

# Cuidando do Idoso e sua Família em Situação de Fragilidade

**II Simpósio do Grupo de Estudos sobre o  
Envelhecimento –GESEN**

**UEL**

Ivete Berkenbrock  
14 setembro de 2012

## MUDANÇAS NOS PAÍSES QUE TERÃO MAIS DE 16 MILHÕES DE IDOSOS NO ANO 2020/25

PAÍSES		1950 Class.	1950 Milhões	2025 Milhões	2025 Class.	Coefic. Multipl
CHINA		1º	42	284	1º	6,9
ÍNDIA		2º	32	146	2º	4,6
CEI		4º	16	71	3º	4,4
EUA		3º	18	67	4º	3,7
JAPÃO		8º	6	33	5º	5,5
<b>BRASIL</b>		<b>16º</b>	<b>2</b>	<b>32</b>	<b>6º</b>	<b>16,0</b>
INDONÉSIA		10º	4	31	7º	7,7
PAQUISTÃO		11º	3	18	8º	6,0
MÉXICO		25º	1	17	9º	<b>17,0</b>
BANGLADESH		14º	2	17	10º	8,5
NIGÉRIA		27º	1	16	11º	<b>16,0</b>

Fonte:  
World  
Health  
Statistics  
Annuals,  
WHO  
1979,  
1982

# SAÚDE

*É o mais completo bem estar bio-psico-social, e, não simplesmente, a ausência de doenças*

## FUNCIONALIDADE GLOBAL

### CAPACIDADE DE FUNCIONAR SOZINHO

*Gerir a própria vida*

*Cuidar de si mesmo*

## ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

### AUTONOMIA

*DECISÃO: É a capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras.*

### INDEPENDÊNCIA

*EXECUÇÃO: Refere-se à capacidade de realizar algo com os próprios meios*

#### COGNIÇÃO

É a capacidade mental de compreender e resolver os problemas do cotidiano

#### HUMOR

É a motivação necessária para processos mentais

#### MOBILIDADE

É a capacidade de deslocamento do indivíduo

#### COMUNICAÇÃO

É a capacidade estabelecer um relacionamento produtivo com o meio (habilidade de se comunicar)

# “NEW ENGLAND CENTENARIAN STUDY”

1 em 10.000

85% mulheres, 15% homens

Centenários escapam de doenças letais,  
e experenciam menos incapacidade de  
doenças não letais

Mulheres tem mais doenças crônicas que  
os homens ,mas sobrevivem a estas  
doenças em taxas maiores

Thomas Perls,

# Perfil de Morbidade dos Centenários

Divide em 3 categorias, considerando a idade em que as doenças relacionadas tornaram-se clinicamente evidentes.

✓ **SOBREVIVENTES:** pelo menos uma das doenças teve início antes dos 80 anos;

✓ **RETARDATÁRIOS:** quando a idade de início da doença está entre os 80-100 anos;

✓ **ESCAPADORES:** doença com início após os 100 anos ou ausência de doença.

# CENTENÁRIOS NO BRASIL

23.760 brasileiros com  
mais de 100 anos.

Bahia =3.525

São Paulo =3.146

Minas Gerais =2.597

Paraná=727

(Censo 2010)



# AS DOENÇAS CRÔNICAS

**52,6 milhões (30 %)** de brasileiros tem pelo menos uma doença crônica(DC)

**25%** destes tem mais de uma DC

**70%** de todas as mortes no país são relacionadas a DC:

DM2,HAS,DCV,Dçs neurológicas,osteomusculares, e pulmonares,Depressão,Canceres

# Fragilidade

Prevalencia:

10% a 25% das pessoas com 65 a ou mais.

30% a 45% das pessoas com 85 a ou mais

Estas estimativas são baseadas nas percepções clínicas de grandes alterações na vulnerabilidade, no estado de saúde e na aparência clínica no envelhecimento de um grande número de idosos e que não pode ser explicado somente pela doença .



# O QUE É FRAGILIDADE?

É um estado clínico de vulnerabilidade aumentada e diminuída capacidade de manter **homestasia**; é idade relacionada e centralmente caracterizada pelo declínio nas reservas funcionais através de múltiplos sistemas fisiológicos .

## **Sistemas envolvidos no desenvolvimento da FRAGILIDADE:**

- S .Musculosquelético
- S. Hormonal,
- S. Imune
- S. Inflamatório
- Provável envolvimento do SNC E SNA

# Fragilidade

**Sarcopenia**, a perda de massa muscular com o envelhecimento é a manifestação central da Fragilidade.

Corrobora a teoria do envolvimento da disrupção de vários sistemas que resultam na vulnerabilidade e apresentação clínica da fragilidade , mais que um único sistema como o responsável pela doença.

# Fragilidade

**Idosos Frágeis** estão em risco para um grande número de resultados adversos em saúde:

- incapacidades, dependências e institucionalização,
- quedas, maus tratos, doenças agudas,
- hospitalizações mais frequentes e mais prolongadas,
- diminuída capacidade de recuperação de doença, e morte.

Toleram menos as hospitalizações, bem como aos procedimentos invasivos, com maior número de complicações. São mais sujeitos à iatrogenese

# Fragilidade

- **Marcadores** de fragilidade incluem declínios associados ao envelhecimento na massa corporal magra, força, resistência, equilíbrio, capacidade de marcha e pouca atividade física, sendo que **múltiplos componentes devem estar presentes para constituir a fragilidade.**
- Fried e cols(2001) desenvolveram uma definição **fenotípica** de fragilidade baseada na fácil identificação de aspectos físicos: **perda de peso,exaustão,slow gait speed e baixa atividade física.**
- O conceito geral de fragilidade contudo, vai além de fatores físicos para **englobar dimensões psicológicas e sociais**, incluindo suporte social e fatores ambientais.

# Fragilidade

Idosos Frágeis demandam um alto grau de necessidades de cuidados de saúde, e de suporte da comunidade e familiar .

É uma necessidade de cuidados especiais, contínuos e por longo tempo. Requer finanças, tempo e conhecimento

As necessidades especiais são a principal razão para o desenvolvimento de uma **avaliação gerontogeriatrica multidimensional** e a criação de sistemas geriátricos específicos de cuidados para minimizar os resultados adversos da síndrome da fragilidade bem como para preveni-la.

# Resiliente Frágil

<b>ROBUSTO</b>	<b>FRÁGILIDADE SUBCLINICA</b>	<b>FRÁGILIDADE PRECOCE</b>	<b>FRAGILIDADE TARDIA</b>	<b>ESTÁGIO FINAL DA FRAGILIDADE</b>
<p>Resiliente Recupera-se logo dos estressores.</p>	<p>Parece resiliente, mas recupera-se lentamente ou pouco dos estressores e pode manifestar consequências adversas.</p>	<p>Aparencia clínica frágil. Pobre tolerância aos estressores. Sem Incapacidades.</p>	<p>Aparencia clínica de frágil. Pouca tolerancia aos estressores ou recuperação clinica muito lenta. <u>RESULTADO</u> Incapacidade devido falta de energia e força.</p>	<p>Aparencia clínica de grave fragilidade LDL baixo, perda de peso e de força <u>RESULTADO</u> Dependente Alto risco de morte em 12 meses</p>

## CRITÉRIOS DE FRAGILIDADE

Idoso com 80 anos ou mais

Mora só

Pluripatologias

Polifarmácia

Idoso com **60 anos** ou mais que apresente no mínimo uma das características abaixo:

Polipatologia (5 diagnósticos ou mais);

Polifarmácia (5 medicamentos ou mais ao dia);

Imobilidade parcial ou total;

Incontinência urinária ou fecal;

Instabilidade postural (quedas de repetição);

Incapacidade cognitiva;

História de internações freqüentes e/ou pós alta hospitalar;

Dependência nas atividades básicas de vida diária;

**Insuficiência familiar**: alta vulnerabilidade social.

# “GIGANTES DA GERIATRIA”

A presença de 1 ou + destes problemas implica em prejuízo para a independência funcional, impedindo o idoso de atender suficientemente as suas necessidades alimentares, higiênicas e sociais.

**Imobilidade**

**Instabilidade postural**

**Incontinência**

**Insuficiência cerebral**

**latrogenia**

**Insuficiência Familiar**

# Fragilidade

- **CONCLUSÃO**

Para a Gerontogeriatría, estudar a fragilidade e estabelecer uma definição operacional que permita a implementação de práticas clínicas é uma OPORTUNIDADE, UMA NECESSIDADE E UMA RESPONSABILIDADE .

**ENTENDER** os mecanismos que levam á fragilidade é identificar os riscos que levam a ela e criar intervenções, que no futuro reduzam a morbidade e a incapacidade nesta faixa etária da população

# Fragilidade

- Os cuidados com idosos frágeis que estão doentes são percebidos pela maioria dos profissionais da saúde, como frustrantes, mas mesmo o mínimo de melhora de qualidade de vida e autonomia oferecidas através do reconhecimento da síndrome da fragilidade, da sua correta abordagem e adequada intervenção justificam o empenho da equipe no desafio do enfrentamento do envelhecimento desfavorável.

# O Bem

- Bem é aquilo a que todas as coisas visam. (...) (O bem é) o fim visado em cada ação e propósito, pois é por causa dele que os homens fazem tudo o mais. Se há portanto um fim visado em tudo que fazemos, este fim é o bem atingível pela atividade, e se há mais de um, estes são os bens atingíveis pela atividade.
- Aristóteles. Ética a Nicômacos.

Quem se propõe a trabalhar com idosos, seja promovendo a saúde na sua plenitude, curando ou reabilitando quando possível, cuidando sempre, assiste não um paciente mas uma unidade

**paciente/família/cuidador**

## **Equipe Interdisciplinar /Multiprofissional**

- ✓ *Conhecimento Gerontológico*
- ✓ *Capacidade de Leitura do Ambiente*
- ✓ *Compreensão da Dinâmica Familiar*
- ✓ *Parceria Ética:*
  - *unidade paciente –família-equipe*
  - *aspectos legais, sócioculturais*
  - *cuidados c/ o prontuário*
  - *gerenciamento de conflitos*
  - *auto cuidado*



***"O que mantém vivo  
um ser humano  
é a afeição , a ternura,  
um espaço de sonho  
no qual possa haver  
um lugar para  
a presença de alguém  
que o escute"***

***Mannoni, 1995***

Heidegger (1889-1976) diria: "do ponto de vista existencial, o cuidado se acha *a priori*, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda atitude"

***FRAGILIDADE***  
***DECLÍNIO FUNCIONAL***  
***FALÊNCIA ORGÂNICA***

**Fadiga      Tristeza      Depressão      Ansiedade**

**Agitação      Insônia      Anorexia**

**Dor      Tosse      Obstipação**

**Náusea e Vômitos      Disfagia      Hemorragia**

**Diarréia      Emagrecimento      Afasia**

**Confusão Mental      Feridas**

# Gerenciamento da Situação

Manter o paciente informado ou seu representante

Lar Seguro

Aspectos éticos e legais

Tratamento Farmacológico

Tratamento não Farmacológico

Assistência ao Cuidador



**CUIDADOR**

**PACIENTE**

**PROVEDOR**

**INTERLIGADOS**

**AMBIENTE**

**FAMÍLIA**

**EQUIPE**

# categorias complementares

- ✓ Voluntário/remunerado
- ✓ Principal/secundário
- ✓ Leigo/profissional
- ✓ Familiar/não familiar

# Cuidador



# Cuidador Familiar

ENVOLVIMENTO AFETIVO

VÍNCULOS FRAGILIZADOS

PAPÉIS AMBÍGUOS

DESPREPARO

FALTA DE TEMPO

COBRANÇA

# Sobrecarga=burn out

## Fatores precipitantes do paciente

- ✓ Perambulação
- ✓ Depressão
- ✓ Resistência
- ✓ Desconfiança
- ✓ Acusações
- ✓ Gritos
- ✓ Colisão de personalidades
- ✓ Agressão física
- ✓ Insônia noturna
- ✓ Incontinência urinária e fecal
- ✓ Inapetência

# Interferem no Comportamento

- ✓ Mudanças súbitas e inesperadas da rotina
- ✓ Mudanças no ambiente
- ✓ “Lutas de poder” com o paciente
- ✓ Imposição de demandas excedentes á capacidade
- ✓ Ignorar as necessidades
- ✓ Excesso de rigidez ou controle
- ✓ Repetição de perguntas “para lembrar”
- ✓ Agressividade, agitação

# Fatores que dependem do cuidador

- ✓ Relação conjugal abalada
- ✓ Isolamento social
- ✓ Falta de conhecimento
- ✓ Pouca habilidade
- ✓ Imaturidade
- ✓ Culpa



# Fatores que interferem positivamente

Atitude empática, acolhedora, gentil

Compreensão do curso da doença

Personalidade flexível, adaptabilidade

Tolerância para alguns sintomas

Envolver em atividades da vida diária

Permitir a percepção do controle

Não esconder a doença

Desenvolver uma estrutura de apoio

**“A Família é uma instituição especificamente humana, palco necessário para a passagem de ser indivíduo para ser pessoa e viver como tal. Para todas as pessoas e para qualquer idade, a estrutura familiar constitui a plataforma a partir da qual podemos aspirar a uma vida plena de sentido”**

Considerar que o idoso não é um pacote e também deve participar das decisões.

A **família do idoso** é uma estrutura elaborada por si mesmo, sendo de alguma maneira responsável pelo tipo de dinâmica a que pertence.

Os fundadores foram os idosos, de tal modo que agora são **vítimas ou beneficiários** da dinâmica que deram às próprias famílias.

(Cláudio Garcia Pintos)

# As famílias são histórias em andamento

- ✓ influência da história de seus familiares
- ✓ situações são dinâmicas, padrões podem ser alterados
- ✓ o que garante a estabilidade de uma relação familiar não é a manutenção de um estado, mas sim a compreensão da possibilidade da mudança
- ✓ as ações motivadas por dever tem menos significado que as motivadas por amor

(Nelson HL)

# Estilos Familiares

A maioria das famílias resolve seus problemas de 5 maneiras:

- ✓ Negação
- ✓ Cooperação
- ✓ Alternância de liderança
- ✓ Conflito
- ✓ Caos

# Estilos Familiares

**Negação** - não antecipam os problemas e quando eles chegam é como se nada acontecesse, não planificam, tem dificuldade em tomar uma atitude, estão sempre em crise

**Cooperação** - afrontam e resolvem os problemas em colaboração. São eficazes trabalhando juntos e dividem tarefas. Mantém comunicação e colaboração abertas

# Estilos Familiares

**Alternância de Liderança** - ao invés de cooperação, cada um tem seu “tempo” de líder, até que outro assuma o comando previamente acordado. As discussões sobre quem assumirá o próximo comando podem trazer situações nocivas à família e dividi-la

**Conflitividade** - longa história de desacordos e inimizades familiares. É quase impossível que trabalhem juntos para solucionar um problema, quando um avança, o outro o derruba. A ira é generalizada e sobram insegurança e conflito

# Estilos Familiares

**CAOS** - algumas famílias são simplesmente caóticas: as relações são tão desorganizadas e tão amargas que o cuidado dos pais serve de desculpa para que os membros se firam uns aos outros. Também acontece com famílias pouco hostis, mas que não se comunicam entre si. São como peças soltas, não como uma máquina eficaz.

# Planejamento do cuidado

- ✓ Quanto cuidarás
- ✓ Por quanto tempo cuidarás
- ✓ O quanto custará cuidar
- ✓ Com que propósito cuidarás

# Aplicação dos passos

- ✓ Enfermidades crônicas duram a vida toda
- ✓ Conviver com doenças crônicas não é fácil
- ✓ As ações se passam em tua casa
- ✓ O cuidado não é exclusivo de um filho
- ✓ Habilidade para administrar crises-recurso
- ✓ Analise e aceite tuas limitações
- ✓ Envolve tua família no cuidado
- ✓ Uma casa de repouso pode ser um lar

# Orientações para Família

“Ser eficaz significa ter a habilidade para escolher o melhor para teus pais, administrar teus recursos para fazer o que tem que ser feito, ser flexível e mudar tua forma de proceder quando for necessário portanto, melhorar a eficácia é um processo contínuo.” (Cohen, Eisdorfer, 1997)

# Orientações para Família

- ✓ Identificação dos problemas com estabelecimento de ordem de prioridade entre eles
  - imediatos
  - a médio e longo prazo
- ✓ Superar os sentimentos de negação
  - normal da idade
  - rompimento dos padrões do passado
- ✓ Administrar tuas emoções
  - medo, ira, ansiedade, depressão, impotência, desesperança, inutilidade, frustração

# Orientações para Família

- ✓ Estabelecer fontes de apoio e de referência conheça-se a si mesma, teu papel nesta família, envolva seus pais no cuidado; envolva seus irmãos nas tarefas, procure apoio social, público, outros profissionais.
- ✓ Equilibrar as necessidades e os recursos - tua família, teus filhos, recursos financeiros

# Orientações para Família

- ✓ Aprender técnicas para quando se sinta fora de controle
  - evitar burn out, evitar maus tratos, não abandonar teus projetos, teu cuidado
- ✓ Aceitar o caminho que a vida de seus pais tomaram e deixá-los partir
  - Imponha limites para o que fazes, deixa que outros ajudem, considere a institucionalização.

# Cuidados ao Fim da Vida

Requer uma aproximação ativa e complacente que trate, conforte e ofereça suporte para indivíduos idosos que estão vivendo com ,ou morrendo por doença crônica progressiva.

**Este cuidado é individual, respeita valores espirituais , culturais e crenças. Engloba suporte para familiares, amigos e comunidade .**

**Inclui o período de luto.**

# Cuidados ao Fim da Vida

## **SUPER USO**

Hospitalizações/Tratamentos não Desejados

Testes Diagnósticos

Não Informados/Acadêmicos

## **SUB USO**

Não Controle dos Sintomas

Hospitalização Tardia

Alta Hospitalar Precoce

# Cuidados ao Fim da Vida

## "MORRER BEM"

- ✓ Estar Livre de Dor
- ✓ Nível Funcional o mais Alto Possível
- ✓ Resolução de Antigos Conflitos
- ✓ Desejos Finais Satisfeitos
- ✓ Acompanhados

# Cuidados ao Fim da Vida

## Qualidade de Cuidado

**Significa que o Cuidado**

- ✓ É o Certo,
- ✓ No Tempo Certo
- ✓ Da Maneira Certa

**Recursos**

Ordinários / Extraordinários

A DIGNIDADE DA VIDA HUMANA É SEMPRE A  
MAIOR REFERÊNCIA  
HÁ UM LIMITE PARA TRATAMENTOS E CURA,  
MAS NÃO PARA CUIDAR.

# Bioética e Finitude

## Pontos-chave na assistência ao morrer

1. Identificar que o paciente está em franco processo de morte, estimar o prognóstico e comunicar o fato à família, com técnica adequada. O prognóstico pode ser definido em minutos a horas, horas a dias e dias a semanas.
2. Avaliar muito bem o doente, de forma abrangente, e delimitar um plano de cuidados onde se contemple a participação dos profissionais envolvidos e as prioridades para o estado de melhor conforto físico do mesmo. **GESTÃO DE CASO**
3. Instituir terapêutica apropriada, por ordem de prioridades, mantendo constante avaliação de possíveis benefícios e necessidades de ajustes de doses/medicamentos.

# Bioética e Finitude

4. No final da vida, a prioridade é que o paciente não sinta dor, dispnéia, náusea, vômito ou outros sintomas desconfortantes; prevenir e controlar o delírio; evitar acúmulo de secreções nas vias respiratórias; prevenir e controlar a angústia e o medo da morte; preservar ao máximo a consciência do doente; manter a família informada de cada passo da evolução e das respostas terapêuticas propostas; certificar-se de que toda a equipe, bem como os familiares, compreenderam e concordam com o plano de ação terapêutica do momento; oferecer atenção do ponto de vista humano e espiritual, de acordo com a convicção do doente.

# Bioética e Finitude

5. Limitar as investigações clínicas aquelas essenciais para um melhor controle dos sintomas emergentes. Toda solicitação de exame deve responder a questão: existe resposta terapêutica cabível no caso de positividade no resultado? Caso contrário, basear-se apenas na observação clínica.

# Bioética e Finitude

6. Suspensão de terapêutica fútil: medicamentos de médio e longo prazo como anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, insulinas de ação sustentada, tratamentos hormonais, anticoagulantes, estatinas, antimicrobianos que não resultaram em resposta terapêutica após 72 horas de uso, antidepressivos, suplementos alimentares, entre outros.

# Bioética e Finitude

7. Adaptar vias de administração de medicamentos. O final da vida requer prescrição limpa e objetiva. O uso de medicação oral deve ser restrito ao essencialmente necessário e enquanto o doente mantiver sua capacidade de deglutir. A partir de então, a medicação deve preferencialmente passar para a via subcutânea, bem como a hidratação, quando necessária.
8. Adequação dos controles e vigilância de enfermagem, cujos parâmetros devem ser substituídos por novas ações que se incorporam a finalidade do melhor conforto físico possível.

# Bioética e Finitude

9. Ênfase de toda a equipe nas ações que visem aos mesmos objetivos do plano de cuidados e das prioridades elencadas, dos pontos de vista físico, psicossocial e espiritual.
10. Manter atenção contínua a família, certificando-se, sempre, da compreensão da cadeia de eventos atual.

**Dar ênfase no significado da vida da pessoa e no papel primordial da família neste difícil momento.**

“Concluindo, os desafios éticos começam e terminam com a pessoa com demencia. Nós temos que ver aquele paciente como um ser único naquele momento. Ele ou ela não é um **átomo isolado**, mas alguém que faz parte de uma família, numa comunidade com uma cultura e uma história. Isto significa que aqueles em volta da pessoa devem ser apoiados em seus esforços para manter a dignidade e bem estar do indivíduo . Mas estes familiares e a comunidade são por si só parte da sociedade e de uma organização política. Então, este é um assunto da nação. O bem comum, o imperativo da solidariedade, significa que as organizações, as instituições devem fazer o enfrentamento do desafio demográfico, não só pelas razões práticas, embora sejam importantes, **mas porque são uma necessidade moral humana** . Nossa postura como seres humanos e como sociedade será julgada pela nossa resposta, não somente para o aquecimento global, mas também para os desafios do envelhecimento e da demencia. Estes desafios são éticos e em nível individual, mas também são desafios sociais, legais e políticos”.

Julian Hughes-Austrália

“A proposta é a do amor incondicional, é a da valorização da vida, é a de não deixar passar a oportunidade que nos está sendo dada de sermos filhos”

*“Nossa meta não é mudar a forma como as pessoas vão morrer, mas a forma como vivem as que estão morrendo e como suas famílias experimentam e vão recordar da sua morte”*

**Timothy Donner-geriatra**



Desenho: Gaddi Tam

**Brasil – 3º pior  
lugar do mundo  
para morrer.**

Índice de Qualidade  
de Morte

“The Economist”  
Intelligence Unit



# Apoio

- Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis; Age and Ageing 2010; 39: 412–423 doi: 10.1093/ageing/afq034 Published electronically 13 April 2010
- Muscaritoli M, et al., Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: Joint document elaborated.. Clinical Nutrition (2010), doi:10.1016/j.clnu.2009.12.004
- *JAMA*. 2010;304:1936-1943, 1948-1949. **Comprehensive Care Programs May Benefit Older Patients With Multiple Chronic Conditions** Neil Osterweil
- Freitas EV, Py L, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed.
- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. cap. 100, p. 973-80.

LEDUC, M. M. S. Imobilidade e Síndrome da Imobilização. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F.A. X.; GORZONI, F. A. X.; ROCHA, S. M **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap.76, p. 645-53.

HAZZARD'S GERIATRIC MEDICINE AND GERONTOLOGY  
*Sixth Edition/Copyright © 2009 by The McGraw-Hill Companies, Inc.*