

PROMOÇÃO EM SAÚDE ATRAVÉS DE UMA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL NO IDOSO : RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rúbia Rayanne Souto Braz¹
Elizete Maria Viana Maciel²
Cirlene Francisca Sales da Silva³

RESUMO

O presente trabalho objetivou relatar e descrever uma experiência de Promoção em Saúde, através de uma avaliação multidimensional do idoso, que contou com orientações individualizadas a partir de abordagens psicossociais e funcionais. A ação ocorreu no primeiro semestre de 2019, no Município de Ipojuca, intitulada: “Viver feliz é viver com saúde e assistência social”. Foi realizada por profissionais Especialistas em Gerontologia e estudantes da Universidade Católica de Pernambuco. Posteriormente, os idosos avaliados, foram encaminhados para profissionais da Rede Básica de Saúde do Município. As pessoas idosas foram entrevistadas, avaliadas e orientadas quanto a qualidade de vida e a necessidade da boa funcionalidade para uma vida mais ativa. Para a referida experiência, contou-se com a participação de idosos assistidos pelo Programa de Saúde do município, todos foram submetidos à aplicação de quatro escalas: GDS-15, Mini-Exame do Estado Mental e Escala de Katz das Atividades da Vida Diária e Barthel. **Resultados e Discussão:** oportunizou-se aos idosos avaliados, esclarecimentos de dúvidas sobre funcionalidade física e mental, determinadas limitações funcionais e orientações para melhorar estes aspectos. Por conseguinte, observou-se o entendimento, por parte dos idosos, da necessidade de atender as orientações. Os idosos também apresentaram satisfação com a aplicação da Escalas, antes, não questionadas por demais profissionais da rede do município. Concluiu-se que este tipo de ação, realizada por profissionais de diferentes áreas, por meio de uma avaliação multidisciplinar, mostrou-se útil para a Educação em Saúde e sua Promoção na vida dos Idosos.

Palavras-chaves: Idoso; Avaliação multidimensional; Funcionalidade; Qualidade de vida; Promoção em Saúde.

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento progressivo da população, passou-se a desenvolver uma abordagem geriátrica mais globalizada dos problemas relacionados a essa faixa etária. Estima-se que, considerando a população mundial, o número de pessoas com 60 anos ou mais irá crescer 300% em 50 anos e que, de 606 milhões no ano 2000, passará para quase 2 bilhões em

¹Mestranda em Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, rubiasbraz@gmail.com;

² Especializanda em Gerontologia da Universidade Católica de Pernambuco-UNICAP, elizetevianamaciel@gmail.com;

³Doutora em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP, cirlene.silva@unicap.br;

2050. O crescimento será ainda maior nos países em desenvolvimento. Em 2000 havia no Brasil 13 milhões de idosos (acima de 60 anos). Espera-se que esse número aumente para 58 milhões em 50 anos, correspondendo a 23,6% da população total (SCAZUFCA et al.,2002) .

A doença mental refere-se coletivamente a todos os transtornos mentais diagnosticáveis e é caracterizada por alterações sustentadas e anormais no pensamento, no humor ou no comportamento associados ao sofrimento e ao funcionamento prejudicado (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE, 1999). É um importante problema de saúde pública, tanto por direito próprio quanto por estar associada a outras doenças crônicas e à morbidade e mortalidade decorrentes. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças mentais são responsáveis por mais incapacidades nos países desenvolvidos do que qualquer outro grupo de doenças, incluindo câncer e doenças cardíacas (WHO,2004). A depressão é o problema de saúde mental mais comum na terceira idade, tendo impacto negativo em todos os aspectos da vida, sendo assim de grande relevância na saúde pública(TOURIGNY et al.,2006).

A presença de sintomas depressivos é apenas ocasionalmente reconhecida pelo paciente e profissionais de saúde (KOENING et al., 1988; RABINS,1996; RUSSO,1996), causando sofrimento desnecessário àqueles que não recebem tratamento, dificuldades para os familiares do paciente, e elevado custo econômico à sociedade (GURLAND; KATZ; CHEN,1997; LEBOWITZ, et al., 1997). É fundamental, portanto, que os profissionais de saúde tenham familiaridade com as características da depressão no idoso e estejam preparados para investigar a presença de sintomas depressivos entre aqueles em contato com eles. Nesse sentido, o uso sistemático de escalas de depressão pode facilitar a detecção desses casos na prática clínica. A escolha da escala vai depender de uma série de fatores como sua capacidade para detectar casos, sua sensibilidade para monitorar mudanças ao longo do tempo, a consistência de suas medidas, e a facilidade com a qual ela pode ser administrada (ALMEIDA ; ALMEIDA, 1999).

Em 1983, Yesavage e colaboradores desenvolveram e validaram um instrumento de triagem para depressão chamada de Escala de Depressão Geriátrica (GDS). Esta Escala é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para a detecção de depressão no idoso. Diversos estudos já demonstraram que a GDS oferece medidas válidas e confiáveis para a avaliação de transtornos depressivos. A GDS possui uma versão longa e uma curta, composta de 30 e 15 questões, respectivamente. Ambas são validadas internacionalmente e amplamente utilizadas na avaliação geriátrica global, auxiliando a determinar a necessidade de tratamento

nessa fração da população (YESAVAGE et al.,1983; STILES; MCGARRANHAN, 1998 ; ALMEIDA ; ALMEIDA , 1999).

É fundamental, portanto, que os profissionais de saúde tenham familiaridade com as características da depressão no idoso e estejam preparados para investigar a presença de sintomas depressivos entre aqueles em contato com eles. Nesse sentido, o uso sistemático de escalas de depressão pode facilitar a detecção desses casos na prática clínica. A escolha da escala vai depender de uma série de fatores como sua capacidade para detectar casos, sua sensibilidade para monitorar mudanças ao longo do tempo, a consistência de suas medidas, e a facilidade com a qual ela pode ser administrada (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

O Miniexame do Estado Mental (MEEM), desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh (1975), é o instrumento de triagem cognitiva mais amplamente utilizado. É sensível, válido e confiável, bem como, usado extensivamente em contextos clínicos e de pesquisa para medir o comprometimento cognitivo (KAASALAINEN ET AL., 1998). Um exame das propriedades psicométricas do MEEM parece justificado, porque a avaliação precisa e abrangente do estado mental pode produzir profundas implicações para a qualidade de vida de idosos com deficiência cognitiva (DANNER et al., 1993).A ferramenta consiste em duas seções que, juntas, contêm 11 tarefas de cognição.A primeira seção envolve respostas verbais e aborda orientação, memória e atenção.A segunda seção envolve a capacidade de responder a comandos verbais e escritos, como escrever uma frase e copiar uma figura poligonal (FOLSTEIN et al., 1975).

Segundo Almeida (1998)o MMSE é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias,cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas:*orientação para tempo* (5 pontos), *orientação para local* (5 pontos), *registro de 3palavras* (3 pontos), *atenção e cálculo* (5 pontos), *lembrança das 3 palavras* (3 pontos), *linguagem* (8 pontos), e *capacidade construtiva visual* (1 ponto). O *score* do MMSE pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. A escala é simples de usar e pode ser facilmente administrada em 5-10 minutos, inclusive por profissionais não médicos. Os *scores* variam de 0 a 30. Um *score* de acima de 24 pretende identificar indivíduos que estão cognitivamente intactos e de 23 abaixo são indicativos de comprometimento cognitivo (ALMEIDA ,1998; PAGMAN,SLOAN and GUSE,2000) .

Para avaliar a independência nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) utilizou-se o Índice de Katz (11), que avalia a independência no desempenho de seis funções consideradas básicas e integradas: banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação (KATZ, 1963). Para avaliar as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)

foi utilizada a Escala de Lawton, que explora um nível mais complexo de funcionalidade, descrevendo as atividades necessárias para adaptação ao ambiente, com ênfase nas atividades comunitárias, mais influenciadas cognitivamente. Foi usada a versão recomendada pelo Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica nº 19 – Saúde do Idoso , que classifica as pessoas como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções (BRASIL,2006).

Estudos apontam que a funcionalidade e a incapacidade de idosos brasileiros, além dos fatores fisiológicos do envelhecimento, recebem influência também das características relacionadas a gênero, renda, escolaridade, ambiente físico e social, condições de saúde, história de vida, personalidade e cognição, podendo, portanto, apresentar-se heterogeneamente no território brasileiro e mesmo entre a população idosa. O comprometimento da cognição, por sua vez, pode influenciar o humor dos idosos associando-se a doenças psiquiátricas. A depressão é uma síndrome psiquiátrica cujas características principais são perda de interesse e prazer em atividades e humor deprimido (BATISTONI,2008). Sintomas depressivos e déficit cognitivo estão entre os principais problemas de saúde mental na velhice (AVILA; BOTTINO 2006). Os estados depressivos se correlacionam ao baixo desempenho cognitivo ao longo da vida e influenciam de maneira negativa a funcionalidade dos idosos(AVILA ; BOTTINO 2006; FERREIRA et al., 2010).

A importância desta Ação comunitária justifica-se pela busca da melhoria da qualidade de vida do Idoso; bem como a assistência aos múltiplos fatores no processo de saúde-doença; necessidade de uma Avaliação Individualizada para os Idosos;pelo impacto das atividades na vida dos Idosos participantes e pela importância dos profissionais de saúde na promoção da saúde, e por fim, pela assistência aos Idosos tanto à sua funcionalidade, cognição e questões psicológicas.Diante do exposto o objetivo deste relato é descrever a experiência de Promoção em Saúde, vivenciada em uma Ação Comunitária de Saúde para o Idoso,através de Avaliações e Orientações Individualizadas com abordagens psicossociais e funcionais aos Idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de um Relato de Experiência do tipo descritivo. Foi desenvolvido no Município de Ipojuca (Pernambuco), uma ação intitulada: “ **VIVER FELIZ É VIVER COM SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**” , para os Idosos residentes e assistidos por um

programa de Saúde do Município. Participaram dessa ação, Profissionais Especialistas em Gerontologia, e estudantes do referido curso, da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) em parceria com a Prefeitura de Ipojuca/Pernambuco.

Para a referida experiência, contou-se com a avaliação e orientação de idosos assistidos pelo Programa de Saúde do Município do Cabo de Santo Agostinho, sendo esta realizada no primeiro Semestre do ano de 2019. Todos os idosos foram submetidos à aplicação de quatro escalas: GDS-15, Mini-Examedo Estado Mental (MMSE) e Escala de Katz das Atividades da Vida Diária e Barthel.

Inicialmente os Idosos foram submetidos aos acompanhamentos de rotina do Posto de Saúde, como mensuração de sinais vitais, aferição de pressão arterial, glicemia e outros; foi também realizado inquéritos sobre as consultas e encaminhamentos já agendados. Posteriormente, foi feita a Anamnese Individual dos Idosos, que contava com questões pessoais como: idade, sexo, raça cor, etnia; grau de escolaridade; renda familiar, entre outros dados sociodemográficos; seguidos de investigação rápida sobre doenças preexistentes e comorbidades e queixas álgicas, além de serem avaliados por 4 escalas abordando o nível de cognição do idoso, a existência de depressão e o grau de funcionalidade através das atividades de vida diária dos Idosos.

Sendo assim a intervenção dos Profissionais visou uma Avaliação Gerontológica Ampla (AGA), tanto referente aos aspectos psicossociais quanto aos funcionais. Posteriormente, os Idosos foram encaminhados para profissionais voltados para suas necessidades pontuais. Todos receberam orientações quanto qualidade de vida, prática de hábitos saudáveis e orientações quanto a funcionalidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi perceptível a aprovação da Ação pelo grupo de Idosos avaliados e comprovado ao se questionar sobre o que se entendeu sobre as orientações repassadas. Observou-se ainda, a reprodução de entendimento das orientações, bem como, agradecimentos pela ação proposta. A ação proporcionou ao público alvo, o esclarecimento de dúvidas e a confirmação de conhecimentos empíricos, sobre a funcionalidade dos idosos, determinadas limitações funcionais e orientações sobre posturas tanto para atividades laborais quanto domésticas. Tais como educação sobre hábitos saudáveis, já que algumas as dúvidas estavam relacionadas com as atividades habituais e eram facilmente adaptadas as informações para sua rotina diária.

Por meio da escala de depressão GDS 15, uma das observações relevantes foi que grande parte dos idosos ressaltaram achar interessante o questionamento quanto sua percepção de satisfação com a vida e interesse sobre os seus sentimentos, salientando que não era tão comum esse tipo de pergunta e abordagem. Para rastrear a função cognitiva e/ou quadros demenciais utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental, que verificou uma maior dificuldade nos idosos com baixo grau de escolaridade. E por fim, o uso da Escala de Katz e Barthel para inferir sobre a funcionalidade através das Atividades de Vida Diária (AVD).

Nesta,apontou-se que a maioria dos idosos não apresentou limitações para realização de atividades, nem restrições quanto à participação. No entanto, uma proporção menor já demonstra necessidade de cuidado diferenciado, tanto nas atividades básicas de vida diária e, principalmente, para as atividades instrumentais de vida diária.Uma vez que, possuem queixas quanto patologias específicas, normais da idade.

Mas vale salientar, que a Unidade de Saúde do Município, possui assistência tanto quanto para os encaminhamentos, quanto à inserção dos idosos em práticas de saúde, através de exercícios físicos semanalmente com profissionais e encontros de educação em saúde, tanto para orientações de temas relevantes sobre a saúde pessoal,doenças e comorbidades e assistência psicológica,que demonstrou que os Idosos avaliados e assistidos nessa Ação, eram levemente dependentes, ou sejam era mais ativos, fato este também correlacionado com a necessidade de trabalhar nessa população,relatada por eles mesmo como necessário para suporte financeiro a sua família, ou seja acredita-se que o fato de estarem ainda trabalhando, em atividades na maioria das vezes bastante “pesada”, como na Feira, na Plantação e fazendo serviços domésticos, acarretaria uma maior movimentação ativa. É importante ressaltar que mesmo apresentando bons scores nas Escalas de AVD, muitos tinham queixas de dores e limitações, mas relatavam que o acesso ao serviço de saúde, era dispendioso quanto ao tempo e o gasto .

Percebeu-se, no decorrer da Ação, significativo interesse dos Idosos em discursar sobre as suas dúvidas e responder aos questionários propostos, pois alegavam que algumas das perguntas nunca tinham sido feitas por profissionais em outras consultas, ou em momentos anteriores, principalmente nas questões pessoais sobre como o Idoso se sentia e como ele via sua vida de uma perspectiva pessoal e individual, com interesse no relato sobre sua percepção de qualidade de vida, questões emocionais e bem-estar e não dentro de um contexto de saúde-doença. Tal confronto criou no grupo de estudo um senso reflexivo, crítico e participativo no que diz respeito ao atendimento humanizado e individualizado ao Idoso e ao poder de esta tantas vezes não valorizado pelos profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho objetivou relatar e descrever uma experiência de Promoção em Saúde, por meio de uma avaliação multidimensional do idoso, que contou com orientações individualizadas a partir de abordagens psicossociais e funcionais. A ação ocorreu no primeiro semestre de 2019, no Município de Ipojuca, intitulada: “Viver feliz é viver com saúde e assistência social”. Foi realizada por profissionais Especialistas em Gerontologia e estudantes da Universidade Católica de Pernambuco. Posteriormente, os idosos avaliados, foram encaminhados para profissionais da Rede Básica de Saúde do Município. As pessoas idosas foram entrevistadas, avaliadas e orientadas quanto a qualidade de vida e a necessidade da boa funcionalidade para uma vida mais ativa. Para a referida experiência, contou-se com a participação de idosos assistidos pelo Programa de Saúde do município, todos foram submetidos à aplicação de quatro escalas: GDS-15, Mini-Exame do Estado Mental e Escala de Katz das Atividades da Vida Diária e Barthel. Concluiu-se, que a ação em discussão, oportunizou aos idosos avaliados, esclarecimentos de dúvidas sobre funcionalidade física e mental, determinadas limitações funcionais e orientações para melhorar estes aspectos. Por conseguinte, observou-se o entendimento, por parte dos idosos, da necessidade de atender as orientações. Os idosos também apresentaram satisfação com a aplicação da Escalas, antes, não questionadas por demais profissionais da rede do município. Desse modo, este tipo de ação, realizada por profissionais de diferentes áreas, por meio de uma avaliação multidisciplinar, mostrou-se útil para a Educação em Saúde e sua Promoção na vida dos Idosos.

Diante dos resultados apresentados, observa-se que este tipo de ação com uma Avaliação Multidisciplinar e com Profissionais de diferentes áreas, oportuniza benefícios para os Idosos e dá a oportunidade de realizar inferências individualizadas para os idosos, podendo garantir o poder da escuta especializada e individualizada. Espera-se assim, que ações como esta sejam cada vez mais frequentes e útil para os demais profissionais que atuam na área de Gerontologia, permitindo a Educação em Saúde do Idoso e sua melhor inserção no meio em qual habita e trabalha e uma melhora na qualidade de vida e dignidade.

Como também, salienta-se a importância de novos estudos acerca dessas ações, seus consequentes benefícios para a população idosa e todos envolvidos no processo da promoção do bem-estar desse seguimento etário.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA , O. B. Mini Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil . **Arquivo Neuropsiquiatria**. 56(3-B):605-612 .1998.

ALMEIDA, O.B ; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão Brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivo Neuropsiquiatria** . 57 (2 – B) : 421-426.1999.

AVILA R, BOTTINO C.M. Cognitive changes up date among elderly with depressive syndrome. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 28 (4):316- 20.2006.

BATISTONI, S. S. Depressão. In: NERI A. L, editor. **Palavras chaves em gerontologia**. Campinas: Alinea; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 19).

DANNER, C. et al. Cognitively impaired elders using research findings to improve nursing care. **Journal of Gerontological Nursing**, 19(4), 5-11.1993.

FERREIRA M, et al. The effects of sample size on the outcome of ovarian tissue cryo preservation. **Reprod Domest Anim**.45(1):99-102. 2010

FOLSTEIN, M., FOLSTEIN, S., ; MCHUGH, P. “Mini- Mental State” A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, 12, 189-198.1975

GURLAND B.J. ;KATZ S.; CHEN J. The subjective burden of depression. **Am J Geriatr. Psychiatry** .5:188-191.1997.

KAASALAINEN, S. et al. Pain and cognitive status in the institutionalized elderly perceptions and interventions.. **Journal of Gerontological Nursing**, 24(8), 25-31.1998

KATZ S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**. 185(12):914-9.1963.

KOENIG H.G et al. Detection and treatment of depression in older medically ill hospitalized patients. **Int J Psychiatr Med**. 18:17-31.1988.

LEBOWITZ B.D; PEARSON J.L; SCHNEIDER L.S. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. **J Am Med Assoc** .278:1186-1190. 1997.

PANGMAN, V.C.; SLOAN, J. ; GUSE, L. An Examination of Psychometric Properties of the Mini-Mental State Examination and the Standardized Mini-Mental State Examination:

Implications for Clinical Practice. **Applied Nursing Research**. v. 13, No. 4 (November), 2000: pp 209-213 .

PAULA A.F.M. et al. Avaliação da capacidade funcional, cognição esintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. **Rev Soc Bras Clin Med**.11(3): 212-8.2013,

RABINS, P.V. Barriers to diagnosis and treatment of depression in elderly patients. **Am J Geriatr Psychiatry** .4(Suppl 1):79-83.1996.

REEVES, W.C. et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) . Mental Illness surveillance among adults in the United States . **MMWR Surveill Summ** . 60 (Suppl.3) : 1-29 .2011.

SCAZUFCA M. et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. **Rev Saúde Pública**.36:235-9. 2002

STILES P.G.; MCGARRAHAN, J.F. The Geriatric Depression Scale: a comprehensive review. **J Clin Geropsychol** .4:89-110.1998.

TOURIGNY-RIVARD M.F. et al. **The assessment and treatment of depression**. Toronto: Canadian Coalition for Seniors Mental Health; 2006.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Mental health: a report of the Surgeon General**. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health; 1999.

RUSSO P W. Barriers to diagnosis and treatment of depression in primary care settings. **Am J Geriatr Psychiatry** .4(Suppl 1):84-90.1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (summary report)**. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004.

YESAVAGE J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminar report. **J Psychiat Res**.17:37-49.1983.