

CONDIÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA VIVENCIADAS POR IDOSOS DOENTES E/OU FRAGILIZADOS EM PROCESSO DE CUIDADO

*Edméia Campos Meira**
*Andréa dos Santos Souza***
*Camila Calhau Andrade ****
*Daniela Soares Aguiar *****
*Luciana Araújo dos Reis ******

RESUMO

O envelhecimento populacional vem se acelerando associado à uma mudança dos indicadores de saúde no país. Essa nova condição da sociedade traz consigo novas necessidades de atenção e de cuidado à esta parcela da população, nesta perspectiva, o presente estudo busca descrever condições de saúde e doença vivenciadas por idosos em processo de cuidado. Este estudo é um subprojeto do Projeto “Implantando e Implementando uma Política de Saúde do Idoso para o Município de Jequié/BA: Projeto de intervenção/cuidativa em campo clínico da Disciplina Enfermagem na Atenção a Saúde do Idoso.”, aprovado pelo CEP/UESB, sob o Parecer Nº nº251/2008. Tem como método, estudo de caráter exploratório descritivo com abordagem quantitativa, realizado na Cidade Jequié – BA. Os sujeitos do estudo foram 30 pessoas idosas de ambos os sexos, com estado de saúde fragilizado, que recebem cuidado domiciliar. A coleta de dados teve como instrumento o prontuário clínico de saúde do idoso usado na disciplina Enfermagem em atenção à Saúde do Idoso. A maioria dos idosos entrevistados tem entre 75 e 79 anos, são do sexo feminino, com estado civil de casadas e com renda de um salário mínimo. Todos os idosos são hipertensos e uma pequena parcela apresenta “Artrite/Artrose”. O histórico de queda esteve presente na maioria dos idosos, sendo que a maior parte destes idosos apresenta disfunção na avaliação da visão e depressão severa. Grande parte dos idosos possui algum grau de dependência, sendo mais comum a dependência parcial. Conclui-se desta forma, que a maioria dos idosos avaliados possui precárias condições de saúde.

Palavras-chave: Idoso. Doente. Fragilizado. Saúde. Cuidado.

*Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente Adjunta do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB.

**Enfermeira. Mestre e doutoranda em Enfermagem/UFBA. Docente Adjunta do Departamento de Saúde da UESB.

*** Enfermeira.

**** Enfermeira.

***** Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde. Docente Adjunta do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. E-mail: lucianauesb@yahoo.com.br.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecer é considerado um fenômeno de amplitude mundial, no qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que grande parte de idosos (com 80 anos ou mais) constituem o grupo etário de maior crescimento (SOUSA et al., 2003). O crescente aumento da população idosa está associado a mudanças nos indicadores de saúde, dentre os quais se destacam a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006a; SILVA; BATISTA, 2007).

A transição epidemiológica ocorrida no país é decorrente transição demográfica e resultou em problemas na esfera econômica, social e de saúde. Diante desses fatos, tornou-se necessário o desenvolvimento de meios para melhor atender às dificuldades do crescente grupo de idosos, para permitir um envelhecimento bem sucedido (SOUSA et al., 2003), requerendo políticas públicas capazes de amparar e atender o direito à saúde.

A escassez de recursos financeiros e a perda da autonomia para a realização das atividades do cotidiano indicam a necessidade de proteção social a qualquer indivíduo. As políticas que tratam dessas dimensões são as de geração de renda e as de cuidados de longa duração. Os principais benefícios a que os idosos brasileiros têm acesso fazem parte do sistema de seguridade social, de cunho universal. Nele, estão contidas as ações destinadas a assegurar os direitos à previdência, à saúde e à assistência social (CAMARANO et al., 2010).

Diante da realidade do envelhecimento populacional, muitas ações estão sendo planejadas procurando adaptar os serviços de atenção básica para prestar um atendimento adequado às pessoas idosas, tendo como principal objetivo a sensibilização e a educação no cuidado primário em saúde, de acordo com as necessidades específicas dessa população (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006b).

A Atenção à saúde da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica de Saúde da Família deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional,

influenciado por múltiplos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissionais de saúde/idoso e profissionais de saúde/familiares, a história clínica – aspectos biológicos, funcionais, psíquicos e sociais – e o exame físico (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006b).

Nos serviços de Atenção Básica de Saúde espera-se proporcionar à pessoa idosa uma atenção humanizada, na qual o “Acolhimento” é considerado um dispositivo indispensável, pois tem como característica dar atenção à todos, ouvindo suas necessidades e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e oferecer respostas mais adequadas junto aos usuários dos serviços de saúde (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006b).

Para a efetivação do acolhimento do idoso no processo de trabalho das equipes de saúde da família, torna-se fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com as questões do processo do envelhecimento, compreendendo as especificidades e os direitos da população idosa (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006b).

Assim, o profissional de saúde não deve se preocupar apenas com o “tratar” a doença ou aliviar os sinais e sintomas,

embora faça parte da sua atenção. O profissional deve valorizar a relação interpessoal, o respeito pelos valores e pela cultura do idoso e a participação destes nas decisões que devem ser tomadas (ZOBOLI, 2005).

Apesar de haver uma legislação tão avançada e detalhada a respeito dos serviços de saúde, é preponderante na prática o método laboral repartido, que reparte o indivíduo em conhecimentos isolados e ignora o indivíduo como sujeito pleno que é muito além de um problema de saúde; é uma subjetividade particular, uma história de vida, que são também determinantes do seu processo de saúde e doença (FRANCO JÚNIOR, 2004).

No momento em que a atenção à saúde da Pessoa Idosa é ponderada é inevitável pesar a efetividade dos serviços de saúde e por conseqüência constatar a ineficácia na provisão dos serviços de saúde, resultando em iniquidade, ineficiência e baixa qualidade (MOTTA; AGUIAR, 2007). Nesta perspectiva, o presente estudo tem por objetivo descrever condições de saúde e doença vivenciadas por idosos em processo de cuidado.

2 METODOLOGIA

Este artigo é parte integrante do Projeto de pesquisa “Implantando e Implementando uma Política de Saúde do Idoso para o Município de Jequié/BA: Projeto de intervenção/cuidativa em campo clínico da Disciplina Enfermagem na Atenção a Saúde do Idoso.”, aprovado pelo CEP/UESB, sob o Parecer N° n°251/2008, que visa Desenvolver, adaptar e testar tecnologia de intervenção sistematizada, de implantação e implementação de uma Política de Saúde do Idoso, na perspectiva de produção de Bem Estar Social de um Envelhecimento Ativo, para a população idosa em contexto familiar da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família do Loteamento Água Branca Jequié-BA.

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, visando conhecer o contexto que idosos e cuidadores estão vivenciando no domicílio para suprir necessidades de saúde e doença, considerando a viabilidade na implementação das políticas de saúde para o idoso.

Este estudo teve como cenário o domicílio dos idosos cadastrados a uma

Unidade de saúde, situada no Loteamento Água Branca e referência desta área de abrangência, no município de Jequié- BA.

Para seleção dos informantes deste estudo foi escolhida uma (1) Unidade de Saúde da Família, que oferece atendimento ambulatorial para demanda espontânea e referenciada nos serviços de Crescimento e Desenvolvimento, Pré-Natal, Hipertensão, Ginecologia, Preventivo, Pediatria, Clínica Geral, Odontologia, Imunização, Planejamento Familiar, Nutrição, Curativo, Tuberculose, Hanseníase e marcação de exames laboratoriais. Os sujeitos do estudo foram representados por uma amostra de 30 idosos doentes e/ou fragilizados.

Aqui foi considerado idoso doente e/ou fragilizado seguindo o critério de Fried et al. (2001), baseando-se em 5 indicadores: perda não intencional de massa corporal magra numa proporção superior a 5% no último ano, perda de força de preensão palmar, auto-relato de exaustão, velocidade e capacidade de marcha baixas e baixo nível de atividades físicas

No presente estudo, foi considerada frágil aquela pessoa idosa que apresentou três ou mais dos

componentes de fragilidade. Indivíduos que apresentaram um ou dois dos itens mencionados foram excluídos da amostra por serem apreciados na classificação “Em risco de Fragilidade/Pré-frágil”, e o que não completou nenhum dos quesitos foi classificado como “Não Frágil ou robusto” (FRIED et al., 2001).

Para atender os objetivos propostos ao desenvolvimento deste estudo, foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada contendo um roteiro de questões, sendo analisadas as respostas dos idosos. Com o objetivo de caracterizar o Idoso doente e/ou fragilizado, o estudo desenvolveu avaliação diagnóstica multidimensional ao idoso e família, por meio de protocolos validados pelo Ministério da Saúde e assim caracterizar sócio demograficamente o idoso bem como a sua saúde funcional. O prontuário clínico da pessoa idosa, instrumento também utilizado na Disciplina Enfermagem na Atenção a Saúde do Idoso e visa desenvolver avaliação diagnóstica multidimensional ao idoso e família, por meio de protocolos validados pelo Ministério da Saúde.

O prontuário conta com uma avaliação da saúde da pessoa idosa com

dados de identificação, hábitos de vida, habitação, quedas, condição atual de saúde, antecedentes patológicos, antecedentes familiares, avaliação geral interrogatório sistemático, avaliação das necessidades Humanas Básicas, impressões do enfermeiro, avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa, Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (EDG – 15), avaliação da audição, formulário de avaliação das atividades básicas de vida diária segundo Katz, Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Protocolo de quedas e o Instrumento de Avaliação para Risco de Quedas no ambiente domiciliar do Idoso.

Os dados foram analisados de maneira descritiva e apresentados sob a forma de tabelas simples e de dupla entrada, com o apoio técnico do Programa Microsoft Excel 2007.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos idosos entrevistados tem entre 75 e 79 anos. Os achados da pesquisa estão em concordância com estudos acerca do processo de envelhecimento mundial, que considera o progressivo envelhecimento demográfico

dos idosos da própria população. Na maioria dos países, independentemente da sua localização geográfica ou o nível de desenvolvimento, os idosos mais idosos, população com 80 anos ou mais está crescendo mais rápido do que qualquer segmento mais jovem da população idosa (UNITED NATIONS, 2009).

Os idosos doentes e/ou fragilizados são, em maioria, mulheres representando 80% da amostra, casados (56,67%) seguido dos viúvos que representam 36,67% deles. Um estudo realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) está em concordância com o presente estudo e revela que as mulheres vivem mais que os homens, e por isso se constituem a maioria dos idosos. Atualmente, as mulheres superam os homens em estimados 66 milhões entre aqueles com 60 anos ou mais. Entre aqueles com 80 anos ou mais, as mulheres são quase duas vezes mais numerosas e mulheres centenárias são entre quatro e cinco vezes mais numerosas do que os homens (UNITED NATIONS, 2009).

Tabela 1 - Distribuição de idosos doentes e/ou fragilizados de acordo com estado conjugal e sexo. Jequié-BA, 2013.

Estado Conjugal	Sexo (%)		Total (%)
	Feminino	Masculino	
Solteiro	-	-	-
Casado	40,00	16,67	56,67
Viúvo	33,33	3,33	36,67
Separado	6,67	-	6,67
Total	80,00	20,00	100,00

Fonte: Dados da pesquisa

Através desta Tabela 2, pode-se constatar que 73,33% dos entrevistados são analfabetos, e 16,67% deles tem um grau de escolaridade pequeno – de 1 a 4 anos de escolaridade. Em pesquisa anteriormente realizada pelo projeto de pesquisa onde o perfil etário era de idosos mais novos o grau de escolaridade era predominantemente entre 1 e 4 anos de escolaridade. Agora, usando uma amostra onde os idosos são predominantemente mais velhos, observa-se um nível de escolaridade predominantemente de analfabetismo, o que evidencia um aumento de escolaridade em gerações mais novas.

Tabela 2 - Distribuição de idosos doentes e/ou fragilizados de acordo com grau de escolaridade e sexo. Jequié-BA, 2013.

Escolaridade	Sexo (%)		Total (%)
	Feminino	Masculino	
Analfabeto	63,33	10,00	73,33
1 – 4 anos de escolaridade	13,33	3,33	16,67
5 – 8 anos de escolaridade	3,33	6,67	10,00
9 – 11 anos de escolaridade	-	-	-
11 + anos de escolaridade	-	-	-
Total	80,00	20,00	100,00

Fonte: Dados da pesquisa

Pesquisa semelhante realizada pela ONU está em concordância com o que foi aqui encontrado: o analfabetismo ainda é comum entre os idosos em regiões de menor desenvolvimento. Estima-se que quase metade de todas as pessoas com 65 anos ou mais nos países em desenvolvimento são analfabetas. Só cerca de 40 por cento das mulheres mais velhas e cerca de dois terços dos idosos homens nos países em desenvolvimento têm noções básicas de leitura e escrita. Até nas regiões mais desenvolvidas, algum nível de escolaridade entre a população idosa é quase universal apenas em alguns países. (UNITED NATIONS, 2009).

A pesquisa revela que quase toda a amostra (90,00%) tem renda de um salário mínimo, uma das pessoas idosas (3,33%) possui renda de quatro salários mínimos e sustenta a casa sozinha e outras duas (6,67%) não possui renda e suas despesas são assumidas pelos familiares. Nenhuma das pessoas idosas recebe mais que quatro salários mínimos. A sua renda se refere à aposentadoria, uma vez que nenhuma delas exerce atividade remunerada.

A renda familiar dos idosos difere pouco da renda individual. Aqui é possível

constatar que quase metade das famílias vive com dois salários mínimos e que apenas 20,00% vive com uma renda maior que esta. Nenhuma das famílias tem renda superior à quatro salários mínimos.

Como se pode observar, além do índice de 100,00% de HAS, as parcelas de pessoas idosas com outras doenças cardiovasculares representadas aqui pelas cardiopatias também é elevado, atingindo 26,67% e um quinto da amostra tem diagnóstico médico de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Já a insuficiência renal crônica, apresentada por uma pessoa da amostra, foi aqui considerada na categoria "outras".

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a doença cardiovascular mais frequente e um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. É também um dos fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, caracterizado como causa de pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, de 25% das mortes por doença arterial coronariana e, associado ao diabetes, é também causador de 50% dos casos de insuficiência renal terminal (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006a).

A HAS é uma doença crônica doença altamente prevalente nas pessoas idosas, acometendo entre 50,00% e 70,00% delas. A doença é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Para o diagnóstico de HAS deve se considerar não apenas os níveis de pressão arterial, mas também o risco cardiovascular global, considerando os fatores de risco, a detecção de lesões em órgãos-alvo e comorbidades associadas. A doença não deve ser considerada dentro dos padrões de normalidades do envelhecimento nem inerente ao mesmo. Trata-se de um fator causador tanto de morbidade quanto de mortalidade, que no caso de ser controlada de forma apropriada, traz poucas limitações funcionais e a incapacidade para os idosos. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006a).

Na categoria “Artrite/Artrose”, apenas 33,33% da amostra tem diagnóstico médico para alguma das doenças, mas uma proporção maior de idosos queixa-se de sintomas relacionados à essas doenças como dores articulares por exemplo.

Entre os diagnósticos médicos para os idosos na classificação “Outras” estão Insuficiência Venosa, Gastrite, Obesidade, Parkinson, Câncer de Mama, Vasculopatia, Insuficiência Renal, Calculo Renal e Glaucoma.

Desses idosos, a maioria sofre de doença e/ou fragilização decorrente de negligência de cuidados necessários a doenças crônicas primárias como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e doenças osteomusculares.

Tabela 3 - Distribuição das pessoas idosas doentes e/ou fragilizadas segundo doença ou condição diagnosticada e sexo. Jequié-BA, 2013.

Doença ou condição diagnosticada	Sexo (%)		Total (%)
	Feminino	Masculino	
HAS	80,00	20,00	100,00
DM	30,00	6,67	36,67
Cardiopatia	20,00	6,67	26,67
Artrite/Artrose	26,67	6,67	33,33
Osteoporose	6,67	-	6,67
AVE	13,33	6,67	20,00
Outras	23,33	6,67	30,00

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo os dados coletados, 80,00% dessas pessoas idosas tem história tanto de quedas quanto de internamentos nos últimos 5 anos. As repercussões negativas que as quedas trazem para a vida deles atingem quase todos os aspectos de suas vidas e os expõem à fragilização e ao risco de morte.

Tabela 4 - Distribuição de idosos doentes e/ou fragilizados do sexo feminino de acordo com história de quedas e sexo. Jequié-BA, 2013.

Grupo Etário	Sexo Feminino (%)		Sexo Masculino (%)		Total Sim (%)
	Sim	Não	Sim	Não	
História de Quedas	63,33	16,67	16,67	3,33	80,00
História de Internamentos	60,00	20,00	20,00	-	80,00

Fonte: Dados da pesquisa

As quedas compõem um problema grave para as pessoas idosas e relacionam-se à institucionalização precoce, altos indicadores de morbimortalidade e perda gradativa da capacidade funcional. Escadas, ausência de diferenciação de degraus e corrimãos, luminosidade imprópria, tapetes soltos e obstáculos no local de circulação tais como fios elétricos, pisos mal conservados entre outros, são alguns dos riscos comuns observados no ambiente domiciliar. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006b).

Aproximadamente 30% das pessoas no grupo etário acima dos 60 anos caem a cada ano, aumentando para 40,00% no grupo etário acima dos 80 anos e chegando a 50,00% entre os que residem em instituições de longa permanência. As quedas são mais

frequentes no sexo feminino até os 75 anos, de idade a partir dessa idade os índices de quedas se igualam. Dentre os que caem, estima-se que 2,5% requerem hospitalização e desses, apenas metade consegue sobreviver mais que um ano (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006b).

As causas mais comuns relacionadas ao ambiente para quedas na comunidade são fraqueza, distúrbios de equilíbrio e de marcha, tontura, vertigem, alteração postural, hipotensão ortostática, lesão no sistema nervoso central, síncope e redução da visão. Esses fatores de risco podem ser intrínsecos e extrínsecos. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006a).

A tabela evidencia 90% de indivíduos apresentam disfunção na avaliação da visão e 46,57% apresentam avaliação auditiva. Outro dado importante é que 76,67% deles possuem depressão leve e 16,67 possuem depressão severa segundo a avaliação.

Segundo a avaliação das atividades básicas de vida diária (AVDs KATZ) 80,00% dos idosos possuem algum grau de dependência, sendo que na classificação de dependência total tem-se 23, 33% e nas classificações de dependência parcial temos 56,67%.

Na amostra não foram encontrados idosos independentes segundo a escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), apenas dependentes parciais e totalmente dependentes representando 10,00% e 90,00% respectivamente. Essa dependência se explica pelo fato de que a amostra é composta de idoso com problemas sensoriais e Hipertensos, problemas aos quais se sobrepõem pelo menos mais uma doença crônica ou alguma afecção concomitante. Essa situação de cronicidade e longevidade contribuem para o aumento de limitações funcionais, levando à necessidade de cuidados constantes.

A garantia de uma renda mínima para a população idosa no Brasil tem contado com progressos, mas soluções para o suprimento de serviços de saúde e de cuidados formais não foram criados. O assunto toma proporções ainda maiores tendo em vista o aumento mais acelerado da população de 80 anos de idade ou mais, somado aos níveis de fecundidade aquém dos de reposição, transformações nos arranjos familiares e na função social da mulher, tradicionalmente cuidadora dos membros dependentes da família que estão cada vez mais inseridas no

mercado de trabalho (CAMARANO et al., 2011).

O declínio da mortalidade dos idosos mais idosos acarreta em um crescimento mais acentuado dessa parcela da população. Como eles são os mais expostos a fragilidades intrínsecas à velhice, o esperado é que a demanda de idosos que requerem cuidados prolongados cresça e a oferta de cuidadores familiares diminua. Não se sabe se as famílias brasileiras serão capazes de manter o seu papel tradicional de principal cuidador dos idosos frágeis ou se novas soluções deverão ser fornecidas pelo Estado ou iniciativas privadas. Este não será um desafio exclusivo para a sociedade brasileira (CAMARANO et al., 2011).

Tabela 5 - Distribuição de idosos doentes e/ou fragilizados de acordo com os resultados dos protocolos funcionais. Jequié-BA, 2013.

Resultados dos Protocolos Funcionais		Total (%)
Avaliação da Visão	Sem Disfunção	10,00
	Com Disfunção	90,00
Avaliação da Audição	Sem Disfunção	53,33
	Com Disfunção	46,67
Avaliação de Depressão	Normal	6,67
	Depressão Leve	76,67
	Depressão Severa	16,67
Avaliação das atividades básicas da vida diária (AVDs - KATZ)	A	20
	B	3,33
	C	6,67
	D	3,33
	E	-
	F	-
	G	23,33
Avaliação Cognitiva	Outro	43,33
	Sem risco	16,67
	Com risco	83,33

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Na avaliação das atividades básicas de vida diária as classificações com relação ao grau de dependência são:

A – Independente para todas as atividades,
B – Independente para todas as atividades menos uma,
C – Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional,
D – Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional,
E – Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, banheiro e mais uma adicional,
F – Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, banheiro transferência e mais uma adicional,
G – Dependente para todas as atividades e
Outro – Dependente em pelo menos uma das funções que não se classificam em C, D, E e F.

É possível constatar que a maioria dos idosos doentes e/ou fragilizados, em uma avaliação subjetiva classificou sua saúde como ruim (50,00%), 30,00% classificaram como regular e 16,67% como boa. O estado de saúde foi classificado como ruim pela maioria por perceberem que surgiram algumas patologias, na maioria problemas crônicos degenerativos, e outros se agravaram nos últimos anos somando fragilidades com o passar do tempo e trazendo para si condições de vida e de saúde que os limitam.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos idosos entrevistados tem entre 75 e 79 anos, são do sexo feminino, com estado civil de casadas e com renda de um salário mínimo. Todos

os idosos são hipertensos e uma pequena parcela apresenta “Artrite/Artrose”. O histórico de queda esteve presente na maioria dos idosos, sendo que a maior parte destes idosos apresenta disfunção na avaliação da visão e depressão severa. Grande parte dos idosos possui algum grau de dependência, sendo mais comum a dependência parcial.

Nessa perspectiva, e estudo não se encerra diante das considerações aqui apresentadas, uma vez que acreditamos na possibilidade de seus resultados incentivarem o surgimento de novos estudos voltados para o idoso, propondo novas medidas que tornem mais uma melhor qualidade de vida para esta população.

Efetivar esse envelhecimento saudável e digno não é só olhar para o idoso e sua família, é também preparar as parcelas da população mais jovem. Assim à medida que os jovens de hoje sejam preparados para um envelhecimento saudável, no futuro eles chegarão a maturidade em bom estado físico e mental, aptos a exercer atividades laborais por mais tempo, prevenindo também o problema social.

CONDITIONS OF HEALTH AND DISEASE PATIENTS EXPERIENCED BY ELDERLY AND / OR IN CASE OF CAUTION FRAGILE

ABSTRACT

Population aging is accelerating associated with a change in health indicators in the country. This new condition of society brings new need for attention and care to this segment of the population, in this perspective, this study seeks to describe health and disease experienced by the elderly in the care process. This study is a subproject of the Project "Deploying and Implementing a Health Policy for the Elderly Municipality of Jequié / BA: Project Intervention / cuidativa in the clinical field of Discipline Nursing Health Care in the Elderly." Approved by CEP / UESB under the Opinion No. 251/2008. Its method, descriptive exploratory study with a quantitative approach, held in the City Jequié - BA. The study subjects were 30 elderly of both sexes, with frail health who receive home care. The data collection instrument was to the clinical record of use in elderly health care in the Nursing Health Care of the Elderly. Most elderly respondents have between 75 and 79 years, are female, with marital status and married with an income of a minimum wage. All seniors are hypertensive and a small portion presents "Arthritis / Osteoarthritis." The historic drop was present in most elderly, and most of these elderly presents dysfunction in assessing vision and severe depression. Many of the elderly have some degree of dependence, the most common being partial dependency. We conclude therefore, that the majority of elderly subjects have poor health.

Keywords: *Elderly. Sick. Frail Health. Care.*

REFERÊNCIAS

MINISTERIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 fev. 2006a.

MINISTERIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria N° 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 out. 2006b.

CAMARANO, A. A. et al. **Cuidados de longa duração para a população idosa : um novo risco social a ser assumido?** In: CAMARANO, A. A. (org.) – Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

FRANCO, T. B.; JÚNIOR, H. M. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/linha_de_cuidado_o>

- brigatorio_1.pdf/>. Acesso em: 10 de Maio de 2012.
- FRIED, L.P. et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **The Journals of gerontology**, v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001.
- MOTTA, L. B.; DE AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência e saúde**, v.12, n.2, p. 363-372, 2007.
- SILVA, F. A. B.; BATISTA, M. A. S. **A consulta de enfermagem ao idoso - aspectos relevantes**. Santo Antonio do Descoberto : Programa Saúde da Família, 2007.
- SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública [online]**, v.37, n.3, p. 364-371, 2003.
- UNITED NATIONS. **World Population Ageing**. New York: Population Division; DESA, 2009.
- ZOBOLI, E. Ética do cuidado: uma reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal. **Saúde Coletiva**, v.4, n.17, p.158-163, 2007.