de saúde bucal disponibilizaram à população brasileira um atendimento odontológico essencialmente curativo, mutilador, de alto custo, baixa cobertura e baixo impacto epidemiológico. Como consequência dessa política, criou-se uma enorme demanda por níveis de atenção de maior complexidade, aliada à grande necessidade de ampliação do acesso a esses serviços para uma significativa parcela da sociedade, ainda excluída da atenção. O projeto Brasil Sorridente, que integra a Política Nacional de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde (SUS), gradualmente implementado a partir de 2003, tem o





objetivo de ampliar o leque de procedimentos odontológicos à população brasileira que recebia, até então, apenas a atenção básica (Souza e Silva et al., 2010b).

Com a divulgação dos dados resultantes do inquérito epidemiológico Projeto Saúde Bucal – SB Brasil 2003 demonstrou-se que, no país, a população entre 35 anos e 44 anos apresenta condições precárias de saúde bucal, com índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) próximo a vinte. Mais da metade desse índice está representada por dentes perdidos (P) igual a 13,2. Na parcela populacional com idade superior a 65 anos, o fato agrava-se ainda mais, pela comprovação da perda de quase todos os dentes. Nessa faixa etária, o CPO-D apurado foi 27,8, com o componente P de 25,83, ou seja, a extração de dentes foi, e ainda é, um recurso muito utilizado para sanar problemas odontológicos, especialmente aqueles relacionados à dor e à mobilidade dentária, sintomas bastante presentes no cotidiano de parte significativa da população brasileira. A curto prazo, não se vislumbra uma radical alteração dessa realidade (Silva et al., 2005; ARAÚJO et al., 2006; Ferreira et al., 2009; Martins et al., 2009; Queiroz et al., 2009).

A maioria dos artigos apresentados nesta revisão mostra maior percentual de uso de próteses dentárias no arco superior. Isso pode indicar maior preocupação dos indivíduos com a sua estética facial, já que os dentes superiores costumam ser mais evidentes durante o sorriso, enquanto os dentes da arcada inferior normalmente não são tão evidenciados. Além disso, outra provável justificativa para tais achados pode ser a maior dificuldade de adaptação que os indivíduos relatam em relação ao uso destes aparelhos de reposição dentária para a arcada inferior e a alegação de desconforto pela utilização da mesma.

Chamamos atenção também para o grande volume de exodontias nas populações idosas brasileiras, que configura um quadro sugestivo de que em algum momento de sua vida estes indivíduos tiveram acesso aos serviços odontológicos, independente de considerações sobre a qualidade dos serviços

prestados. Cabe ressaltar que a oportunização do acesso não deve ser confundida com a complexidade da atenção recebida nem com a oferta de serviços públicos para esse tipo de reabilitações. Em acréscimo, Crispim et al. (2009) pontuaram que as extrações dentárias e instalação de próteses constituem serviços odontológicos básicos, cuja orientação está em nítida oposição à abordagem preventiva e conservadora de órgãos e tecidos, preconizada em modelos de atenção de base epidemiológica e ações integrais.

Alguns estudos, como de Narvai e Antunes (2003) e Colussi et al. (2004) mostraram que de 62,5% a 65 % dos aparelhos protéticos tinham indicação de substituição. Entretanto, esses achados não coincidem com os resultados do Projeto SB Brasil (2004), que descreveu 19,6% e 53,7% de indivíduos com necessidade de próteses para o arco superior e para o arco inferior, respectivamente.

Ainda em relação à necessidade do uso de prótese, a literatura é farta em relacionar a falta de atenção odontológica posterior à colocação da prótese como um dos motivos que justificaria os elevados percentuais de necessidade de substituição, como também a alta prevalência de lesões aos tecidos bucais em associação às mesmas (Crispim et al., 2009).

Condições de mastigação, lesões ligadas à prótese e ou doenças periodontais constituem agravos severos que precisam ser enfrentados, em primeiro lugar por meio de políticas nacionais, estaduais e municipais de saúde com ênfase na prevenção, reduzindo os níveis de doença para que as necessidades de tratamento não sufoquem a capacidade de atendimento (Rodrigues Júnior et al., 2006).

Quando se investigam prováveis problemas de saúde entre indivíduos desdentados, raramente se faz menção à questão da perda dentária como problema de saúde bucal e, no Brasil, é comum que pessoas, apesar de grandes perdas dentárias, considerem boa sua saúde, inclusive a bucal. Em verdade, o desdentado não é considerado doente. A perda dentária é tratada diferentemente de perdas de outras estruturas do corpo. Tal condição não provoca





nenhuma simpatia especial e, ao contrário, espera-se que a pessoa se recupere dessa perda sem maiores problemas. Uma reação mais exacerbada pode ser considerada como uma deficiência na psique ou personalidade. O entendimento de que a remoção dos dentes pode ser a solução para os problemas de saúde bucal é resultado, também, da articulação de conceitos culturais e médicos, que determinam o agir frente a diferentes ocorrências desses problemas (Souza e Silva et al., 2010b).

Na rotina diária das pessoas, as alterações produzidas pela perda total dos dentes deveriam se constituir em objeto de preocupação da classe odontológica. No entanto, a abordagem dos profissionais, na maioria das vezes, apenas considera as perspectivas biológicas e restauradoras, ou seja, a recomposição dos dentes deve ser realizada dentro dos melhores princípios da técnica, negligenciando-se as repercussões da perda dental na qualidade de vida dos pacientes (Souza e Silva et al., 2010a).

Concordamos com Moreira et al. (2005), onde a saúde bucal do idoso brasileiro encontra-se em situação precária, com elevados índices de edentulismo, refletindo a ineficácia historicamente presente nos serviços públicos de atenção odontológica, limitado a exodontias em série e serviços de urgência, baseados no modelo curativista.

As consultas ao dentista, diferentemente do que ocorre com as visitas ao médico, parecem se tornar menos frequentes com o envelhecimento. O menor uso parece ser explicado, em grande parte, pela alta frequência de idosos edentados, uma vez que este fator está associado à menor prevalência de uso de serviços odontológicos e pelo fato de que os edentados acreditam que a visita regular ao dentista é importante apenas para quem ainda tem dentes. É possível que os edentados brasileiros não tenham informação satisfatória sobre a necessidade de consultas regulares ao dentista para avaliação e

manutenção de suas próteses. Tais resultados preocupam, pois a piora na saúde bucal tende a levar ao edentulismo se não for tratada a tempo e adequadamente. Quem menos usa os serviços para tratamento restaurador e preventivo tende a perder mais dentes e ter uma pior condição geral de saúde bucal em decorrência do menor uso. A necessidade de tratamento e de revisão das próteses e a suspeita da neoplasia são razões para a procura dos serviços odontológicos.

Nos últimos anos, vem sendo observada a preocupação em se avaliar o impacto da perda dental e da utilização de próteses removíveis na qualidade de vida das pessoas e os resultados das pesquisas desenvolvidas nessa direção demonstram que as repercussões são relevantes e não podem ser desconsideradas. Grande atenção deve, pois, ser dispensada aos pacientes, especialmente no momento de preparo dos mesmos para a perda total dos dentes, no atendimento das suas expectativas com a inserção das próteses e no seu posterior monitoramento. A perda dentária pode ser considerada como uma saída para o fracasso de um tratamento conservador anteriormente realizado e pode se constituir em um evento de forte impacto, que, além de causar danos funcionais, é capaz de desequilibrar a organização psíquica e social das pessoas.

Os trabalhos analisados permitiram sugerir que as principais barreiras aos serviços odontológicos foram a baixa escolaridade, a baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal voltados à população idosa brasileira. Acreditamos que a escassez de políticas de saúde, a dificuldade de acesso ao tratamento odontológico, a demanda reprimida acarretando o alto custo dos tratamentos ou a própria mentalidade, tanto da população quanto dos profissionais, são fatores que ainda contribuem para que as perdas ocorram em idades tão precoces, resultando em elevado edentulismo.







## \_\_ CONSIDERAÇÕES FINAIS.

**É** fundamental que se criem mecanismos para uma saudável convivência com a velhice, garantindo a dignidade como um bem legitimamente reconhecido a qualquer ser humano e o respeito aos seus direitos não como algo próprio de minoria a ser protegida, mas como verdadeira regra de convívio de gerações. Estamos vivendo um novo tempo, o idoso está vivendo mais, a transição demográfica que se opera na população na faixa acima de 60 anos de idade, está se processando com espantosa velocidade. Cresce a demanda de idosos, potencialmente dependentes, em busca dos serviços públicos. A sociedade e os poderes públicos precisam estar preparados para fazer frente a essa nova realidade, que já começa a se apresentar. O Brasil precisará cada vez mais de recursos financeiros, estruturais, humanos e materiais para atender os idosos da nossa sociedade brasileira.

É preciso que haja afastamento de mitos e estereótipos que cercam o tratamento odontológico na terceira idade, bem como divulgação de informações entre os próprios cirurgiões dentistas, os demais profissionais de saúde, as autoridades e a população em geral, incluindo, principalmente, os idosos e seus familiares. A perda dos dentes é um evento precipitador do sentimento de ser velho,

ocorrendo abruptamente em contraposição ao processo gradual de envelhecimento. Assim, o edentulismo é particularmente associado aos aspectos negativos da velhice, com a não-aceitação social por meio da perda de empregos e de parceiros. A severidade do quadro epidemiológico apresentado neste trabalho mostra a necessidade premente de uma política concreta de ações preventivas, educativas, curativas e de reabilitação odontológica especificamente direcionadas para este estrato populacional. A estruturação de um serviço de atenção à saúde bucal do idoso e de prótese dentária pelo setor público deve ser planejada. Há a necessidade de maiores investimentos na área de saúde e treinamento dos recursos humanos que trabalham com os idosos nos serviços de saúde para facilitar o acesso ao atendimento adequado de saúde dos idosos.

O cuidado à saúde bucal é uma construção que se dá ao longo da vida das pessoas e por isso, a formulação de políticas públicas não pode ser concretizada por meio da implementação de ações pontuais, de curto prazo, mas de modo processual, dinâmico, na perspectiva do envelhecimento saudável, respeitando integralmente as demandas de todos os ciclos da vida.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Araújo, S.S.C. et al (2006). Social support, health and oral health promotion among the elderly population of Brazil. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*10(19),203-16.

BRASIL (2004). Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil – Condições de saúde bucal da população brasileira – Resultados Principais: Ministério da Saúde 2004.

Colussi, C.F., Freitas, S.F.T., Calvo, M.C.M. (2004). Perfil Epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol* 1(7),88-97.

Creutzberg M., Nunes, A.C. (2001). Cuidado à saúde e promoção da qualidade de vida em uma instituição gerontológica: subsídios para o desenvolvimento de modelo assistencial de enfermagem. Porto Alegre: PUCRS.

Crispim, A.J., Saupe, R., Boing, A.F. (2009). Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese e de alterações de tecidos moles bucais em idosos de uma comunidade de Itajaí – SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 38(2).

Ferreira, R.C., de Magalhães, C.S., Rocha, E.S., Schwambach, C.W., Moreira, A.N. (2009). Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(11),2375-2385.

Goiato, M.C. et al. (2005). Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.* João Pessoa, 5(1).

Hiramatsu, D.A., Tomita, N.E., Franco, L.J. (2007). Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4),1051-1056.

Marchini, L., Montenegro, F.L.B., Cunha, V.P.P., Santos, J.B.F. (2001) Prótese na Terceira Idade. *Rev. APCD*, 2 (55),83-7.

Martins, A.M.E.B.L., Barreto, S.M., Pordeus, I.A. (2007) Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Rev Panam Salud Publica*. 22(5),308–16.

Martins, A.M.E.B.L., Haikal, D.S., Pereira, S.M., Barreto, S.M. (2008). Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(7),1651-1666.

Martins, A.M.E.B.L., Barreto, S.M., Pordeus, I.A. (2009). Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(2),421-435.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004). Projeto SB 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde; 2004.

Moreira, R.S., Nico, L.S., Tomita, N.E., Ruiz, T. (2005). A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 21,1665-75.

Narvai, P.C., Antunes, J.L.F. (2003). Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades In: LEBRÃO M, Oliveira YA. *SABE – Saúde, Bem- Estar e Envelhecimento*. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 121-40.

Queiroz, R.C.S., Portela, M.C., De Vasconcellos, M.T.L. (2009). Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2003): seus dados não produzem estimativas populacionais, mas há possibilidade de correção. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(1),47-58.

Rodrigues Júnior, F.H., Carvalho, L.P., Oliveira Filho, L.B., Caldas Júnior, A. de F., Manzi, C.T. A. (2006). Incidência de cárie e edentulismo em idosos residentes em Recife, Pernambuco. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, 15(1),33-40.







Saintrain, M.V.L., Vieira, L.J.E.de S. (2008). Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4),1127-1132.

Scelza, M.F.Z., Pierro, V., Scelza, P., Zaccaro, M., Rodrigues, C.(2003). Status protético e alterações bucais dos pacientes do programa interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da UFF. *RBO* 60(5),310-3.

Silva, D.D., Sousa, M.da L. R., Wada, R.S. (2005). Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4),1251-1259.

Souza e Silva, M.E., Villaça Ê. L., Magalhães C.S. de, Ferreira E.F. (2010a). Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3),841-850.

Souza e Silva, ME, Magalhães C.S. de, Ferreira E.F. (2010ba).Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3),813-820.





## Estudos Teóricos / Ensaaios

### FACTORES, RISCOS E CONSEQUÊNCIA DE QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.



*Fernando Augusto Pereira<sup>1</sup>, Ana Catarina Ferreira Fernandes<sup>2</sup>, Tânia de Jesus Ventura Miguel<sup>3</sup>*

**Objectivo:** Identificar os factores de quedas em idosos institucionalizados de longa duração, determinando os risco de queda e as suas consequências para a qualidade de vida dos idosos.

**Métodos:** Foram realizadas 64 entrevistas a idosos com mais de 65 anos vivendo em quatro distintas instituições de longa duração. A variável dependente é o número de quedas no último ano e os factores de queda intrínsecos e extrínsecos mais referidos na literatura constituíram as variáveis independentes.

**Resultados:** O estudo demonstra um número muito elevado de quedas em idosos institucionalizados, coincidentes com os encontrados em outros estudos internacionais. As consequências físicas e psicológicas das quedas são bem evidentes, nomeadamente o risco de fractura. Os factores intrínsecos estão mais relacionados com o risco de queda do que os factores extrínsecos ou ambientais. Os idosos que apresentam maior risco de queda são os dependentes, isto é, que apresentam um maior grau de dependência face à realização das actividades básicas de vida.

**Palavras-Chave:** Idosos, instituições de longa duração, acidentes, quedas.

---

<sup>1</sup> Doutor em Ciências Sociais;  
Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior Agrária;  
Investigador do Centro de Investigação e Intervenção Educativa da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto;  
Investigador do Núcleo de Investigação e Intervenção do Idoso da Escola Superior de Saúde de Bragança.  
Correspondência: fpereira@ipb.pt  
<sup>2</sup> Gerontóloga.  
<sup>3</sup> Gerontóloga.





## INTRODUÇÃO.

As quedas nos idosos são um problema maior de saúde pública<sup>8</sup> e podem levar a situações de incapacidade, injúria e morte.<sup>2</sup> Nos países ocidentais cerca de 30% dos idosos caem pelo menos uma vez por ano e aproximadamente 15% caem mais do que duas vezes por ano.<sup>6</sup> As quedas são responsáveis por 5,3% de todos os internamentos hospitalares de idosos nos EUA. O envelhecimento individual é um processo dinâmico e progressivo, em que existem alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, com redução na capacidade de adaptação homeostática às situações de sobrecarga funcional, alterando progressivamente o organismo tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas. Entre as alterações apresentadas pelo idoso encontra-se a instabilidade postural, que ocorre devido às alterações do sistema sensorial e motor, levando a uma maior tendência a quedas.<sup>4</sup>

Os factores determinantes de quedas na população idosa podem ser de natureza intrínseca (relacionados com a própria pessoa), ou de natureza extrínseca, relacionados com o ambiente e com práticas de risco. Rubinstein et al (2003) referem ainda os factores situacionais que são definidos como conjugações (interacções) particulares de factores intrínsecos e extrínsecos reunidos numa dada acção ou actividade realizadas pelos idosos.<sup>7</sup> Segundo a Sociedade Americana de Geriatria as quedas resultam da interacção de múltiplos e diversos factores de riscos e situações, muitos dos quais podem ser corrigidos; citando vários estudos esta entidade refere ainda que quanto maior é o número de factores reunidos num indivíduo maior é o seu risco de queda e, portanto, devem ser estes os alvos prioritários de medidas de vigilância e prevenção de quedas<sup>1</sup>.

Os factores intrínsecos incluem:<sup>2,9,7</sup> doenças e/ou deficiências dos sistemas cardiovascular,

neuroológico, músculo-esquelético, auditivo e visual; a toma de fármacos tais como: anti-hipertensores, psicofármacos, anti-coagulantes, diuréticos e digitálicos; a ausência de exercício físico; o género e a idade dos indivíduos. Os factores extrínsecos mais referidos são: iluminação, obstáculos arquitectónicos, vestuário e calçado inadequado, pessoas, animais, entre outros.

As quedas podem ser classificadas a partir da frequência com que ocorrem e do tipo de consequência que daí advém. Assim podemos defini-las como acidentais e recorrentes. Entendendo-se por queda acidental um evento único que dificilmente se voltará a repetir, motivado por uma causa extrínseca ao indivíduo geralmente caracterizado pela presença de um factor de risco ambiental danoso ou devido a atitudes de risco. Enquanto na queda recorrente estão presentes factores etiológicos intrínsecos ao indivíduo como as doenças crónicas, a polimedicação, as alterações do equilíbrio e défices sensoriais, entre outros.

O objectivo geral foi avaliar os factores de queda em idosos residentes em quatro instituições do distrito de Bragança, Nordeste de Portugal. Os objectivos específicos foram: identificar os factores e as consequências da ocorrência de quedas em idosos institucionalizados; identificar se as variáveis independentes (o género, a dependência, as doenças, a medicação, a actividade física, o local, a iluminação, a altura do dia, as condições do pavimento, o calçado, existência de algum objecto que proporciona a queda) influenciam a ocorrência de quedas (variável dependente). Foi levantada a hipótese de ser possível encontrar grupos de idosos mais susceptíveis a quedas do que outros e relacionar esse risco de queda mais elevado com os factores de risco intrínsecos e extrínsecos.





## \_\_ MÉTODOS.

**F**oram entrevistados 64 idosos das quatro instituições que aceitaram participar na realização do estudo e que respeitavam o critério de selecção de terem sofrido pelo menos uma queda nos últimos três anos. Esta informação foi obtida através do registo de ocorrências existente nas referidas instituições. O inquérito foi aplicado por entrevista directa com os idosos de modo a garantir o maior rigor possível da informação obtida. Foi ainda recolhida informação complementar pela observação do idoso no seu meio envolvente. Toda a informação foi recolhida entre Janeiro e Maio de 2008.

Os dados foram tratados estatisticamente em duas fases. Na primeira foi identificada a frequência dos fenómenos observados (estatística descritiva) que permitiu caracterizar a amostra como um todo. Na segunda fase, procuramos encontrar os grupos de idosos mais sujeitos a quedas, para tal procedemos a uma análise de clusters (*TwoStep Cluster Analysis*) que permite a conjugação de variáveis nominais (predominantes no nosso estudo) e de variáveis contínuas. As variáveis nominais seleccionadas diziam respeito aos factores de queda intrínsecos mais frequentemente apontados na literatura, designadamente, situação de dependência,

difficuldade da realização das actividades de vida diária, prática de exercício físico, problemas de visão, artroses, presbiacúsia, tonturas, doenças cardiovasculares, toma de psicotrópicos. Introduzimos ainda a variável queda accidental ou recorrente e as variáveis contínuas idade e número de quedas por ano. O grau de significância das variáveis que contribuem para a constituição dos clusters é determinado automaticamente pela aplicação informática (distribuição de t-student); a diferença do número médio de quedas/ano foi determinada através de uma *One way anova*.

O reduzido tamanho da amostra não permite expandir a generalização dos resultados à realidade portuguesa, mas trata-se de um primeiro estudo incidindo sobre as quedas e os factores de risco de queda em instituições portuguesas.

Foram observados vários procedimentos éticos, designadamente, um pedido de autorização oficial dirigido às direcções das instituições, solicitando autorização para a consulta de registos, a aplicação dos questionários e a observação. Foi assegurada a confidencialidade e respeitados os tempos de resposta dos idosos. A recolha de dados decorreu no período de 16 de Janeiro a 30 de Maio de 2008.

## \_\_ RESULTADOS.

**R**elativamente à caracterização dos 64 idosos estudados (Tabela 1) a idade média é cerca de 82 anos, mais de três quartos são do sexo feminino e a maioria é viúvo e provenientes do meio rural; o tempo médio de permanência na instituição é superior a três anos.

Cerca de um terço pratica exercício físico regularmente, sobretudo caminhadas. Relativamente à dependência, cerca de metade são semi-dependentes e cerca de um quarto são dependentes; no que respeita à realização das actividades básicas da vida diária cerca de um terço apresentam





dificuldade elevada ou extrema. Quanto às doenças e debilidades verificamos uma elevada prevalência da hipertensão, miopia, tonturas, presbiacúsia e artrose, todas apontadas como factores que agravam o risco de queda. No que concerne aos fármacos verifica-se

elevados índices de toma de anti-hipertensores, psicofármacos, anti-coagulantes, diuréticos e digitálicos. Finalmente, mais de metade percepciona a sua saúde como regular.

**Tabela 1** - Caracterização dos idosos

Tempo de permanência na instituição	3,4±3,6 anos
Média de idades	81,6±8,4 anos
Classe etária (%)	
76-85 anos	50,0
≥ 86 anos	34,4
<76 anos	15,6
Mulheres (%)	78,1
Estado civil (%)	
Viúvo(a)	60,9
Casado(a)	23,4
Solteiro(a)	15,6
Proveniência (%)	
Meio rural	68,8
Meio urbano	31,3
Pratica exercício físico (%)	
Às vezes	42,2
Sim	34,4
Não	23,4
Dependência (%)	
Semi-dependente	51,6
Independente	28,1
Dependente	20,3
Dificuldade nas actividades básicas vida diária (%)	
Nenhuma	37,5





Elevada/Extrema	32,8
Ligeira/Moderada	29,7
Principais doenças/debilidades (%)	
Hipertensão	60,9
Miopia	57,8
Tonturas	53,1
Presbiacúsia	51,6
Artrose	43,8
Fármacos mais tomados (%)	
Anti-hipertensores	60,9
Psicofármacos	54,7
Anti-coagulantes	40,6
Diuréticos	39,1
Digitálicos	17,2
Percepção do estado de saúde (%)	
Regular	57,8
Má	29,7
Boa	12,5

Quanto às circunstâncias das quedas (Tabela 2), verifica-se que o número médio de quedas nos últimos três anos é de  $2,41 \pm 2$  quedas, a que corresponde uma taxa média de incidência da 75 quedas por 100 idosos/ano; um pouco mais de que um terço dos idosos caíram, em média, mais do que uma vez por ano (quedas recorrentes). O local de queda mais frequente é o interior da habitação, e a larga maioria ocorre em locais bem iluminados, sendo

mais frequentes no período da tarde, embora também ocorram de manhã e à noite. Mais de dois terços das quedas registaram-se em locais com piso liso e sem obstáculos o que indicia que se ficaram a dever a causas intrínsecas aos indivíduos. O tipo de calçado usado no momento da queda é diverso mas o mais frequente são as pantufas.





**Tabela 2** - Circunstâncias das quedas

Número de quedas médio nos últimos 3 anos	2,41±2,0 anos
Número de quedas/ano (%)	
<1 Queda/ano (queda acidental)	64,1
≥1 Queda/ano (queda recorrente)	35,9
Local da queda (%)	
Interior da habitação	68,8
Rua	17,2
Exterior da habitação	9,4
Local público	4,7
Iluminação do local (%)	
Com iluminação	87,5
Sem iluminação	12,5
Período do dia (%)	
Tarde	39,1
Manhã	34,4
Noite	23,4
Tipo de piso (%)	
Piso liso	68,8
Piso escorregadio	12,5
Irregular	10,9
Escadas/inclinado	7,8
Existência de obstáculos (%)	
Não existiam obstáculos	85,9
Tipo de calçado (%)	
Calçava pantufas	34,4
Calçava sapatos/botas	23,5
Descalço	21,9
Chinelos/outros	20,4





Finalmente quanto às causas, tipo e consequências da queda (Tabela 3) verifica-se que foi acidental (46,9% dos casos), devida a tontura ou vertigem (35,9%) e provocada por terceiros (17,2%). A queda para o lado é a mais frequente, seguida da queda para a frente. Em mais de metade dos casos a queda não foi presenciada por ninguém o que dificulta a ajuda imediata. O tempo de permanência no solo de

alguns minutos é o mais frequente mas, em 9,4% dos casos, os idosos permaneceram caídos mais do que trinta minutos. Em resultado das quedas cerca de 90% dos idosos receiam voltar a cair. No que respeita a consequências físicas, resultaram hematomas em quase dois terços dos casos e fractura em 10,9% das quedas.

**Tabela 3** - Causa, tipo e consequências da queda

Causa da queda (%)	
Aparentemente acidental	46,9
Tontura ou vertigem	35,9
Provocada por terceiros	17,2
Tipo de queda (%)	
Queda para o lado	42,2
Queda para a frente	34,4
Queda para trás	15,6
Queda para posição sentada/joelhos	7,9
Queda não presenciada por outras pessoas (%)	54,7
Tempo de permanência no solo (%)	
Uns minutos	73,4
Levantou-se imediatamente	17,2
Mais de 30 minutos	9,4
Consequências psicológicas da queda (%)	
Medo de voltar a cair	89,1
Consequências físicas da queda (%)	
Hematoma	73,4
Fractura	10,9
Traumatismo craniano	6,3
Nenhuma	6,3
Confusão	3,1







Necessidade de assistência (%)	
Hospital	35,9
Vizinhos ou família	29,7
Funcionários da instituição	23,4
Nenhuma	10,9

Estes resultados evidenciam um número de quedas elevado e preocupante, o que sugere a necessidade de corrigir as práticas de cuidado prestadas nas instituições.

Para isso procuramos encontrar grupos de idosos que dadas as suas características estivessem mais sujeitos a quedas. Os resultados encontram-se sintetizados na tabela 4.

**Tabela 4** - *TwoStep cluster analysis* para o grupo de idosos

Variável	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Idade média	81,65±7,29	82,56±9,99	81,63±8,37
Quedas/ano	***1,71±1,16	***4,69±2,41	***2,41±2,01
Idosos em casa grupo	31 (48,4%)	16 (25,0%)	17 (26,6%)
Quedas (%):			
<1 Queda/ano (queda accidental)	58,0	10,0	32,0
≥1 Queda/ano (queda recorrente)	14,3	*78,6	7,1
Situação de dependência (%):			
Independente	0,0	22,2	*77,8
Semi-dependente	*81,8	18,2	0,0
Dependente	30,8	46,2	23,1
Dificuldade nas actividades básicas vida diária (%):			
Nenhuma	8,3	29,2	*62,5
Ligeira	*88,9	11,1	0,0
Moderada	*90,0	0,0	10,0
Bastante	*90,9	0,0	9,1





Extrema	20,0	*80,0	0,0
Pratica exercício (%):			
Sim	33,3	6,7	*60,0
Não	54,5	45,5	0,0
Às vezes	51,9	18,5	29,6
Tem problemas de visão (%):	45,1	29,4	25,5
Tem problemas de artrose (%):	57,1	25,0	17,9
Tem problemas de presbiacúsia (%):	48,5	27,3	24,2
Tem problemas de tonturas (%):	52,9	17,7	29,4
Tem problemas cardiovasculares (%):	28,6	47,6	23,8
Tomam psicofármacos (%):	42,8	34,3	22,9

Como se pode observar o grupo 2, que integra 16 idosos (correspondendo a 25,0%) do total de idosos estudados) é o que apresenta uma média de quedas mais elevada ( $4,69 \pm 2,41$ ) e uma taxa igualmente elevada de quedas recorrentes (78,6%); verificando-se em ambos os indicadores diferenças significativas para os restantes dois grupos. Quanto aos factores intrínsecos que possam explicar essa diferença vemos que a extrema dificuldade nas actividades básicas de vida diária contribui de forma significativa para a constituição deste grupo de idosos (80,0%). Verifica-se ainda a tendência acentuada, embora sem significado estatístico, para este grupo apresentar a

maior proporção de idosos dependentes (46,2%) e que não praticam exercício físico (45,5%). Relativamente aos factores intrínsecos destaque neste grupo vai para os que apresentam problemas cardiovasculares (47,6%); os restantes factores intrínsecos estudados não explicam a frequência de queda por grupo, embora estejam mais representados no grupo 1 que é o grupo que apresenta menor número de quedas. Verificamos também que as consequências das quedas (danos físicos, medo de cair e tipo de fracturas) não diferem segundo o grupo.

## DISCUSSÃO.

O nosso estudo revela dados preocupantes no que respeita às quedas e suas consequências em idosos institucionalizados. Verificamos uma incidência média anual de quedas de 75 por 100 idosos/ano; o Gabinete Providencial da Saúde do

British Columbia – Canadá (2004), citando vários estudos internacionais, refere que entre os 30 a 50% dos idosos institucionalizados de longa duração caem todos os anos e destes 40% cai duas ou mais vezes por ano<sup>3</sup>, valores próximos dos encontrados no nosso estudo.





O tipo de queda mais comum é para o lado, permanecendo o idoso uns minutos no chão, necessitando a maior parte das vezes de ajuda para se levantar. A consequência mais comum é o hematoma e no caso em que há fractura é a da anca. A taxa de incidência de fractura é de 10,9 %, que é mais do dobro dos 5% referidos pelo estudo canadiano supra-citado. Na sua maioria os idosos que caíram não alteraram a maneira de ser após a queda, mas os poucos que alteraram ou ficaram com dores ou passaram a utilizar meios auxiliares de marcha.

A maioria das quedas ocorreu em locais com boa iluminação, com piso adequado e sem a presença de obstáculos. Isto indicia que as instituições em causa, que são recentes e especialmente desenvolvidas para os idosos, possuem condições ambientais e arquitectónicas (factores extrínsecos) adequadas. Isto é concordante com a observação de que em idosos institucionalizados, em que é mais comum encontrarem-se os idosos com mais debilidades intrínsecas do que as daqueles que vivem na comunidade, as quedas são mais devidas aos factores intrínsecos do que aos extrínsecos.<sup>7</sup>

Pelo contrário, como podemos verificar, a presença de factor de risco de queda intrínsecos ao indivíduo é bem evidente. É elevada a proporção de idosos dependentes e semi-dependentes, assim como aqueles que possuem algum grau de dificuldade de realização das actividades básicas de vida. É também muito elevado a presença de doenças e debilidades geralmente associadas a risco de queda, assim como a toma de medicação. Isoladamente, o factor idade não afecta o risco de queda o que

confirma a observação de Rubinstein et al (2003) de que embora as alterações associadas ao envelhecimento primário contribuam para os factores intrínsecos de queda, frequentemente os principais contributos surgem dos factores de risco associados às doenças (envelhecimento secundário).<sup>7</sup>

O estudo de diferenciação dos grupos que realizamos relaciona o risco elevado de queda com a dificuldade nas actividades básicas de vida diária, e ainda, embora sem significado estatístico com a dependência, com a não prática do exercício físico e com a presença de problemas cardiovasculares. Os restantes factores intrínsecos, como dissemos, parecem não afectar a frequência de queda assim como as consequências das quedas parecem não afectar a frequência das mesmas.

Em síntese, as quedas em idosos institucionalizados são muito frequentes e dela decorrem consequências por vezes graves a nível físico e psicológico, afectando decisivamente a qualidade de vida dos idosos, destacamos no nosso estudo a elevada proporção de quedas que dão origem a fracturas. Este estudo mostra que os factores extrínsecos contribuem pouco para as quedas dos idosos institucionalizados, o que atribuímos às boas condições ambientais e arquitectónicas das instituições (que são na sua maioria recentes). Finalmente o nosso estudo demonstra que embora os idosos caiam muito frequentemente, nem todos apresentam o mesmo risco de queda. Assim, julgamos necessário, que os responsáveis pelas instituições foquem a sua atenção no grupo de idosos de maior risco de queda.





## \_\_REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. American Geriatrics Society. Guidelines for the prevention of falls in older persons. *Journal of American Geriatrics Society*. 2001; 49: p. 664-672.
2. Fabrício, S., R. Rodrigues and M. Costa Júnior. Causas e consequências de quedas em idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*. 2004; 38 (1): p. 93-99.
3. Gabinete Providencial da Saúde do British Columbia - Canadá. Prevention of Falls and Injuries Among the Elderly. Special Report. Janeiro, 2004.
4. Guimarães, L., Galdino, D., Martins, F., Vitorino, D., Pereira, K. , Carvalho, E. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam actividade física e idosos sedentários. *Revista de neurociências*. 2004; Volume 12, Nº 2: p. 68-72.
5. Nnodim, J. O., N. B. Alexander. Assessing falls in older adults. A comprehensive fall evaluation to reduce fall risk in older adults. *Geriatrics*. 2005; Volume 60, nº 10: p. 24-29.
6. Perracini, M. and L. Ramos. Factores associados a quedas numa coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*. 2002; 36 (6): p.709-716.
7. Rubinstein, T., N. B. Alexander, J. M. Hausdorff. Evaluating Fall Risk in Older Adults: Steps and Missteps. *Clinical Geriatrics*. 2003; Volume 11, Number 1: p. 52-60.
8. Sjosten, N., M. Salonoja, M. Piirtola, T. Vahberg, R. Isoaho, H. Hyttinen, P. Aarnio, S. Kivela. A multifactorial fall preventin programme in home-dwelling elderly people: a randomized-controlled trial. *Public Health*. 2007; Elsevier, 121: p. 308-318.
9. Stel, V., J. Smit, S. Pluijm, P. Lips. Balance and mobility performance as treatable risk factors for recurrent falling in older persons. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2003; 56: p. 659-668.





## Trabalhos Monográficos

### NO PATAMAR DA INSTITUCIONALIZAÇÃO:

### COM SOFRIMENTO E SEM VOZ.



Ana Rita Matos<sup>1</sup>

É objectivo principal da pesquisa que subjaz ao conteúdo deste artigo a compreensão do fenómeno dos maus-tratos emocionais e económicos a idosos no domicílio, num período pré-institucional, bem como a análise da entrada em Lares de Idosos - se é voluntária ou involuntária – em função da relação familiar entre o ofensor de maus-tratos e o agente de decisão.

**Palavras-Chave:** Maus-tratos Económicos; Maus-tratos Emocionais; Institucionalização; Processo de Decisão.

## \_\_INTRODUÇÃO.

**E**ste artigo aborda alguns aspectos importantes do trabalho realizado no âmbito da Dissertação de Mestrado em Gerontologia

Social, titulada “Compreensão do fenómeno dos maus-tratos económicos e emocionais a idosos e a decisão no processo de institucionalização”<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Licenciada em Serviço Social e Mestre em Gerontologia Social;  
E-mail: rita.matos@portugalmail.com

<sup>2</sup> Dissertação defendida em Abril de 2009, no âmbito de Mestrado em Gerontologia Social, no Departamento das Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa de Braga, Portugal, orientada pela Prof. Doutora Fátima Lobo





A intencionalidade desta pesquisa teve como ponto de partida abordar o tema dos Maus-Tratos perpetrados e sofridos por idosos em Portugal, concretamente no Norte de Portugal, sob duas das suas manifestações específicas - o mau-trato emocional e o mau-trato económico – no período pré-institucionalização.

A pesquisa bibliográfica sobre o fenómeno dos maus-tratos a idosos mostra que há um reduzido número de estudos nacionais que traduzam a magnitude do problema. Tendo em conta a gravidade do fenómeno em questão, percebe-se que os dados relativos a esta realidade em Portugal são ainda muito escassos. O presente estudo/reflexão constitui, por isso, um contributo para o estudo do fenómeno. Inscreve-se na problemática dos maus-tratos económicos e emocionais, infligidos no domicílio,

bem como na análise da associação entre o agressor e agente de decisão da institucionalização dos sujeitos, segundo uma relação familiar.

Para o idoso, a família é vista como suporte essencial para o seu bem-estar, quando aquele requer cuidados específicos, permitindo-lhe continuar integrado no seu contexto familiar e social. No entanto, reconhece-se actualmente que a família, ao assumir essa tarefa de cuidador, altera as suas dinâmicas. Uma relação desgastada da família, o cansaço excessivo do cuidador/familiar ou a sua incapacidade de oferecer os cuidados adequados ao idoso, são alguns exemplos que podem gerar situações conflito ou de maus-tratos.

## \_\_ METODOLOGIA.

A questão central que orienta esta pesquisa foi observada e analisada em indivíduos institucionalizados da Valência Lar de Idosos das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) identificadas em dois concelhos distintos do Norte de Portugal, no concelho de Braga e de Monção. Esta diferenciação geográfica permite estudar o fenómeno em contexto rural e urbano.

A população analisada, maioritariamente com idades compreendidas entre os 76 a 85 anos, são idosos viúvos ou solteiros e com baixa ou nenhuma escolaridade, o que, à excepção da representação do

género, são dados que se aproximam de números estatísticos a nível nacional.

Partindo de uma abordagem quantitativa dos fenómenos sociais, este estudo privilegia a importância da construção do conhecimento através de uma abordagem compreensiva e interpretativa dos fenómenos. Foi feito inquérito por questionário, sendo os dados recolhidos objecto de uma análise estatisticamente descritiva e inferencial, tratados em SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 16.0 para Windows.





## \_\_ objectivos da pesquisa.

A pesquisa perseguiu os seguintes objectivos:

- Analisar a percepção que os idosos têm da realidade e vivência dos maus-tratos;
- Identificar e analisar o fenómeno de maus-tratos (económicos e emocionais) infligidos a idosos, concretamente na fase de passagem do domicílio

para a residência institucional, ao longo de um período de 6 anos;

- Conhecer a participação dos idosos no seu processo de institucionalização;
- Conhecer a sua satisfação na situação de mudança residência/Lar, na opinião dos próprios idosos.

## \_\_ constituição da amostra.

O trabalho de campo teve o seu início no dia 31 de Janeiro de 2007 e término no dia 10 de Março de 2008. A amostra é composta por 85 indivíduos do meio urbano e rural, com idades, na maioria dos casos, compreendida entre os 81-85 anos, predominando nesse intervalo etário o género feminino (mais de 40%). Foram seleccionados no universo dos sujeitos institucionalizados no concelho de Braga e no concelho de Monção, segundo dois

critérios previamente estabelecidos, nomeadamente, estar inscrito e pertencer à Valência Lar de Idosos, e não contabilizar os idosos “com alguma desorientação temporal e cognitiva” ou que apresentassem algum grau de demência mental significativo que pudesse invalidar as respostas dadas pelos mesmos<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> No que se refere às instituições seleccionadas, no concelho de Monção, foram seleccionadas 2 Instituições (IPSS), sendo as únicas existentes com a valência Lar de Idosos, até à data. Já no concelho de Braga, das 25 IPSS também existentes até à data, foram contactadas 12 IPSS aleatoriamente, mas apenas 4 assentiram ao pedido e aceitaram participar no presente estudo.







## \_\_ANÁLISE E PROBLEMATIZAÇÃO DOS RESULTADOS.

### \_\_decisão da institucionalização.

Cabe à família e principalmente ao idoso (quando este tem condições de decidir sobre sua própria vida) escolher qual a melhor alternativa para si: pode permanecer na sua própria casa (contando com o auxílio de um cuidador); mudar-se para a casa de um filho ou familiar próximo (onde será cuidado pelos familiares e, quando possível, por um cuidador profissional); ou, ainda, ser institucionalizado. Frente a este cenário de alternativas, sempre que possível, o idoso deve manifestar-se perante as possibilidades e é essencial que o processo seja desenvolvido com o seu consentimento.

Ao analisarmos os 42,4% dos sujeitos em estudo que afirmaram terem mudado de residência por vontade própria, percebe-se que existe uma aproximação na representatividade dos dois géneros. Apesar de ser em pequena dimensão, é o género feminino que predomina nesse grupo de decisão. Podemos justificar essa diferença pela elevada taxa de viuvez feminina em Portugal, consequência da esperança média de vida masculina ser inferior à feminina (dados do INE de 2001).

Numa fase de pré-institucionalização, observando a situação familiar dos sujeitos em estudo, é notória a grande percentagem de famílias unipessoais constituídas apenas por idosos (32, 9%) e por famílias de idosos (30%). Este resultado reforça a concepção de autores como Imaginário (2002, 68) quando afirmam que “o aumento da esperança de vida que faz com que haja mais casais idosos e mais indivíduos sozinhos. São idosos que vivem sozinhos, depois dos eventuais filhos terem formado uma família e depois do conjugue ter falecido.” No entanto, os sujeitos que decidiram pela institucionalização, residiam maioritariamente com irmãos ou outros

familiares, que não os cônjuges ou filhos. A maioria dos idosos resiste à ideia de deixar a sua casa (Barroso, 2006), “mesmo face a uma realidade de declínio físico e incapacidade para viver de forma independente, sendo sentida como uma perda de identidade, é o seu espaço que fica para trás” No entanto, é sabido que a institucionalização é vista como um importante recurso para as pessoas idosas em situação de dependência (Fernandes, 2002), “a decisão de institucionalizar ocorre porque as tarefas tornam-se demasiadamente difíceis, tanto do ponto de vista emocional quanto físico, por causa de doença e da consequente dependência do velho” (Cit. Alcântara, 2004, 45).

Considera-se uma pessoa dependente, aquele que apresenta uma perda mais ou menos importante da sua autonomia funcional e necessita da ajuda de outra pessoa. Contudo, só uma abordagem multidisciplinar poderá objectar com eficácia a situação de dependência de cada pessoa (Imaginário, 2002). Quanto aos sujeitos em estudo, essa abordagem não sofreu qualquer teste ou instrumento de avaliação. Foi avaliado apenas através da percepção que cada uma tinha em relação a si mesmo.

Verificou-se que quase 80% dos sujeitos do género masculino se encontravam em situação de dependência de terceiros, no momento em que foram institucionalizados. Pelo contrário, pouco mais de 60% dos sujeitos do género feminino se encontravam em situação de semi-dependência.

Por sua vez, verifica-se que os sujeitos que decidiram pela institucionalização são os que se encontravam, nessa altura, numa situação de satisfatória autonomia, seguindo-se os Semi-Dependentes. No





entanto, a *Dependência Física* é um dos principais motivos que levaram os sujeitos a essa decisão, com 5,9%. Paralelamente, houve outros motivos ou factores apresentados com a mesma percentagem, tais como “*Sentimento de Isolamento/Procura de maior conforto*”.

Percebe-se que os sujeitos que apresentaram como principal factor de decisão de institucionalização o motivo de “*Sentimento de Isolamento*”, na sua maioria, viviam com os filhos ou sós. Esta é uma razão que pode explicar esse sentimento. Aos que viviam sós, pode-se associar a perda de familiares ou do seu afecto, o que acarreta maiores níveis de isolamento e solidão (Botelho, 2001). Já aos que viviam com os filhos podemos acrescentar o retrato que os idosos assumem nas sociedades de hoje, onde frequentemente se rotula a velhice como um período de vida em que se sobrecarrega alguém, a família ou alguma instituição. Os conflitos familiares e a consciência de impossibilidade de continuar a viver à mercê do pouco tempo disponível pela família são razões que predispõem os idosos a tomarem iniciativas de procura de uma resposta. Ao considerar-se um fardo para a família e não suportar tanto desgaste, o idoso encara a decisão pela institucionalização como a solução para uma situação de constrangimento, o que pode justificar a razão da “*Procura de maior conforto*”. (Gráfico nº 1).

Ao contrário, 57,6% da população em estudo refere que a decisão pela institucionalização foi tomada por outrem que não a própria. Para além de outros familiares, tal decisão passou principalmente, pelos próprios filhos, seguida pelos irmãos ou cônjuges. Quando associamos este grupo ao estado civil e à sua situação familiar antes da institucionalização é o estado de viuvez e solteiro que prevalece e, na sua maioria, sujeitos dependentes e semi-dependentes.

Há uma concepção tipificada na sociedade de que é à família que pertence a tarefa de assistir os seus velhos. Rebelo (1996, 23), refere que “em Portugal é a família o centro da tradição da responsabilidade colectiva pela prestação de cuidados”. No entanto,

com a reestruturação familiar nas sociedades, em que a disponibilidade dos filhos se vê drasticamente reduzida bem como as condições para cuidar dos seus idosos, a decisão pela institucionalização ocorre frequentemente por motivo de doença e de consequente dependência física vivida pelos idosos. Acresce a constante necessidade de hospitalização, a proximidade da morte, os conflitos entre papéis profissionais e familiares do cuidador, as necessidades crescentes do idoso e também as dificuldades de relacionamento entre o cuidador e o idoso (Pavarini, 1996).

Outros estudos provam que é ao apoio do cônjuge que o idoso recorre em primeira instância e, na ausência deste, procura os seus filhos adultos (European Commision, 1999). Este facto também se verifica na presente pesquisa: os idosos enquanto pais, habitavam na maioria com os filhos. Estes dados estão de acordo com estudos de Cortelleti et al. (2004), que relatam que enquanto o idoso permanece saudável e independente, são os próprios que se responsabilizam pelos cuidados pessoais, realizam tarefas domésticas, contribuindo para o orçamento doméstico, aumentando a possibilidade de permanecer e participar na estrutura familiar. No entanto, quando passa a necessitar de ajuda, a família, muitas vezes, recorre à institucionalização. Ou seja, considerando que, com o avançar da dependência e das necessidades crescentes dos idosos, a família encontra dificuldades na prestação de cuidados, depara-se com a urgência da procura de outras respostas que assumam o papel substituto de cuidador.

Neste estudo, percebe-se que o próprio cuidador foi quem optou e decidiu pela institucionalização dos idosos que tinha a seu cargo: no caso de os idosos serem pais, foram os filhos os seus primeiros cuidadores e, em fase posterior, quem tomou essa decisão; no caso de idosos casados foi o marido/esposa quem tomou o papel de cuidador e também quem assumiu a decisão. (Gráfico n.º 2).





No caso em que a institucionalização não resultou de um acto de decisão própria, as razões apontadas pelos sujeitos são, na sua maioria, a ausência de cuidadores (*“Não tinha ninguém que pudesse cuidar de si”*). Apontam outros motivos, tais como, um desconhecimento dessa razão (*“Não Sabe”*), a imposição familiar e até mesmo a falta de conhecimento na prestação de cuidados diários por parte dos seus cuidadores informais, ou seja, pelos seus familiares (*“Não sabiam cuidar de si”*). Alcântara (2004) aponta também a inexistência de suporte familiar e a impossibilidade de assistência como principais motivos de institucionalização. Estão ligados, sobretudo, à incapacidade da família em assumir a assistência aos seus pais, à falta de tempo, a falta de formação especializada aos cuidadores familiares e também pelo fraco e insuficiente atendimento da saúde pública, o que obriga os

cuidadores a recorrerem a entidades de saúde particulares em que a família tem de suportar essas despesas adicionais. Já a resposta *“Não Sei”*, pode ser explicada pela repentina situação de mudança do próprio sujeito, enquanto mudança da residência para a instituição. Bosi (1994) acredita que na própria família existe uma cumplicidade por parte dos adultos, uma estratégia assente no auto e hetero convencimento de que é o bem do idoso que está em causa, a necessidade de prestação de cuidados especializados, privando-os da liberdade de escolha e decidindo que troquem a casa pela institucionalização em Lares para Idosos, alimentando a ideia de que essa nova residência será sempre uma situação temporária. Para Alcântara (2004), a maioria dos idosos institucionalizados foram persuadidos pelas suas famílias, sob o argumento de que nesse local teriam melhor assistência.

## \_\_\_ decisão da institucionalização e a satisfação com a mesma.

Os sujeitos que afirmam terem mudado de residência por vontade própria, dizem estar satisfeitos com a situação actual (mais de 40%) e quase 50% avalia de *“mais ou menos”* a sua satisfação. É relevante e significativo que, no caso dos identificados como não tendo sido os próprios a tomar essa decisão, na sua maioria, mais de 60%, afirmam não estarem satisfeitos com a sua institucionalização. Não se pode deixar de notar que estas conclusões se mostram semelhantes às obtidas noutros estudos como o de Dias (2007, 39), que referem que “Os depoimentos revelaram também que 63,6% dos idosos ficaram insatisfeitos por serem institucionalizados e os 36,4% restantes se mostraram satisfeitos. Porém, desses últimos, 27,3% dos indivíduos foram por vontade própria, o que significa que tiveram a oportunidade de pensar, escolher, conhecer a instituição e definir-se, e esta autonomia teria maior chance de resultarem satisfação”. Por outro lado, os outros 63,6% “ficaram insatisfeitos com a decisão da família pela

institucionalização, considerando ser esta uma imposição, e não uma opção pessoal”. Vários estudos apontam para o facto de a institucionalização dever passar pelo diálogo entre o interessado, a família e a instituição, de forma a ser preservado o seu consentimento. Se esta mudança de residência para a instituição for um processo rápido, sem preparação adequada, a probabilidade de o indivíduo ter sucesso na sua integração é muito diminuta e pode mesmo vir a desenvolver algumas patologias depois da sua institucionalização, como é o frequente exemplo da depressão (Muñoz Tortosa, 2004). De acordo com Alcântara (2004), a institucionalização impõe perda de laços directos com o contexto histórico, com as suas referências pessoais e familiares, com todo o mal que naturalmente esse rompimento implica.

Relativamente ao género, percebe-se que são as mulheres que mais gostam de viver no Lar. Debert (1999) salienta que o género feminino é o que está





mais acostumado a passar por processos de mudanças intensas e que, por isso, tem mecanismos que contribuem para superar melhor as mudanças peculiares da idade avançada. Já para o género masculino, a situação institucional é mais destrutiva o que, entre inúmeras outras razões, também pode ser explicado por questões culturais, uma vez que é partilhada a representação de que os homens desempenham um papel dominante no matrimónio e no cuidado com outros membros familiares (filhos e esposa), uma relação de poder e de responsabilização que vê comprometida numa situação de mudança como esta, na qual se passa para uma situação de vida conjunta com estranhos com diferentes modos de vida, sujeitando-se a um tratamento igualitário, que consequentemente estrangula e limita a sua autonomia, privacidade entre outros (Muñoz Tortosa, 2004).

Quando se compara a reacção em função do género, pode observar-se, como defende Debert (1999), que a maioria das mulheres institucionalizadas mostra que a entrada para o Lar foi seguida de um sofrimento intenso e de um grande esforço de auto-convencimento que se opere a adaptação. Para as mulheres, pode dizer-se que o Lar é um local definitivo, pois estas não têm a intenção de mudar, sentindo-se seguras após um período de adaptação, mesmo quando criticam as práticas desenvolvidas na instituição. Quanto aos homens, geralmente são mais

críticos em relação à vida institucional. Procuram mostrar que não estão adaptados e que não se adaptarão nunca; quando suportam a instituição, dão a desculpa de que estão apenas a desfrutar da companhia de um amigo íntimo, ou aguentam viver neste ambiente por não terem outra opção. Ao contrário das mulheres, para alguns homens a permanência numa instituição é temporária, consequência de uma situação financeira difícil ou de uma doença que exige tratamento médico ou outros, por um período determinado.

Relativamente aos motivos que causam sofrimento aos sujeitos em estudo, tanto os que demonstram satisfação como insatisfação pela institucionalização, revelam como principais pontos negativos o facto de estar longe da sua casa, estar longe da sua família e a falta de privacidade. Seguindo o pensamento de Licht e Prado (2004), a casa inclui uma significância alargada que inclui abrigo, protecção, conquista e memórias afectivas que foram construídas ao longo de toda a vida e, por si só, é motivadora de satisfação neste grupo etário. É um lugar ontológico, um espaço social e de identidade dos idosos, onde estes estabelecem laços importantes com os objectos, as pessoas e o ambiente. Por este motivo, manifestam a importância do sentimento de propriedade em relação ao seu espaço enquanto residência/habitação e, só depois, vem a necessidade de se sentirem mais próximos da família.

## — percepção dos maus-tratos.

Quanto à *percepção dos maus-tratos*, pode-se entender que existe unanimidade no conhecimento e consciência dos maus-tratos, por parte dos sujeitos em estudo. À margem do saber científico relativamente aos tipos específicos desse fenómeno, 77,6% dos sujeitos definem os maus-tratos como “*Atitudes de Agressões Física*”, a que 10,6%, acrescenta a “*Comunicação Verbal Agressiva*”.

Considerando a experiência vivida pelos sujeitos num espaço temporal correspondente aos 6 anos anteriores à sua institucionalização, dos 16,5% que indicaram a vivência de algum tipo de mau-trato, é o género feminino que predomina em relação ao masculino. Note-se que os estudos efectuados pela APAV, em 2003, concluem que as vítimas de abusos nos grupos entre os 55 e mais anos em Portugal





tinham uma representatividade de 87% do género feminino (Quaresma e Gil, s/d). Relativamente à idade, prevalecem as mulheres com idades compreendidas entre os 81 - 85 anos e os homens com idades entre os 71 - 75 anos. Tipicamente, é nas mulheres e nos “grandes idosos”, pessoas com mais de 75 anos, que lideram os valores do mau-trato, devido ao agravamento das suas faculdades funcionais, cognitivas e de mobilidade (Dias, 2005).

Relativamente aos maus-tratos económicos, confrontamo-nos com um *grupo de idosos cujos familiares se apoderaram dos seus rendimentos ou rendas, sem o seu consentimento ou conhecimento*. Mais especificamente, na situação actual enquanto sujeitos institucionalizados, 97,6% dos indivíduos inquiridos não são responsáveis pela gestão dos seus próprios rendimentos, sendo que uma minoria (5,9%) não está satisfeita com essa situação e 32,9% não sabem se estão satisfeitos, sendo na maioria o género feminino.

Verificamos que quem gere os rendimentos dos sujeitos, no presente, é, na sua maioria, a mesma pessoa com quem os mesmos viviam antes da institucionalização, sendo que falamos aqui do cônjuge e dos filhos. São na maioria os filhos quem gere os rendimentos dos indivíduos do género feminino, das suas mães, sendo que, no que concerne ao género masculino, é o cônjuge com o papel de esposa que faz a gestão dos rendimentos do indivíduo. As mães, enquanto vítimas, mostram descontentamento com essa situação, apresentando o motivo de “*Não deu autorização para ser feito/Não sabiam o que faziam ao dinheiro*”. Paralelamente, os sujeitos do género masculino, na condição de maridos, afirmaram que não estão satisfeitos com o facto de não serem eles próprios a gerirem os seus rendimentos, e afirmam como principal motivo “*Não pode gastar/comprar o que quer*”. Este tipo o abuso financeiro que denominamos por *maus-tratos económicos*, é também conhecido como “o abuso lucrativo”. Para além de o idoso não usufruir do direito de gerir as suas economias como bem

entender, essas são muitas vezes gastas pelos familiares sem que estes atendam às necessidades do próprio idoso. (Espinoza, 2006)

Curiosamente verifica-se que aqueles que actualmente não gerem os seus próprios rendimentos, assumiam, na sua maioria, essa gestão antes de serem institucionalizados, a que se seguem aqueles que tinham passado essa responsabilidade aos filhos.

Na situação anterior à institucionalização (Gráfico nº 3), apesar de ser um cenário diferente da situação actual (82,8% dos inquiridos geriam os seus rendimentos), dos restantes 17,8% que já não gozavam o direito de gerir os seus rendimentos, 3,5% dos idosos inquiridos manifestam descontentamento perante essa situação. Mais uma vez se verifica que quem geria os seus rendimentos era o mesmo sujeito com quem viviam, mais uma vez os cônjuges e filhos.

Quanto ao género, é também o género feminino que suporta o sofrimento deste tipo de maus-tratos na situação anterior à institucionalização. Este resultado vai contra aos resultados obtidos no estudo desenvolvido por Pasinato et al. (2006), um estudo exploratório realizado no Brasil, que apontam a especificidade do abuso financeiro/material com incidência relativamente maior entre idosos do sexo masculino, dando como possível explicação o facto do papel de provedor da renda familiar ainda ser preponderantemente masculino.

Autores como Pimentel (2001) afirmam que existe falta de confiança, por parte da família do idoso, na sua capacidade de proceder a uma boa gestão dos seus rendimentos e bens, o que poderá estar associado ao rótulo negativo frequentemente atribuído à pessoa idosa, descredibilizando as suas competências e reforçando as incapacidades e fragilidade do seu estatuto social.

Quanto aos *maus-tratos emocionais* podem expressar-se, por exemplo, via comunicação verbal. Os atentados ofensivos à dignidade da pessoa







assumem uma representação de 15,3% entre os sujeitos que, no nosso estudo, afirmaram ter passado por esse tipo de situações de abuso que os levavam à negação da sua identidade.

Comparando a situação de género com a de ofensor, e articulando com o tipo de maus-tratos emocionais, é o género feminino que predomina nesta categoria. Percebe-se que os ofensores em relação ao género feminino são na sua maioria os filhos, seguido dos cônjuges e irmãos; em relação ao género masculino, passa primeiro pelo cônjuge. A predominância de maus-tratos a mulheres idosas reforça os resultados de pesquisas internacionais que identificam aquelas a residirem com familiares, sendo no seio da família que se encontra o agressor.

Incluem-se nos maus-tratos emocionais a aplicação prática da falsa teoria que apregoa que as pessoas idosas são como “crianças”, sujeitando os idosos a um tratamento desadequado, com características de infantilização. O alheamento ou a não comunicação é, da mesma forma, percebido como uma vivência evidentemente negativa para a pessoa idosa, e é também conhecido como o tratamento silencioso (Arzamendi, 2006): 12,9% dos sujeitos inquiridos apresentaram como “outros” tipos de situações que os tenham perturbado emocionalmente, nomeadamente a proibição de fazer algo. Relativamente à agressão verbal e apesar de ser em pequena percentagem, essas ocorrências são mais frequentes no género masculino. Verifica-se novamente a relação entre género e ofensor: os ofensores em relação ao género feminino são, em maioria, os cônjuges, seguido dos filhos e outros; em relação ao género masculino, surge em primeiro lugar outros familiares, seguido dos filhos e cônjuge.

Quanto aos ofensores, espelha-se a situação verificada na agressão verbal, com a distinção de que os sujeitos que viviam com os irmãos tinham como ofensores outros familiares que habitam na mesma casa, seguido dos cônjuges. Esta situação pode ser explicada pelo facto de esses sujeitos serem viúvos no momento da sua institucionalização e, no período

de pós - viuvez e pré - institucionalização terem passado a viver com irmãos.

Paralelamente, há uma prevalência dos sujeitos que apontam os *maus-tratos emocionais* como experiências vividas no domicílio e assumem a percepção da definição de “*Atitudes de Agressão Física*”. Uma minoria define-os como uma combinação entre “*Atitudes de Agressão Física*” e “*Proibição de fazer algo*”. Ainda que a maioria dos sujeitos valorizem os maus-tratos físicos na concepção do fenómeno de maus-tratos, verifica-se que esses mesmos sujeitos apontam situações de maus-tratos emocionais.

Considerando a análise do agente de decisão pela institucionalização, que não os próprios sujeitos em estudo, já foi aqui verificado que a decisão passou principalmente pelos próprios filhos, seguida pelos cônjuges e irmãos. Da mesma forma, os sujeitos que indicaram terem passado por situações de maus-tratos, confirmaram também que os ofensores eram na sua maioria os filhos quer nas situações de maus-tratos económicos quer nas situações de maus-tratos emocionais, seguidos dos cônjuges.

Se analisarmos separadamente os diferentes tipos de maus-tratos aqui estudados e a proximidade existente entre esses ofensores e a pessoa responsável pela decisão da institucionalização, percebe-se que, na maioria dos casos, se trata da mesma pessoa.

Quanto aos *maus-tratos económicos* no período pré e pós - institucionalização, verifica-se que a grande maioria são os filhos, seguidos dos cônjuges, respectivamente os ofensores e decisores da institucionalização. De igual modo, para a situação de *maus-tratos emocionais*, numa situação pré - institucionalização, percebe-se também que são os filhos seguidos dos cônjuges, os ofensores e decisores da institucionalização.

Podemos, assim concluir, com base neste estudo, que quando a institucionalização resulta de um acto





alheio à vontade da pessoa, então o decisor é também o agente de violência.

Genericamente o tipo de maus-tratos aqui em estudo, leva-nos a assumir, à semelhança de vários estudos realizados e já referidos (Dias, 2005), que, na maioria dos casos de maus-tratos, os idosos, identificam como ofensores os filhos, seguidos pelos cônjuges e por outros membros da família. Também de acordo com a *National Elder Abuse Incidence Study* (1998) e a secção de estatísticas do departamento de justiça norte-americano, os filhos são os principais perpetradores com 47,3% de incidentes relatados, seguidos dos cônjuges (19,3%), outros familiares (8,8%) e netos (8,6%). (Alves, 2006)

Perante a associação do género aos factores de risco de maus-tratos no contexto da violência intra-familiar, segue a crença de que a mulher foi e é a "vítima" mais fácil por razões históricas: considerada frágil, indefesa e, no caso da mulher idosa, duplamente fragilizada em função das circunstâncias do envelhecimento. Vários autores defendem a ideia de que as relações de poder e de autoridade estabelecidas no interior da família, ocasionadas pela co-dependência entre cuidador/ idoso, constituem riscos reais e potenciais de violência intra-familiar. O autoritarismo está na raiz de toda a violência, desde manifestações de agressões verbais e explícitas, até às expressões simbólicas e dissimuladas, caracterizando-se como indisposição ao diálogo (Souza et. al., 2002).

Neste sentido, percebemos que, perante os sujeitos que foram institucionalizados sem participarem no processo de decisão, continuam a ser as mulheres o género mais exposto a situações de maus-tratos económicos, em ambos os momentos - pré e pós-institucionalização. Na mesma perspectiva, em relação aos maus-tratos emocionais, percebemos que, apesar da disparidade ser pouco evidente, é o género masculino que prevalece.

Observando os sujeitos institucionalizados por resultado da decisão de familiares, e

correlacionando-os com a incidência dos maus-tratos económicos, é sem dúvida o género feminino o mais representativo, sendo que por sua vez são os filhos os principais agentes de decisão e ofensores deste tipo de mau-trato. Esta situação pode ser explicada pelo facto do ofensor e a vítima viverem na mesma casa e de existir uma relação de dependência económica do primeiro em relação ao segundo.

Os dados demonstram que *maus-tratos emocionais* crescem de forma semelhante nos dois géneros. Na situação do género feminino, são maioritariamente os filhos os agentes de decisão e também os ofensores. No entanto, curiosamente, quando analisamos o género masculino, são os filhos e irmãos os principais agentes de decisão e, para além de serem os filhos os ofensores, verifica-se simultaneamente que a acção dos cônjuges assume uma prevalência semelhante. Percebe-se que, em parte, são os filhos os agentes de decisão e também os ofensores de maus-tratos emocionais.

Por último e referenciando o Diário Digital, existem factores de risco entre os idosos potenciais vítimas de maus-tratos, como o facto de ser mulher, ser viúva, ter mais de 80 anos e viver com os filhos. Paralelamente, tanto para o tipo de maus-tratos económicos como para os emocionais, na óptica dos sujeitos enquanto idosas vítimas, foram os filhos quem tomou a decisão pela sua institucionalização e é a eles que é atribuído mais frequentemente o papel de ofensor. Há inclusivamente autores que defendem que um tipo de mau-trato assume causalidade perante outro, como o caso de Cooney e Mortimer (1995) que através de estudos por ambos desenvolvidos, identificaram estes idosos como sendo mulheres fisicamente incapazes, que vivem com um cuidador dependente financeiramente delas (com uma qualidade pré-mórbida da relação) que parece ser um indicador importante para posterior abuso verbal como tipo de maus-tratos emocionais.







## \_\_ CONCLUSÃO.

**E**mbora possa ser considerado um âmbito restrito de dados confirmados sobre o fenómeno de maus-tratos a pessoas idosas no domicílio, os dados revelam a ocorrência de maus-tratos económicos e emocionais num número significativo de pessoas idosas, pertencentes a uma comunidade particular (residentes em Lares de Idosos).

Os resultados obtidos ao longo desta investigação convergem com os resultados obtidos em vários estudos sobre a problemática dos maus-tratos a

idosos, demonstrando que o género feminino se assume como a principal vítima de maus-tratos (económicos e emocionais), sendo que os filhos representam os principais agentes de violência. Uma outra conclusão que podemos tirar deste trabalho é o impedimento ao direito de decisão por parte dos idosos em relação à opção pela institucionalização. Este processo é decidido, essencialmente, pelos filhos dos idosos, independentemente da manifestação da vontade própria dos últimos, atentando contra o direito fundamental da liberdade de escolha.



## \_\_ GRÁFICOS.

Gráfico nº 1 – Sentimento de isolamento e situação familiar

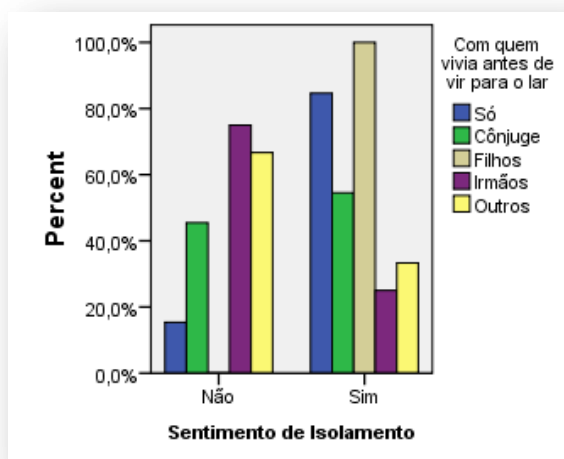


Gráfico nº 2 – Situação familiar e responsável pela decisão institucional

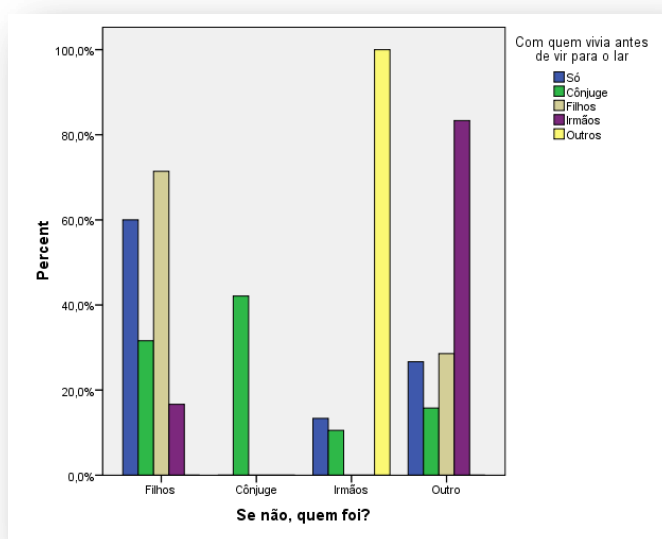
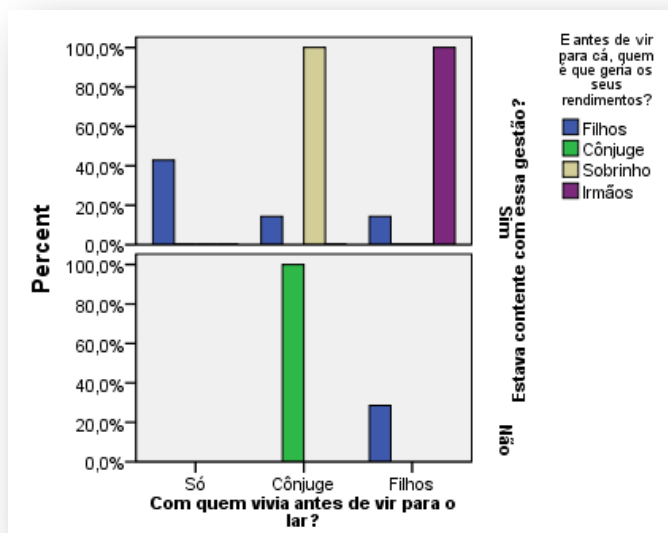


Gráfico nº 3 – Responsável pela gestão dos rendimentos em relação à satisfação da situação e cuidador





## \_\_REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ALCÂNTARA, A. O. (2004). Velhos Institucionalizados e Família: entre abafos e desabafos, Campinas: Alínea Editora.
- ALVES, J. F. (2006). Avaliação do Abuso e Negligência de pessoas idosas: Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos. In ABRUNHOSA, R.; MACHADO, S. - Psicologia Forense, Coimbra: Quarteto.
- ARZAMENDI JOSÉ, C; et al. (2006). El Maltrato de Personas Mayores: Detección y Prevención desde un Prisma Criminológico Interdisciplinar; Donosita: Hurkoa Fundazioa.
- BARROSO, V. L. (2006) Órfãos Geriatras: Sentimentos de Isolamento e Depressividade face ao envelhecimento. Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, ISPA. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt> em 26-22-2008.
- BOSI, E. (1994). Memórias e sociedade: Lembranças de velhos, São Paulo: Companhia das Letras.
- BOTELHO, A. (2001). Avaliação da autonomia funcional em idosos. In PINTO, M. A. - "Envelhecer vivendo", Coimbra: Quarteto Editora.
- COONEY, C.; MORTIMER, A. (1995). Elder abuse and dementia: a pilot study, International Journal of Social Psychiatry, vol. 41, nº4, 276-283.
- CORTELLETTI, I. et al. (2004). Idoso Asilado: um estudo gerontológico; Caxias do Sul: Educ/Edipucrs.
- DEBERT, G. G. (1999). A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Universidade de São Paulo, ISBN 8531404991.
- DIAS, I. (2002). O espaço doméstico como lugar de violência entre géneros. In Revista Sociologia, nº 12, Porto: Faculdade de Letras do Porto, 103-106.
- DUARTE, M.; PAÚL, C. (2007) Avaliação do Ambiente Institucional: Público e Privado, Estudo Comportamental dos Idosos. In Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Portugal: Universidade Sénior Contemporânea, vol. 1, nº 1.
- ESPINOZA, P. L. (2006). Los malos tratos a las personas adultas mayores y su interpretación en Costa Rica, Departamento de Sociología da Universidad de Moorhead State. Disponível em <http://www.conapam.go.cr> em 20-12-2008.
- EUROPAN COMMISSION (1999). Reconciliation f work and family life and the quality o care services, Employment and Social Affairs, Bruxelas: Comissão Europeia. In JOSÉ, J. S.; WALL, K.; CORREIA, S. V. (2002). Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções, Workin Papers, Universidade Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. Disponível em <http://www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers> em 17-09-2006.
- FERNANDES, P. (2002). A Depressão no Idoso, 2ª ed., Coimbra: Quarteto, ISBN 972-8535-61-9.
- IMAGINÁRIO, C. (2002). O Idoso dependente em contexto familiar – uma análise da visão da família e do cuidador principal, Coimbra: Formasau.
- LICHT, F. B.; PRADO, A. A. (2004) Idosos, Cidade e Moradia: acolhimento ou confianamento?. In Revista A Terceira Idade, nº 29, São Paulo.
- MUNÓZ TORTOSA, J. (2004). Personas Mayores y Malos Tratos, 1ª ed. Madrid: Pirâmide, ISBN: 9788436819175.





QUARESMA, M. L.; GIL, A. P. (s/d). Relatório final MERI/Portugal, Lisboa: Centro de Estudos para a Intervenção Social (CESIS). Disponível em <http://www.own-europe.org> em 12-09-2008.

PAVARINI, S. C. (1996). Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado. Dissertação de Doutoramento em Educação orientado pela Professora Doutora Anita Ligeralesso Neri e apresentada na Faculdade de Educação de Campinas, na especialidade de Psicologia Educacional.

PIMENTEL, L. (2001) O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias, Coimbra: Quarteto, ISBN 972-8535-66-X.

REBELO, A. M. (1996). Prestadores de cuidados informais: a idosos com 80 e mais anos, na freguesia de Moreira da Maia, Lisboa: Revista Geriátrica, ano 9, n.º 81, 22-28.

SOUZA et al. (2004). Factores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. Textos Envelhecimento, vol.7, n.º 2, Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br> em 07-06-2008.





## Reflexões

### APRENDER NA 3ª. IDADE: UMA MUDANÇA DE PARADIGMA.



*Maria Loureiro<sup>1</sup>*

A Aprendizagem no seu global desde sempre foi uma preocupação para o Homem, sendo em muitos momentos da História convergente ou sobreposta aos conceitos de formação e educação. Contudo, com o aprofundamento de muitas das escolas e teorias aos poucos foram-se dissipando os dogmas instituídos, sendo as dissemelhanças entre estes conceitos mais discriminadas.

A aprendizagem é um processo porque decorre de forma dinâmica e progressiva, assim de um modo sintético esta pode ser definida como o modo como os seres adquirem novos conhecimentos, desenvolvem competências e mudam o seu comportamento. Contudo, a complexidade desse processo dificilmente pode ser explicada apenas através de recortes do todo. Por outro lado, qualquer

definição está, invariavelmente, impregnada de pressupostos político-ideológicos, relacionados com a visão de Homem, sociedade e do saber.

O Ser Humano nasce potencialmente inclinado a aprender, necessitando de estímulos externos e internos (motivação, memória) para a aprendizagem. Há aprendizagens que podem ser consideradas inatas, como a capacidade de aprender a falar, a andar, necessitando que a mesma passe pelo processo de maturação física, psicológica e social. Na maioria dos casos a aprendizagem concretiza-se no meio social e temporal em que o indivíduo se insere; e o seu comportamento altera-se, naturalmente, por esses factores e por predisposições genéticas.

---

<sup>1</sup> Enfermeira, Especialista em Enf. De Reabilitação, Pós-Graduada em Gerontologia.  
Hospitais de Universidade de Coimbra.





Independente da escola de pensamento seguida, sabe-se que o indivíduo desde o nascimento, utilizando o seu campo perceptual, vai ampliando o seu repertório e construindo conceitos, em função do meio que o cerca. Os efeitos da aprendizagem são retidos na memória, onde este processo é reversível até um certo tempo, pois depende do estímulo ou necessidade de fixação, podendo depois ser sucedido por uma mutação neural duradoura. No que se refere aos idosos, segundo Eliopoulou (2005), embora a capacidade de aprender não seja seriamente comprometida pelos fenómenos de senescência, outros factores podem alterá-la na pessoa idosa, incluindo a motivação, a atenção, a transmissão retardada da informação ao cérebro, os défices e as doenças. No entanto, Leclerc (1980), acrescenta que a definição de “aprender” pode também significar continuar a educar-se, isto é a mudar, a evoluir, a progredir de uma maneira contínua e até à idade mais avançada os seus movimentos de crescimento pessoal”. Isto é o que mais interessa para uma reflexão no domínio da gerontologia.

Já vimos que a aprendizagem não é uma capacidade, que cientificamente se prove desaparecer com a idade e que é inerente à aprendizagem, a mesma ser concretizada ao longo do ciclo vital, com a utilização e sobreposição dos diversos domínios de aprendizagem (visual, motora, sensitiva, entre outras). Deste modo importa reflectir como e o que se aprende na 3.ª Idade e que fenómenos sociais devem ser potenciados mais um acréscimo de abordagem nesta área.

Segundo os estudos, existe um envelhecimento progressivo da população, não sendo Portugal excepção a esta realidade. Segundo o Instituto Nacional de Estatística – INE - (1999:8), “ a população idosa mais que duplicou nos últimos quarenta anos. Em 1998 o número de idosos era superior ao milhão e meio e correspondia a 15,2% da população total. (...)”. A velhice e o envelhecimento são tópicos que comportam e necessitam de actuação educacional de longo prazo que possa promover mudanças culturais nas concepções sociais

vigentes sobre velhice, sobre as possibilidades de desenvolvimento nessa fase de vida e sobre o potencial cultural inerente a esse segmento da população. Deste modo, e tal como em outros países europeus surgiu um movimento que se define mais ou menos consensualmente de Gerontologia Educacional, que segundo Peterson (1980) é a tentativa de aplicar o que se conhece sobre a educação e envelhecimento em benefício da vida das pessoas idosas. Neste definição existe uma triplice classificativa, abordando a educação para idosos, para a população em geral e para recursos humanos de intervenção gerontológica. Em associação, surgiu também o conceito de “*lifelong learning*”, definido como um processo ininterrupto de aprendizagem ao longo da vida, proporcionaram o aparecimento de novas propostas educativas e em particular as universidades começaram a implementar novos programas curriculares direccionados à população com mais de 55 anos.

Assim, é com satisfação que me apercebo da criação de diversas Universidades Séniores em Portugal, refratariamente a outros países. Estas instituições de ensino, são locais únicos de aprendizagem que satisfazem as necessidades do grupo dos idosos no geral e da individualidade de cada um em especial. Apesar de existirem disciplinas “obrigatórias”, os fundamentos das mesmas são essencialmente a adaptação do idoso à sua vivência e potenciar as capacidades de cada um. Os programas das universidades séniores, apesar de não serem consensuais, tal como o das universidades tradicionais emergem de um de três tipos de modelos:

- **Modelo Francês** - estruturado em cursos académicos com atribuição de unidades de créditos, este destaca a importância da integração em *campus* universitário, em relação com os jovens estudantes, de modo a ser favorecido o intercâmbio geracional;
- **Modelo Britânico** - associado aos municípios, oferece uma panóplia variada de actividades culturais e educativas. Os objectivos são a promoção da participação e o *empowerment* dos idosos nas decisões colectivas;







- **Modelo Misto** - incorpora aspectos dos supracitados, recebe apoio institucional integral. Em Portugal temos já várias Universidades Seniores em que podem ser percepcionados estes modelos, sendo a escolha dos mesmos inerente às características socio-demográficas e culturais da região demográfica em que se integram. Mas é de enaltecer a preocupação em promover a manutenção de aprendizagem dos idosos portugueses seja em que modelo se baseie.

Assim, termino esta reflexão como uma expressão do Programa Nacional para Pessoas Idosas (2004):

*“Que ao Envelhecer permaneça belo...Há tantas coisas boas para fazer. O ouro, as rendas, o marfim e as sedas não precisam de ser novos. E as velhas árvores também curam, as velhas ruas também têm encanto. Então, por que não poderei eu, como elas, permanecer belo ao envelhecer?”*





## \_\_REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

BERGER, P., e MAILLOUX-PORRIER – **Pessoas Idosas, uma abordagem global**, Lusodidacta, Lisboa, 1995, ISBN: 972-95399-8-7

CIRCULAR NORMATIVA N.º13/DGCG, de 02/07/2004 – *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*

ELIOPOULOS, Charlotte – **Enfermagem Gerontológica** – Porto Alegre: Artemed 2005 (5.ª ed.) – ISBN: 85-363-0081-7

PETERSON, David – *Education Journal of Transformative*, 1980, [Em linha] Disponível em: <http://jtd.sagepub.com>, p. 62

RODRIGUEZ, Julian, et al – “**Motivaciones y expectativas de los estudiantes mayores de 55 años en los programas universitarios**”, *Revista Española Geriatria*, 2007; 42(3) – p.158-66





## Temas de Educação para a Saúde

### INFECÇÕES DO TRACTO URINÁRIO EM PESSOAS MAIS VELHAS.



Zélia Ferreira <sup>1</sup>

Esta breve abordagem sobre o tema “Infecções do tracto urinário em pessoas mais velhas” pretende sintetizar conhecimentos sobre esta patologia, fazendo uma referência específica ao aparecimento desta com o envelhecimento, tendo em conta que é bastante frequente na última etapa do ciclo de vida.

Este artigo é pertinente para todos os profissionais de saúde e cuidadores que lidam diariamente com pessoas que se encontram neste estadió de vida.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento, infecção, tracto urinário, cuidados.

## \_\_INTRODUÇÃO.

**N**ão fazia sentido falar de infecções do tracto urinário, ou outro tipo de doença sem primeiro fazer uma breve alusão à díade saúde – doença no envelhecimento.

A forma como se envelhece é passível de ser categorizada, de maneira a que se entenda como o envelhecimento influencia o desenvolvimento da pessoa e o seu estado de saúde.

---

<sup>1</sup> Enfermeira

Mestranda em Saúde e Envelhecimento, pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa  
Contacto: zeliapatricia@portugalmail.pt





Assim, segundo Mota e Botelho (2007) pode-se dividir o envelhecimento em duas classes, tais como “envelhecimento não patológico” e “envelhecimento patológico”. O “envelhecimento não patológico” exclui situações de doença no decorrer do envelhecimento enquanto processo. Quando se fala num “envelhecimento patológico” significa que a doença sobrepõe-se ao envelhecimento habitual de uma forma bem assinalada.

A categorização anterior relaciona-se analogicamente com a nomenclatura definida por Rowe e Khan citado por Rendas (2001) em que o envelhecimento não patológico enquadra-se perfeitamente numa lógica de habitual e/ou bem sucedido, e o envelhecimento patológico enquadra-se numa noção de “mal sucedido”.

Existem várias teorias que vêm organizar o conhecimento sobre a relação entre envelhecimento e doença. Botelho (2007) expõe no seu artigo duas correntes com ideologias opostas, em que uma defende que existe um envelhecimento natural, sem a presença de doença e outra assenta na lógica que o envelhecimento e a doença não podem ser separados.

Ladislav (1995) trabalhou neste âmbito, onde descreveu as patologias que acompanham o envelhecimento humano. O que estas doenças tinham de comum era o facto da frequência e a gravidade aumentarem ao longo do tempo. Apesar de poderem ser tratadas ou mesmo prevenidas.

Alfred Worcester citado por Mota e Botelho (2007) já referia que não existem doenças peculiares para os idosos, mas estes estão isentos de poucas, ou seja, com a idade parece inevitável que haja propensão para quase todas as patologias.

Cabete (2005) acrescenta que o facto da prevalência de doenças, sobretudo de doenças crónicas é

crescente com a idade, e dificulta a avaliação e distinção do que corresponde ao envelhecer normal e ao envelhecimento patológico, não obstante que não deve ser aceite o estereótipo criado que ser idoso é ser doente.

Há que perceber que a forma como a pessoa reage à doença varia de pessoa para pessoa, consoante a idade (mesmo quando falamos na última etapa de vida), estilos de vida, ambiente, etc.; tendo em conta que há diminuição da reserva fisiológica e por conseguinte dificuldade no reequilíbrio da homeostasia. Há, então, uma falha na homeostasia e na resposta ao stress, em que o indivíduo tem o seu funcionamento actual muito próximo do limiar das suas capacidades, o que não significa que este extremo constitua doença. (Mota e Botelho, 2007)

Brody e Scheider citado por Mota e Botelho (2007) refere que as alterações orgânicas leva a que as pessoas idosas fiquem mais susceptíveis à doença e agrupa estas em dois grupos: as dependentes da idade e as relacionadas com a idade. As primeiras reportam a um grupo de doenças em que cuja patogenia resultou das alterações devido aos mecanismos de envelhecimento. As segundas consistem nas doenças cujos mecanismos patogénicos não estão associados à patogenia. Para ambos os grupos, as manifestações podem estar alteradas ou surgir mais tardiamente.

Para sistematizar, e com base em Ermida citado por Cabete (2005) importa salientar que vários estudos longitudinais vêm confirmar que o aumento exponencial da morbilidade está relacionado com a idade, podendo a doença ser factor determinante. Contudo, o facto de a velhice estar relacionada com a doença não deve ser confundida com esta, nem julgadas como sinónimos.



## FALAR SOBRE INFECÇÃO DO TRACTO URINÁRIO.

O tracto urinário deve ser visto como unidade anatómica única, unida como uma coluna de urina contínua que se estende da uretra até ao rim. (Stamm, W., 2006, p. 1797)

Antes de falar de infecções do tracto urinário, enquanto tipo de infecções mais frequentes da população idosa, há que perceber que neste estadió da vida existem alterações anatomo - fisiológicas que não são patológicas, daí serem consideradas “normais”, e que vêm facilitar o alojamento de bactérias nas estruturas do sistema urinário. Assim, é tão pertinente fazer uma breve descrição deste tipo de transformações.

Segundo Berger e Poirier (1995, p. 265), pode referir-se:

> Ao nível do rim, ocorre:

- Perda de nefrónios;
- Arteriosclerose das artérias renais;
- Diminuição da função tubular;
- Diminuição de 46% da filtração glomerular;
- Diminuição da *clearance* renal em 50%.

> Ao nível da bexiga, ocorre:

- Diminuição da capacidade de retenção
- Diminuição do tónus vesical;
- Demora dos estímulos nervosos involuntários responsáveis pela micção e esvaziamento vesical;
- Aumento do volume residual.

> Ao nível da uretra, ocorre:

- Alterações na estrutura;
- Debilidade do esfíncter.

Botelho (2007, p. 197) reforça que estas alterações são cruciais justificativas que levam a consequências fisiológicas a nível renal e genital

(tais como: perturbação da excreção de alguns fármacos, resposta retardada à sobrecarga/restricção de fluidos e iões, nictúria, dificuldade na retenção/esvaziamento da bexiga – dispareunia, bacteriúria, aumento residual de urina). Não obstante que também levam a consequências de doenças, tais como o aumento da creatinina plasmática e iões de sódio – infecção urinária sintomática e incontinência.

Uma infecção do tracto urinário designa-se como uma inflamação das estruturas que compõem o sistema urinário, geralmente de origem bacteriana, raramente parasitária ou viral, que se manifesta por sintomas muito característicos (descritos à frente). (Schaffler e Menche, 2004, p. 281)

A infecção urinária, isto é, a multiplicação de bactérias na urina é uma situação frequente na clínica. Normalmente a urina é asséptica. A infecção é trazida pelo aparecimento de bacteriúria que pode ou não ser acompanhada por manifestações clínicas.

Estas podem ser classificadas pela seguinte nomenclatura, embora esta classificação não seja rígida e uniforme, tendo em conta o grau de alterações do padrão urinário e do comprometimento das vias urinárias:

- ▶ Infecções das vias urinárias superiores e inferiores – consoante houver ou não sinais clínicos dos rins;
- ▶ Infecções urinárias agudas ou crónicas – segundo a evolução no tempo;
- ▶ Infecções urinárias primárias e secundárias – consoante a infecção tenha ocorrido espontaneamente, sem causas exteriores, ou em consequência de patologias subjacentes;
- ▶ Infecções urinárias obstrutivas e não obstrutivas – com ou sem estenose e estase urinária;



- *Infeções ascendentes e descendentes* – consoante a infecção tenha ascendido a partir das vias urinárias inferiores ou descido a partir do rim.

(Schaffler e Menche, 2004, p. 281)

Diversos factores contribuem para o aparecimento de uma infecção urinária, que podem influenciar em simultâneo ou isolados. É de salvaguardar que uma infecção urinária prévia torna a pessoa mais

vulnerável a infecções urinárias recorrentes. (Sorensen e Lickmen, 1998)

Os principais factores desencadeantes são apresentados e descritos no seguinte quadro, no entanto há que não esquecer que o sexo e a idade são itens que podem ser denominados como factores de risco; as doenças crónicas (como por exemplo a diabetes mellitus, insuficiência renal e formação de divertículos) e inflamações da bexiga são factores agravantes.

**Quadro 1** - *Quadro síntese relativo aos principais factores desencadeantes que podem levar a infecções do tracto urinário, com base em Sorensen e Lickmen (1998)*

Factores (Desencadeantes)	Justificação
Tamanho da uretra	A uretra feminina é mais curta que a uretra masculina, o que vem concentrar e facilitar a multiplicação de colónias bacterianas.
Actividade sexual	As pessoas sexualmente activas têm maior risco uma vez que pode desencadear inflamação uretral.
Refluxo de urina	Este fenómeno, acontece da uretra para a bexiga, acarreta microrganismos de forma a desencadear propagação ascendente das infecções.
Obstrução das vias urinárias	Podem ser devido a deficiências anatómicas e/ou presença de cálculos, o que leva a uma estase de urina.
Incontinência de esfíncteres	As fezes são veículo primordial no transporte de bactérias, que quando se alojam no tracto urinário são susceptíveis de desenvolver uma infecção. O facto de haver incontinência do esfíncter urinário vai afectar o volume de urina residual.
Cateterismo vesical	Sendo um objecto estranho colocado no percurso natural da excreção de urina, é “habitat” de organismos provocadores de infecção.
Deficit nos cuidados de higiene aos genitais	Uma má higiene e roupa inadequada são factores essenciais para manter as condições ideais ao desenvolvimento de bactérias.

As infecções do tracto urinário atingem basicamente as principais estruturas do sistema urinário, principalmente rim, bexiga e uretra. As infecções urinárias acarretam consigo sintomatologia muito

específica e localizada, embora que estas manifestações clínicas não determinem com precisão o local da infecção. (Andreoli et al, 1991, p. 537). A sintomatologia das infecções urinárias é muito





variável mas, geralmente, inclui ardor à micção, urgência urinária e polaquiúria. A avaliação poderá ainda revelar hematúria, corrimentos fétidos, dor abdominal, mal-estar, arrepios, náuseas, vômitos, febre e dor nos flancos. Em algumas pessoas a doença é assintomática. (Sorensen e Lickmen, 1998, p. 1405)

O tratamento no caso das infecções do tracto urinário é multifacetado, com suporte em antibióticos mas também se pode fazer recurso a terapêuticas não farmacológicas.

Segundo Stamm, W. (2006, p. 1797) o tratamento das infecções do tracto urinário obedece aos seguintes princípios:

- ▶ Quando os resultados da cultura se tornam disponíveis, o antibiograma deve ser utilizado para orientar a terapia;
- ▶ Factores que dispõem à infecção devem ser identificados, e se possível, corrigidos;
- ▶ O alívio dos sintomas clínicos nem sempre indica cura bacteriológica;
- ▶ Cada ciclo de tratamento deve ser classificado após o seu *terminus* como falha;
- ▶ Em geral, infecções não complicadas, restritas ao tracto urinário inferior, respondem a ciclos curtos de tratamento, e as infecções do tracto urinário superior necessitam de tratamento mais prolongado;
- ▶ Apesar da resistência crescente, as infecções adquiridas na comunidade, particularmente as infecções iniciais, são causadas por cepas mais sensíveis aos antibióticos;
- ▶ Nos doentes com infecções repetidas, instrumentalmente ou devido a hospitalização recente, deve suspeitar-se de cepas mais resistentes aos antibióticos;
- ▶ A localização anatómica da infecção influencia o tratamento, levando ao sucesso ou fracasso de um esquema terapêutico.

O uso de antibióticos é uma forma de tratamento que deve ser evitada sempre que possível: caso não haja

real necessidade ou haja outras formas de tratar e/ou prevenir. O uso indevido de antibióticos leva a resistência inevitável dos indivíduos, sendo inevitáveis infecções mais recorrentes.

A via de administração, bem como a escolha do antibiótico, depende das condições clínicas do doente determinadas pela gravidade da situação. Pode ser necessário internamento hospitalar para administração de terapia endovenosa. (Netto e Brito, 2001, p. 276)

O correcto tratamento e diagnóstico das infecções do tracto urinário são essenciais para limitar a morbilidade e mortalidade desta patologia, assim como para evitar o uso desnecessário e prolongado de antibióticos, limitando os custos e efeitos adversos destes fármacos, prolongando a sua eficácia e impedindo a selecção de estirpes resistentes. (Costa e Príncipe, 2005)

Assim, como estratégias de tratamento não farmacológico Schaffler e Menche (2004) sugerem que o profissional de saúde tenha o cuidado de ensinar à pessoa, ou ao seu cuidador, estratégias de cuidado, de modo a garantir as seguintes condições fundamentais:

- ▶ Manter repouso no leito, na fase agudizada da doença;
- ▶ Incentivar reforço hídrico, ingerir bastantes líquidos diários, cerca de 2L/24 horas;
- ▶ Instruir o doente a urinar de imediato, caso tenha vontade de o fazer;
- ▶ Monitorizar regularmente a temperatura;
- ▶ Fazer avaliação do balanço hídrico, a fim de detectar possíveis degradações da função renal;
- ▶ Realizar higiene íntima correcta;
- ▶ Usar roupas íntimas convenientes (evitar cetim/sintéticos e usar texturas de algodão);
- ▶ Caso seja necessário a toma de antibióticos, sempre por indicação médica, deve ser explicado ao doente que este só fará efeito se for tomado de forma racional (horas certas, terminar tratamento, etc. ...)







É de realçar que a prevenção é essencial para evitar o aparecimento da doença, seja um episódio esporádico ou em situações recorrentes, parte destas intervenções devem ser mantidas para uma boa manutenção da saúde íntima e das vias urinárias. Para o diagnóstico deste tipo de infecções localizadas no aparelho urinário, pode ser deduzido hipoteticamente através da anamnese típica e dos testes rápidos de tiras. Contudo, a análise sumária à urina e, se necessário, as uroculturas são inevitáveis para se alcançar um diagnóstico preciso e fiável.

A determinação do número e do tipo de bactérias na urina é um procedimento de diagnóstico extremamente importante, deste modo a microscopia da urina em doentes sintomáticos tem todo o seu significado. (Stamm, W., 2006, p. 1800)

O exame sumário de urina, as uroculturas/antibiograma e as análises sanguíneas fazem sentido antes de se iniciar o tratamento, e não são dispensados a todos os doentes suspeitos de infecção do tracto urinário superior e/ou que apresentem factores complicados. Não obstante, que

primeiramente se deve atender a uma história típica e/ou achados típicos ao exame físico. (Stamm, W., 2006, p. 1800)

A análise de amostras de urina do jacto médio, obtidas de doente com infecção da bexiga e/ou do rim deve revelar a presença de leucócitos e pode também apresentar hemáceas e quantidades de proteínas discretamente aumentadas. A presença de leucócitos (piúria) na urina já é indicativo de infecção urinária, contudo é fundamental a quantificação da quantidade de leucócitos na urina e definir qual o estirpe que está presente naquela cultura: a urinocultura é fundamental nesta definição. Todos os doentes devem fazer urinoculturas repetidas em uma ou duas semanas após o terminar do tratamento, para verificar se houve recaída. (Andreoli et al, 1991)

O prognóstico em todos os tipos de infecções do tracto urinário pode complicar a um alto nível, uma vez que pode haver disseminação dos agentes microbianos para a corrente sanguínea, com consequente urosepsis. Esta pode provocar morte do doente por choque séptico.

## AS INFECÇÕES DO TRACTO URINÁRIO NAS PESSOAS MAIS VELHAS.

Quando se trabalha na área da geriatria, em que as necessidades das pessoas mais velhas, no que diz respeito à sua saúde, exigem conhecimentos científicos aprofundados, de maneira a que permitam uma óptima prestação de cuidados globais.

Sendo as infecções do tracto urinário uma patologia tão frequente nesta faixa etária torna-se útil conhecer aspectos específicos desta doença neste estadió da vida. Quando a idade é superior a 65 anos a incidência das infecções no tracto urinário é de 40% para o sexo feminino e 35% para o sexo masculino

(Costa e Príncipe, 2005, p. 219). A taxa de mortalidade associada a infecções urinárias com bacteriúria no idoso pode alcançar cerca de 10% a 30% dos doentes. Ainda assim, a infecção urinária não é uma causa directa frequente de óbito na população idosa. (Netto e Brito, 2001)

Pode-se dizer que nesta faixa etária são o cateterismo vesical, a incontinência e a hipertrofia benigna da próstata, os factores de risco *major* que favorecem o aparecimento deste tipo de infecções. Não obstante, que outros factores (já mencionados atrás) mantêm a sua influência. Mas, é por





excelência, o cateterismo da eliminação vesical a causa mais frequente de septicemia por bactérias Gram – e, portanto, com potencial grau de gravidade. (Netto e Brito, 2001, p. 275)

Os idosos institucionalizados (em lares, casa de repouso, hospital, etc.) são mais susceptíveis a este tipo de infecções, designadamente a infecções nosocomiais. Por outro lado, idosos residentes no próprio domicílio vivem com bacteriúria assintomáticas, que por sinal têm uma muito mais baixa incidência.

A bacteriúria assintomática é mais comum entre homens e mulheres idosos, com taxas bastante elevadas, que atingem 40%-50% em alguns estudos. (Stamm, W., 2006, p.1797)

Quando estamos a falar de pessoas que fazem parte de uma população idosa, em que apresentam bacteriúria assintomática, não há indicação para tratar os doentes com antibióticos, devido a várias razões, tais como:

- ▶ O idoso está mais sujeito aos efeitos adversos dos antibióticos;
- ▶ A bacteriúria recorre rapidamente após o tratamento;
- ▶ O tratamento, mesmo eficaz, não reduz o risco de subsequentes infecções do tracto urinário.

(Netto e Brito, 2001, p. 275)

Quando se detecta um caso nestas circunstâncias, importa manter o idoso sob vigilância para detectar precocemente o aparecimento de sintomatologia típica das infecções do tracto urinário. Os doentes mais idosos ou debilitados com infecções das vias urinárias podem não apresentar sintomas referentes ao sistema urinário e manifestam apenas febre, alteração do estado mental, anorexia ou hipotensão, manifestações estas que podem ser associadas a qualquer outro tipo de infecção. (Andreoli et al, 1991, p. 538).

## \_\_NOTA FINAL.

**S**endo as infecções do tracto urinário um dos diagnósticos médicos mais frequentes é fundamental conhecer esta patologia, principalmente quando a população alvo, com a qual se trabalha diariamente, são pessoas com idade avançada em que este tipo de problema de saúde é bastante comum. Mais que tratar importa prevenir. Porém, nem sempre é possível viver o envelhecimento em plena saúde e há que saber

contornar da melhor maneira o tratamento das patologias que possam surgir.

Sendo a velhice uma fase da vida em que há bastantes alterações a nível biopsicossocial há que saber ver a pessoa nestas dimensões que a compõem, para que o tratamento e o cuidado que lhe é inerente seja ajustado e assertivo às reais necessidades.





## \_\_REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Andreoli et al (1991) Medicina Interna Básica (2ª Edição) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;
- Berger, M e Poirier, D. (1995) Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta;
- Botelho, A. (2007) "Idade avançada – características biológicas e multimorbilidade", in Revista Portuguesa de Clínica Geral, Nº 23, 191, Maio, p. 191 – 195;
- Cabete, D.G. (2005) O idoso, a doença e o hospital, Loures, Editora Lusociência;
- Costa e Príncipe (2005) "Infecção do tracto urinário", in Revista Portuguesa de Clínica Geral, Nº 21, Março - Abril, p. 219 – 225;
- Ladislav, R. (1995) O envelhecimento, facto e teorias, Lisboa, Biblioteca Básica de Ciência e Cultura;
- Mota, P. A. ; Botelho, M. A. (2007) Fisiopatologia do envelhecimento. In: Mota, P. A.- Fundamentos e Aplicações, Lisboa, Editora Lidel;
- Netto, M. e Brito, F. (2001) Urgências em Geriatria. São Paulo: Atheneu Editora;
- Rendas, A. B. (2001) "Adaptações normais e patológicas do organismo humano durante o envelhecimento – "idade biológica" versus "idade cronológica" in Pinto, A. M. (org.) Envelhecer Vivendo, Editora Quarteto;
- Schaffler, A.; Menche, N. (2004) Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem. Loures: Lusociência Editores;
- Sorensen e Lickmen (1998) Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica – Capítulo 44: Satisfação das necessidades de Eliminação Vesical. (1ª edição) Lisboa: Lusodidacta;
- Stamm, W. (2006) "Infecções do tracto urinário e pielonefrite" in Kasper e tal (org) Harrison: Medicina Interna (16ª Edição) Vol. II. Lisboa: McGrawHill Editores.





## Temas de Educação para a Saúde

### PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO.



*Olga Pousa <sup>1</sup>; Isabel Almeida <sup>2</sup>*

O ser humano deve proteger-se contra qualquer agressão interna e externa e manter a sua integridade física e psicológica. No entanto, a capacidade de conservar a independência na satisfação desta necessidade varia em função dos indivíduos. No início e no fim da vida, o ser humano é mais frágil e mais vulnerável. Existem vários factores e circunstâncias responsáveis por esta situação. Mas para garantir a segurança física e psicológica dos nossos idosos existem alguns meios e algumas medidas de prevenção que podem ser adoptadas, quer em casa, quer em instituições.

**Palavras-Chave:** Quedas; Prevenção; Independência; Integridade.

## \_\_INTRODUÇÃO.

Com o avanço da medicina, as mortes prematuras por doença aguda foram reduzidas e a esperança de vida dos doentes crónicos, como por exemplo, neoplasias e doenças cardíacas, aumentou. Infelizmente, viver mais tempo também trás mais possibilidades para as doenças e estados de saúde debilitantes, como a

doença de Alzheimer, diabetes, artrite e acidente vascular cerebral. Devido ao facto de a idade ser habitualmente acompanhada por um ou mais problemas de saúde crónicos, uma pessoa idosa pode ficar privada da sua independência por limitações na capacidade para funcionar e fazer tarefas autónomas.

---

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica - ACES Porto Ocidental – UCSP Foz do Douro  
E-mail: opousa@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária - ACES Porto Ocidental – UCSP Foz do Douro  
E-mail: isabelgalmeida1977@gmail.com





Desta forma, a promoção da saúde nos idosos deve colocar a saúde no seu contexto mais lato e deve incluir uma acção política e social bem como a defesa de mudanças de estilos de vida, quer a nível do

exercício físico, nutrição, rastreio, auto-cuidado, relaxamento, gestão do stress, quer a nível de prevenção de acidentes.

## \_\_SEGURANÇA NO ENVELHECIMENTO.

**N**a União Europeia – 27 ocorrem perto de 40 mil mortes de idosos devido a quedas, sendo que os idosos com mais de 80 anos têm uma taxa de mortalidade devido a quedas 6 vezes maior do que os idosos entre os 65 e os 79 anos. Os cuidados aos idosos para serem considerados eficazes exigem por parte, quer do cuidador formal, quer do cuidador informal, uma avaliação cuidadosa

dos seu estado de saúde, sendo que, a meta destes cuidados é otimizar a saúde dos idosos e as capacidades de funcionamento em geral.

O principal objectivo está na capacitação dos idosos para permanecerem nas suas casas ajudando desta forma a reduzir os custos de saúde aumentando a qualidade de vida e preservando o estado funcional.

## \_\_OS FACTORES DE RISCO QUE PREDISPÕEM AS PESSOAS DE IDADE AOS ACIDENTES.

Os factores de risco que aumentam a probabilidade de quedas nos idosos podem ser divididos em três categorias: factores intrínsecos ou individuais, factores extrínsecos ou ambientais e exposição ao risco<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Ficha de factos: Prevenção de Quedas nos Idosos – European Network For Safety Among Elderly.  
[www.euroipn.org/eunese/Documents/.../FS\\_FALLS\\_PT.pdf](http://www.euroipn.org/eunese/Documents/.../FS_FALLS_PT.pdf)





## Factores intrínsecos ou individuais:

- ▶ Idade;
- ▶ Sexo feminino;
- ▶ Viver sozinho;
- ▶ Crises de isquémia transitória com vertigens e síncope;
- ▶ Deficiências nutricionais;
- ▶ Problemas de equilíbrio;
- ▶ Problemas visuais e dificuldade em se aperceber se si próprio e em se situar no ambiente (espaço, distância, etc.);
- ▶ Micções frequentes que impõem deslocações rápidas para ir à casa de banho;
- ▶ Andar cambaleante causado pela dor, fadiga, osteoporose ou artrite;
- ▶ Problemas podiátricos;
- ▶ Confusão mental e erro de avaliação;
- ▶ Depressão e tendência para o suicídio;
- ▶ Tomar vários medicamentos (mais de 4);
- ▶ Hostilidade, cólera e manobras para chamar a atenção.

Baseados nos resultados de uma revisão bibliográfica, conduzida pela EUNESE, existem evidências sobre a eficácia das seguintes medidas para prevenir as quedas assim como as suas consequências:

1. Exercícios específicos e programas de treino de equilíbrio, como a marcha rápida, exercícios mistos, *tai-chi* com um programa computadorizado de treino de equilíbrio, fisioterapia, tapete e exercícios de baixa intensidade.
2. Prevenção e tratamento da osteoporose, como o cálcio e a vitamina D, cálcio e exercício, cálcio e terapias de substituição hormonal e alfacalcidol.
3. Programas multifacetados de prevenção de quedas utilizando uma combinação de intervenções (clínica, educacional e ambiental) com o ênfase a variar conforme as circunstâncias.
4. Utilização de protectores de anca em idosos vulneráveis.
5. Revisão periódica da medicação, especialmente

de medicamentos psicotrópicos já que estes estão associados a efeitos secundários como confusão e instabilidade da postura.

## Factores extrínsecos

- ▶ Má utilização das cadeiras de rodas ou dos andarilhos, principalmente no momento das transferências;
- ▶ Calçado e vestuário não apropriado;
- ▶ Quedas ao entrar e sair dos autocarros, solavancos nos autocarros e comboios com peão ou condutor;
- ▶ Quedas de bancos, cadeiras, cama, telhados, escadotes, árvores, etc;
- ▶ Uso de ferramentas.





### Factores ambientais que afectam os riscos de quedas no domicílio

Factor ambiental	Objectivos e recomendações
Iluminação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ausência de clarões intensos e de sombras;</li><li>- Interruptores acessíveis à entrada dos quartos;</li><li>- Luz de presença no quarto de dormir e no hall da casa de banho.</li></ul>
Soalhos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Colocação de antiderrapantes para criar aderência nos tapetes;</li><li>- Orlas das carpetes presas ao chão;</li><li>- Carpetes com pêlo raso;</li><li>- Cera antiderrapante nos soalhos;</li><li>- Fios eléctricos longe dos sítios de passagem;</li><li>- Não deixar objectos espalhados pelo chão.</li></ul>
Escadas	<ul style="list-style-type: none"><li>- Iluminação suficiente, com interruptores no cimo e ao fundo das escadas;</li><li>- Corrimãos bilaterais seguramente fixados e afastados da parede;</li><li>- Sinalizar a parte superior e inferior dos degraus com fita brilhante;</li><li>- Degraus com altura máxima de 15,3 cm;</li><li>- Degraus em bom estado de conservação;</li><li>- Degraus sem objectos espalhados.</li></ul>
Cozinha	<ul style="list-style-type: none"><li>- Artigos arrumados de forma que não seja necessário esticar-se nem curvar-se;</li><li>- Existência de um escadote seguro para o caso de ser necessário;</li><li>- Mesa firme e imóvel.</li></ul>
Casa de Banho	<ul style="list-style-type: none"><li>- Colocar barras na banheira, chuveiro e sanita;</li><li>- Aplicações ou tapete de borracha antiderrapante na banheira ou chuveiro;</li><li>- Cadeira de chuveiro com mangueira de duche manual;</li><li>- Elevação do assento da sanita;</li><li>- Encerramento das portas com distância de forma a assegurar acesso em caso de emergência.</li></ul>
Pátio e entradas	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reparação de fendas no pavimento, buracos no relvado;</li><li>- Remoção de pedras e utensílios;</li><li>- Caminhos bem iluminados, sem gelo nem folhas secas;</li><li>- Escadas e degraus como anteriormente descritos.</li></ul>
Instituições	<ul style="list-style-type: none"><li>- Todos os anteriormente descritos;</li><li>- Cama com altura adequada;</li><li>- Sempre que haja derramamentos no chão limpar imediatamente;</li><li>- Uso adequado de auxiliares da marcha e cadeiras de rodas.</li></ul>
Calçado	<ul style="list-style-type: none"><li>- Solas dos sapatos sólidas, antiderrapantes, sem atritos;</li><li>- Saltos baixos;</li><li>- Evitar andar em meias ou chinelos largos.</li></ul>

Fonte: Stanhope e Lancaster – *Enfermagem Comunitária*. Quarta edição, 1999. Pág. 643

Exposição ao risco:







- ▶ Alguns estudos sugerem que são as pessoas mais activas e as mais inactivas que correm maiores riscos de quedas;
- ▶ Certas actividades parecem potenciar o risco de quedas, por aumentar a exposição a situações de risco ambiental (pisos escorregadios e/ou irregulares, áreas atulhadas, pavimentos degradados), exaustão ou práticas incorrectas em sessões de exercício.

## \_\_ CONCLUSÕES.

**C**ada vez mais pessoas estão a viver para lá dos 80 e 90 anos. No entanto, os mais velhos, especialmente os idosos mais fracos, são mais vulneráveis a lesões por queda, particularmente dentro e à volta de casa. As consequências de uma lesão por queda accidental podem reduzir significativamente a qualidade de vida de um idoso.

As lesões são uma das grandes causas de incapacidades a longo prazo que tem um impacto

profundo na vida dos familiares ou dos seus cuidadores. Intervenções eficazes incluem a combinação de análise de risco seguido de modificações ambientais e a promoção de actividade física e treino de equilíbrio, sensibilização e medidas de modificação de atitudes como campanhas nos principais meios de comunicação, panfletos e vídeos. Para uma maior eficácia o sector da Saúde deveria trabalhar em conjunto com o sector da Construção com o objectivo de reduzir o impacto das quedas.





## \_\_REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

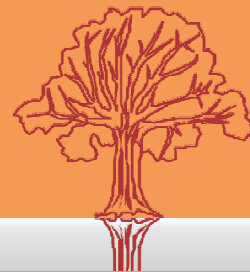
Berger, L. Poirier, D.(1995). *Pessoas Idosas – Uma abordagem global*. Edição revista e corrigida. Lisboa. Lusididática

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, prática e investigação*. 2ª Edição. Loures. Lusociência.

P. Ebersole e P. Hess (1985). *Toward Healthy Aging*, St. Louis, The C.V. Mosby Co. Pág. 372.

Stanhope e Lancaster (1999). *Enfermagem Comunitária - Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª edição. Loures. Lusociência.





Universidade Sénior  
Contemporânea do Porto

Aprender muito  
Conviver sempre  
Conhecer mais  
Em família

**DISCIPLINAS TEÓRICAS:**

Iniciação ao Inglês  
Inglês II  
Inteligência Emocional  
História da Cidade e dos Monumentos Portuenses  
História Universal  
Jornalismo e Actualidade  
Lendas, Provérbios e Ditados Populares

**DISCIPLINAS PRÁTICAS:**

Iniciação à Informática  
Informática II  
Iniciação à Internet  
Internet II  
Pintura  
Dança  
Teatro e Expressão Dramática  
Poesia  
Hidroginástica  
Chi Kung  
Ginástica

Actividade  
Extra-Curriculares



Passeios



Visitas de  
Estudo

Workshops

Departamento  
Científico

RTG



Palestras



Departamento  
Cultural



Jornal Actual  
Sénior;  
Rádio  
Podcast USC

Galeria dos  
Alunos de  
Pintura



Canal de  
Televisão  
e Vídeo

www.usc.no.sapo.pt