

Resumo

No processo do envelhecimento vão ocorrendo perdas orgânicas e funcionais, cujo ritmo e intensidade variam de pessoa para pessoa, e que acabam por diminuir a capacidade que cada indivíduo tem para adaptar-se ao meio ambiente tornando-o exposto e vulnerável a processos patológicos levando-o a um declínio físico natural. Dores e disfunções no sistema músculo-esquelético constituem freqüente queixa e incapacidade na velhice. Esse fato é compreensível, já que muitas das doenças desse sistema têm maior incidência com o avançar da idade, ao lado de outras que são quase que exclusivas dessa população, e são doenças crônicas não fatais com freqüência cumulativa, umas predispondo as outras. Neste contexto se situa a responsabilidade da atenção e do cuidado ao idoso com sarcopenia, cabendo a enfermagem como integrante de uma equipe interdisciplinar, envia esforços para atuar na prevenção, orientação, supervisão e administração da assistência.

Descritores: idoso; sarcopenia; cuidado de enfermagem

Abstract

In the grow old process organic and functional damages happening, wich rhythm and intensity change from person to person and that finish to reduce the ability from each person has to adapt the environment, making more visible and vulnerable to illness process, that are the perturbation produced in the body by the illness taking the person to a natural physical decline. Pain and disorders in the muscle skeletal system are the most frequent complain in the old age and the second cause of inability in this group. This fact is comprehensible now that many diseases of the muscle skeletal system have more incidence with the advance of age, beside others that are almost exclusive of these population and are chronic illness, not deadly with cumulative frequency ones predisposing the others. Is in this context that is situated the responsibility of the attention and care of the older with sarcopenia, having to the nursing like member of a interdisciplinar group, make efforts to act in the prevention, guidance, supervision and management of the assistance.

Descriptors: older; sarcopenia; nursing care

Title: Aged with Sarcopenia: an approach of nursing care

Resumen

Durante el proceso de envejecimiento ocurren pérdidas orgánicas y funcionales, cuyo ritmo y intensidad varían de persona para persona acabando por disminuir la capacidad que cada individuo tiene en adaptarse al medio ambiente, tornandolo expuesto y vulnerable a procesos patológicos llevandolo a un declinio físico natural. Dolores y disfunciones en el sistema musculoesquelético constituyen frecuente queja e incapacidad en la vejez. Este factor es comprensible visto que varias enfermedades de ese sistema tienen mayor incidencia con el avance de la edad, al lado de otras que son casi que exclusivas de esta población y son casi siempre, enfermedades crónicas no fatales con frecuencia cumulativa, unas predisponiendo a las otras. Neste contexto se situa la responsabilidad de la atención y del cuidado a la población edosa, cabiendo al enfermero como integrante de una equipe interdisciplinar, constituir esfuerzos en el sentido de actuar en la prevención, orientación, supervisión y administración de la asistencia.

Descritores: edoso; sarcopenia; cuidado de enfermería

Título: Edoso com Sarcopenia: una abordaje del cuidado de la enfermera

1 Introdução

O século XX ficará na história como um período de mudanças radicais na expectativa de vida da espécie humana. No Brasil, as projeções estatísticas demonstram que a proporção de idosos passará de 7,3%, registrada em 1991, equivalente a 11 milhões de pessoas para cerca de 15% em 2025, que é a atual proporção de idosos da maioria dos países europeus, os quais apresentaram uma transição demográfica e epidemiológica mais lenta, mas que, no entanto, ainda não conseguiram equacionar satisfatoriamente as demandas originadas do envelhecimento populacional⁽¹⁾.

Como envelhecimento populacional entende-se o aumento da proporção de pessoas com idade avançada em uma população às custas da diminuição da proporção de jovens nesta mesma população. Uma população envelhecida, na concepção da Organização Mundial de Saúde, é aquela em que a proporção de pessoas com 60 anos ou mais na população total atinge cerca de 7%, com tendência a crescer⁽²⁾.

No Brasil inicia-se o novo século com a população idosa crescendo proporcionalmente oito vezes mais que os jovens e quase duas vezes mais que a população total. Essas mudanças significativas da pirâmide populacional começam a acarretar uma série de previsíveis conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas, para as quais a sociedade brasileira ainda não está preparada para enfrentar⁽³⁾.

O envelhecimento populacional brasileiro vem provocando transformações sociais que exacerbam os já profundos problemas estruturais de nossa sociedade e estão

a mudar as características de grupamentos populacionais. Estados como a Paraíba e o Rio Grande do Norte, têm mais idosos proporcionalmente que São Paulo, Rio de Janeiro e Rio grande do Sul, por exemplo, fato que repercute no aspecto econômico das regiões quando se avalia, especialmente, a concessão de aposentadorias.

Os estados do Norte e Nordeste certamente terão muita dificuldade para atender as demandas de uma população envelhecida precocemente⁽⁴⁾. Tendo em vista o fenômeno da migração rural, caracterizado pelo deslocamento da população jovem para as grandes cidades, tem-se nestes locais mais pobres uma maior proporção de pessoas idosas, criando situações novas nas relações sociais e contribuindo para acentuar os diversos e complexos problemas dessa população como: dificuldades financeiras, deterioração das condições de saúde, solidão e exposição à violência urbana.

A possibilidade de envelhecer com saúde, mantendo-se satisfeito, envolvido e ativo depende em parte de fatores genético-biológicos e em parte do contexto social, cujos fatores não se tem controle, a exemplo de certas doenças típicas da velhice, da pobreza ou do acesso insatisfatório à educação ou aos serviços preventivos de saúde. Há fatores, no entanto, que dependem do indivíduo, no sentido de que ele possa adotar providências para aumentar suas chances de viver melhor e por mais tempo.

Nesta perspectiva, é fundamental que os profissionais da área da saúde assumam o compromisso de oferecer à população idosa uma atenção em saúde que priorize aspectos

* Enfermeira. Professora Assistente do Departamento Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Educação. Doutoranda em Gerontologia Biomédica da PUC/RS.

Email do autor: mar.u@terra.com.br

para a promoção de um envelhecimento saudável ao mesmo tempo em que planeje meios para prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas.

O fenômeno do envelhecimento da população brasileira gera novas demandas para os serviços de saúde considerando os aumentos substanciais nos custos de programas médicos e sociais. Estudos populacionais realizados em São Paulo têm demonstrado que o aumento da sobrevivência da população acarreta um aumento da prevalência das doenças crônicas, bem como a perda da independência funcional e da autonomia entre os idosos. Temos dessa forma, um processo de transição epidemiológica envolvendo modificações em longo prazo dos padrões de morbidade, invalidez e morte que ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas.

Com o aumento da proporção de idosos no Brasil, aumenta o contingente de pessoas portadoras de problemas de saúde como as doenças cardiovasculares que detêm grande importância nessa população, pois em geral, são responsáveis por cerca de metade das mortes ocorridas em pessoas acima dos 65 anos. As principais causas de morte atualmente na população idosa são as doenças que além de crônicas, tendem a gerar incapacidades e dependências, trazendo como consequência, um aumento muito significativo da demanda pelos cuidados institucionais, reconhecidamente caros.

Entre as doenças crônicas que se instalam no processo de envelhecimento e que são responsáveis por altos graus de dependência e incapacidade destaca-se a sarcopenia a qual pode ser definida como o decréscimo da capacidade neuromuscular, decorrente do avanço da idade, sendo caracterizada principalmente pela diminuição da quantidade e da habilidade das proteínas contráteis exercerem tensão necessária para vencer uma resistência externa à realização de uma tarefa⁽⁵⁾. Traduz-se pela redução da massa muscular. A substituição progressiva da massa corpórea magra por gordura e tecido conjuntivo é consequência do envelhecimento.

As alterações músculo-esqueléticas estão relacionadas com perda ou diminuição funcional que refletem no metabolismo basal, na função renal, na função cardíaca, na capacidade vital e na função pulmonar, o que potencialmente favorece o desenvolvimento de doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, osteoporose e obesidade. Como consequência da sarcopenia, ocorrem alterações no sistema nervoso e redução de secreções hormonais, o que por sua vez acarreta problemas na marcha e no equilíbrio do indivíduo, aumentando o risco de quedas e fraturas.

A força muscular é ou pode ser um dos fatores que mais influencia na independência funcional em pessoas mais velhas, e diversos fatores podem ser associados à fraqueza muscular. A reserva funcional em indivíduos de idade avançada é por vezes tão reduzida que as perdas de força podem representar a diferença entre uma vida autônoma ou não, isto porque a força muscular é associada a uma grande quantidade de atividades diárias responsáveis pela manutenção da vida em comunidade. A maioria dos fatores associada à falta de força pode ser correlata ou até mesmo interdependente.

No processo de envelhecimento, observa-se uma tendência para a redução na massa muscular, isso pode ser causado pela diminuição no tamanho ou perda das fibras musculares ou ambos. Trata-se de uma perda que é tanto quantitativa como qualitativa sendo que esta última diz respeito à composição da fibra muscular, se refere à inervação e à contratilidade, às características de fadiga, densidade capilar e ao metabolismo da glicose⁽⁴⁾.

A perda de massa muscular ocorre mais em relação ao músculo esquelético à massa visceral. Devido ao ganho de gordura, o peso corpóreo pode não variar. A gordura é depositada mais no tronco e ao redor de órgãos viscerais, e a gordura subcutânea aumenta levemente. A densidade óssea é diminuída e a osteoporose é complicação freqüente. O

encurtamento da coluna espinhal leva à diminuição da estatura.

Diante disso, busca-se no presente trabalho uma melhor compreensão sobre a sarcopenia e seus efeitos no processo de envelhecimento relacionados com os hábitos que caracterizam o estilo de vida dos indivíduos. Procura-se também estabelecer relação entre fatores de risco para o desenvolvimento da doença e as especificidades da enfermagem no sentido de propor intervenções no cuidado ao idoso.

2 Revisão de literatura

Com o envelhecimento, há uma diminuição lenta e progressiva da massa muscular, sendo o tecido nobre paulatinamente substituído por colágeno e gordura. A perda de massa muscular tem sido comparada a um motor que se encolhe dentro do *chassi*⁽⁶⁾. É genericamente denominada como sarcopenia. Tem sido demonstrada pela excreção da creatinina urinária, que reflete o conteúdo de creatina nos músculos e a massa muscular total; ela diminui de aproximadamente 50% entre os 20 e 90 anos. Pela tomografia computadorizada, onde se observa que após os 30 anos de idade, diminui a secção transversal dos músculos, há maior densidade muscular e maior conteúdo gorduroso intramuscular. Essas alterações são mais pronunciadas na mulher do que no homem e, histologicamente, detectando-se uma atrofia muscular à custa de uma perda gradativa e seletiva das fibras esqueléticas. O número de fibras musculares no velho é aproximadamente 20% menor do que no adulto, sendo o declínio mais acentuado em fibras musculares do tipo II que, de uma média de 60% em adultos sedentários, vai para menos de 30% após os 80 anos.

Tal declínio está diretamente relacionado à diminuição da força muscular idade-relacionada. Observou-se que a força do quadríceps aumenta progressivamente até os 30 anos, começa a declinar após os 50 anos e diminui acentuadamente após os 70 anos. Dados longitudinais indicam que a força muscular diminui aproximadamente 15% por década, até a 6ª e 7ª década, e aproximadamente 30% após. Há relação inversa entre a força muscular e a velocidade de deambulação em ambos os sexos. Já a capacidade oxidativa do aparelho músculo-esquelético, pelo menos até a 7ª década de vida, está preservada. A sarcopenia contribui para outras alterações idade-associadas, como, por exemplo, menor densidade óssea, menor sensibilidade à insulina e menor capacidade aeróbica. Longevos e velhos fragilizados têm menor musculatura esquelética, em consequência do desuso, de doenças, da subnutrição e dos efeitos acumulativos da idade. Daí a necessidade de traçar estratégias para a prevenção da massa muscular com o envelhecimento. Em indivíduos sedentários, a massa magra é a principal consumidora de energia e sua diminuição, com o envelhecimento faz com que sejam menores as necessidades energéticas. Uma diminuída massa magra idade-dependente resulta, sobretudo, da sarcopenia, o que traz consigo menor taxa de metabolismo basal, menor força muscular e menores níveis de atividades físicas diárias⁽⁷⁾.

Assim, é fato que a força muscular, a área de secção transversal do músculo e a relação entre ambas diminuem com o envelhecimento; todavia, essas alterações quantitativas explicam só em parte a perda de força idade-relacionada. Ultimamente, tem-se demonstrado que algumas alterações fenotípicas presentes no músculo senescente estão relacionadas a uma transcrição gênica alterada⁽⁷⁾.

A musculatura esquelética do velho produz menos força e envolve suas funções mecânicas com "lentidão", uma vez que diminui a excitabilidade do músculo e da junção mioneural; há uma contração duradoura, um relaxamento lento e aumento da fadigabilidade; a diminuição da força muscular na cintura pélvica e nos extensores dos quadris resulta em maior dificuldade para a impulsão e o levantar-se, e a diminuição da força da mão e do tríceps torna mais difícil o eventual uso de bengalas. Todavia, nem a reduzida demanda muscular,

tampouco a perda de função associada, são situações inevitáveis do envelhecimento, uma vez que podem ser minimizadas e até revertidas com o condicionamento físico. Assim, exercícios mantidos ao longo da vida podem prevenir consideravelmente as deficiências musculares idade-relacionadas: exercícios aeróbicos melhoram a capacidade funcional e reduzem o risco de desenvolver o diabetes tipo 2 na velhice; exercícios de resistência aumentam a massa muscular no idoso de ambos os sexos, minimizando, e mesmo revertendo, a síndrome de fragilidade física presente nos mais longevos⁽⁸⁾.

Cada vez mais se reconhece a deterioração de funções mitocondriais (genéticas, bioquímicas e bioenergéticas) na gênese de alterações fenotípicas associadas com o envelhecimento normal. Mutações deletérias no genoma mitocondrial acumulam-se exponencialmente com o envelhecimento de nervos e músculos. Nestes, onde se detecta perda de fibras e atrofiaúsculos. Nestes, onde se detecta perda de fibras e atrofia, há um aumento exponencial no número de fibras deficientes de citocromo-oxidase a partir da 4ª década de vida. O estresse oxidativo, reduzindo, a permeabilidade da membrana mitocondrial, tem sido responsabilizado pela liberação do citocromo C e iniciação da apoptose⁽⁹⁾.

As mutações do DNA mitocondrial têm sido ligadas a convulsões, acidente vascular cerebral, atrofia óptica, neuropatia, miopatia, cardiomiopatia, surdez neurossensorial e diabetes mellitus, dentre outras síndromes clínicas; também tem um papel importante no processo de envelhecimento e em doenças neurodegenerativas, como as doenças de Parkinson e Alzheimer. A razão das fibras musculares dos tipos I e II alterarem-se com o envelhecimento; todavia, isso não se traduz numa enfermidade muscular incapacitante. Por outro lado, a conhecida diminuição da resistência muscular com a idade, em situações estressantes como, por exemplo, doença aguda pode ser causa de rápido descondição, o que vem a exigir uma maior atenção e uma intervenção mais pronta em idosos, sob o risco de maior imobilidade, menor estabilidade postural, quedas, dentre outros. No transcorrer da vida ocorrem alterações na cinemática e na cinética da marcha, mas é principalmente após os 70 anos que tais alterações passam a ter significado clínico. Há alterações posturais, como cifose, redução da lordose lombar e desenvolvimento de valgismo nos quadris, com alargamento da base de apoio. O padrão da marcha do idoso difere da do adulto dentre outros fatores, pelo menor comprimento dos passos, pela menor extensão dos joelhos, por menor força na flexão plantar dos tornozelos e por menor velocidade dos passos. Em idosos, o estudo da relação entre força e performance física não é linear, daí decorrendo em indivíduos "fortes" a não-correlação entre a força dos membros inferiores e a velocidade da marcha, ao contrário dos "fracos", onde é nítida tal associação. Assim, pequenas alterações na capacitação fisiológica podem ter efeitos marcantes na performance de indivíduos fragilizados. Atente-se para que menor capacidade de trabalho muscular é um dos primeiros sinais da velhice, afetando em última instância a capacidade laboral, a atividade motora e a adaptabilidade ao ambiente; e que os exercícios, melhorando a função muscular, reduzem a frequência de quedas, contribuindo assim para a manutenção da independência e de uma melhor qualidade de vida para os idosos⁽⁹⁾.

3 Sarcopenia: implicações para o cuidado de enfermagem

A essência da enfermagem é o cuidado dos indivíduos em seu ciclo vital. A compreensão das características desse ciclo é fundamental para assistir o indivíduo com sarcopenia a partir do processo de enfermagem que envolve o diagnóstico, a evolução e o planejamento de intervenções específicas.

Neste sentido, sabe-se que no processo de envelhecimento existem várias mudanças biológicas esperadas, isto é, consideradas como normais. As alterações no sistema músculo-esquelético estão representadas pela

perda da massa muscular, diminuição do número, comprimento e elasticidade das fibras musculares, perda da elasticidade dos tecidos conectivos representados pelos tendões e ligamentos e da viscosidade dos fluidos sinoviais⁽¹⁰⁾.

Um outro tipo de alteração típico da velhice é de natureza morfológica e pode ser evidenciado pelas modificações na postura que bem reconhecemos nos velhos: a cabeça, os ombros e o pescoço inclinados ou dobrados para frente; na altura do tórax, a coluna torna-se cifótica, apresentando, muitas vezes, acentuada curvatura externa; os punhos, os joelhos e os quadris tendem à flexão⁽¹⁰⁾.

O processo de envelhecimento é caracterizado, ainda, pela redução da coordenação motora e dos reflexos proprioceptivos; pela diminuição e pela lentidão dos movimentos; pela insegurança na marcha; pela perda de flexibilidade, força, potência, velocidade, destreza e resistência muscular, mudanças essas que tendem a provocar dificuldades na realização de várias atividades da vida diária. Produzem-se alterações nos músculos, nos ossos e nas articulações, que repercutem tanto na forma como na mobilidade e nas atividades da vida diária. Origina-se uma perda geral de massa óssea, identificada como osteopenia, sobretudo na mulher a partir da menopausa. Os ossos mais frágeis, devido à osteoporose que se instala, tornam-se mais predispostos a fraturas; a deformação das vértebras que tomam a forma de cunha contribui para a postura "curvada" do idoso. O envelhecimento repercute, fundamentalmente, na mobilidade das articulações. Outro efeito observado é a diminuição da estatura, aproximadamente 5 cm no homem e 3 cm na mulher⁽¹⁰⁾.

A perda progressiva de massa muscular, assim como o endurecimento e rigidez dos tendões resultam na diminuição da força, do tônus e da velocidade de contração, pelo que os movimentos ficam mais lentos e a capacidade de reação diminui. A marcha modifica-se devido a um aumento da base de sustentação e diminuição do movimento dos braços ao longo do corpo⁽¹⁰⁾.

Considerando que a cronicidade do dano pode evoluir para a perda da independência funcional com importantes repercussões para a realização das atividades da vida diária torna-se relevante para a enfermagem adotar uma abordagem de prevenção no planejamento do cuidado ao idoso com sarcopenia. Nestas condições, observa-se que o idoso apresenta síndrome do déficit no autocuidado.

Para a enfermagem, a síndrome do déficit no autocuidado é entendida como o estado em que a pessoa apresenta função motora e cognitiva prejudicada, causando a diminuição da capacidade para realizar cada uma das cinco categorias de atividades de autocuidado fundamentais para a manutenção cotidiana da vida de relações⁽¹¹⁾.

Nas categorias fundamentais de atividades diárias incluem-se os déficits para banhar-se, para usar o vaso sanitário e para vestir-se, os quais exigem da enfermeira a atenção redobrada no que diz respeito ao planejamento do cuidado. Neste sentido pode-se exemplificar o déficit para alimentar-se relacionado à falta de coordenação motora para cortar os alimentos, como carnes, ou abrir pacotes, e até mesmo a incapacidade para levar o alimento à boca em decorrência da fraqueza muscular presente no quadro clínico.

Salienta-se que a capacidade prejudicada para realizar certas atividades ou acessar certos serviços essenciais para administrar uma residência também é considerada como déficit no autocuidado caracterizando a categoria instrumental, uma vez que para viver em comunidade o indivíduo deve não apenas realizar ou ser auxiliado nas atividades da vida diária, mas também realizar ou ser auxiliado em atividades adicionais.

As atividades instrumentais da vida diária incluem a manutenção doméstica, a busca e o preparo de alimentos, as compras, a lavagem de roupa, a capacidade para controlar o dinheiro e o acesso ao transporte⁽¹²⁾.

Na maioria das situações de doença crônica degenerativa o déficit de autocuidado afeta o núcleo do autoconceito e da autodeterminação da pessoa e muitas declaram temer mais a perda da independência do que a morte. Por essa razão faz-se necessária a adoção de medidas de cuidado de enfermagem no sentido de identificar as técnicas adaptativas que permitam à pessoa o grau máximo de participação e de independência possível nas atividades necessárias para a satisfação das necessidades diárias⁽¹³⁾.

Contudo, é importante lembrar que infelizmente as pessoas leigas que prestam cuidados a doentes crônicos, principalmente aos idosos promovem, freqüentemente, o excesso de incapacidade e a deterioração mais rápida das funções, devido à crença de que o comportamento independente é atípico.

Dessa forma, no planejamento do cuidado visando atender à satisfação das necessidades básicas, a enfermeira deverá priorizar a identificação das preferências da pessoa doente quanto aos produtos, horários e locais para a execução de atividades de higiene e alimentação entre outras básicas do dia-a-dia. É importante também garantir que tanto a pessoa quanto a família compreendam a razão e a finalidade de todas as intervenções.

Neste sentido, para o idoso com sarcopenia recomenda-se que sejam implementadas intervenções no sentido de: a) investigar os fatores causais ou contribuintes para o agravamento do dano como déficit visual, cognição prejudicada, motivação diminuída, apoio social inadequado, falta de conhecimento; b) promover a participação ideal da pessoa explorando suas metas pessoais e permitindo-lhe tempo suficiente para completar as atividades sem ajuda; c) promover a auto-estima e a autodeterminação investigando preferências de horários, produtos, escolha de roupas, tipo de penteado, enfim, respeitando a sua individualidade; d) avaliar a capacidade para participar em cada uma das atividades de autocuidado⁽¹¹⁾.

Pode-se constatar a sistematização da assistência ao indivíduo portador de sarcopenia por meio da aplicação do processo de enfermagem através dos modelos a seguir descritos:

3.1 Déficit no Autocuidado para alimentação

Trata-se do déficit relacionado ao estado em que o indivíduo apresenta habilidade prejudicada para realizar ou completar as atividades alimentares por si mesmo. A característica definidora dessa situação é a incapacidade de cortar o alimento ou abrir embalagens; e/ou de levar alimento à boca⁽¹¹⁾.

Recomendam-se as seguintes intervenções gerais: fazer com que as refeições sejam feitas sempre no mesmo local proporcionando também o contato social durante a refeição mantendo o ambiente agradável, sem muitas distrações; colocar a pessoa na posição normal para alimentar-se, de acordo com a sua incapacidade, a melhor posição é a sentada na cadeira, à mesa; encorajar a ingestão de alimentos com as mãos, por exemplo: pão, frutas, para proporcionar independência. Para reforçar a independência máxima, proporcionar os equipamentos adaptativos necessários: pratos com bordas altas para evitar que o alimento caia para fora; sucção sob o prato ou a tigela para manter a estabilidade, cabos forrados nos talheres para uma prensa mais firme, tala no pulso e na mão, com um prendedor para fixar os talheres, copo especial para os líquidos, faca arredondada para cortar e orientar a pessoa quanto à localização e a finalidade do equipamento para a alimentação. Auxiliar a servir, se necessário, abrindo as embalagens, os guardanapos, os condimentos, cortando a carne, passando a manteiga no pão. Encorajar a pessoa a prestar atenção na tarefa, mas ficar alerta quanto à fadiga, frustração ou agitação tendo o cuidado de proporcionar o alívio da dor, pois ela pode afetar o apetite e a habilidade de alimentar-se. É importante também encorajar a pessoa a usar dentaduras e óculos para a manutenção de sua independência e melhoria da auto-estima.

A pessoa com quadro clínico de sarcopenia apresenta

alto risco para lesão, ou seja, o idoso está em risco devido ao déficit perceptivo, à idade avançada e aos comprometimentos fisiológicos. A presença de fatores de risco relacionados à mobilidade alterada secundária, à marcha instável, aos efeitos de alguns medicamentos, bem como à falta de atenção sobre os riscos no ambiente contribuem para a ocorrência de quedas em idosos.

Na prática de enfermagem identifica-se essa situação pelo diagnóstico de Risco de lesão, que diz respeito à incapacidade de a pessoa se proteger para evitar as quedas e suas conseqüências. Estado em que o indivíduo apresenta o risco de dano devido a um déficit perceptivo ou fisiológico, à falta de atenção aos perigos ou à idade maturacional⁽¹¹⁾.

3.2 Déficit no Autocuidado: risco de lesão

O risco para lesão pode estar relacionado a fatores de ordem fisiológica em função de alteração da função cerebral secundária à hipóxia tecidual, vertigem, síncope, por exemplo. Também pode estar relacionado à alteração na mobilidade secundária ao andar instável, amputações, artrite, Parkinsonismo, acidente vascular encefálico, ou perda de membros. Da mesma forma, há relação com a função sensorial prejudicada como, por exemplo: visão, térmica/tátil, audição, olfato; com a fadiga, hipotensão ortostática, distúrbios vestibulares, falta de atenção aos riscos ambientais secundária por exemplo, à confusão, hipoglicemia, depressão, ao desequilíbrio hidroeletrólítico. Especial atenção deve ser dada aos fatores relacionados ao uso de medicamentos cujos efeitos podem agir sobre a mobilidade ou a sensibilidade a exemplo dos sedativos, hipoglicêmicos, vasodilatadores, diuréticos, anti-hipertensivos, fenotiazinas e psicotrópicos⁽¹¹⁾.

Outros fatores, de ordem individual ou ambiental podem estar relacionados ao risco de lesão, sobretudo às quedas como uso de gessos, muletas, bengalas ou andadores; calçados impróprios; repouso prolongado no leito; a diminuição ou a perda da memória de curto prazo; o reflexo vasovagal; os perigos do ambiente doméstico representados por calçadas sem segurança; móveis em excesso em pequeno espaço físico; fios elétricos desencapados; brinquedos e outros objetos espalhados pelo chão; iluminação inadequada; estrutura do banheiro inadequada com banheira e vaso sanitário baixos; presença de escadas dentro da casa além dos pisos derrapantes. Todos esses fatores, infelizmente ainda são encontrados nos domicílios e em muitas residências de internação de idosos.

Contudo, também há de se considerar aqueles fatores que se pode afirmar estão relacionados com a desatenção da pessoa que presta cuidados ao idoso como o uso impróprio de equipamentos auxiliares do tipo muletas, bengalas, andadores, cadeira de rodas. Acrescenta-se a isso a pouca ou nenhuma atenção que é dada à história de acidentes do cliente que pode ser investigada junto ao mesmo ou a algum familiar.

Idosos que são internados em ambientes desconhecidos como hospital ou lar geriátrico correm grandes riscos para lesões, principalmente do tipo queda em função de apresentarem atenção e julgamento deficientes em relação aos perigos muitas vezes secundários a déficits sensoriais, superdosagem acidental de medicação ou déficits cognitivos⁽¹⁴⁾.

Nas situações em que a enfermeira está diante de um idoso com fragilidade, recomendam-se as seguintes intervenções gerais: orientar quanto ao ambiente em cada nova admissão, explicar o sistema de chamadas e investigar a capacidade da pessoa em utilizá-lo; supervisionar a pessoa, cuidadosamente, principalmente à noite, avaliando a segurança; manter uma luz acesa durante a noite; incentivar a pessoa a solicitar auxílio durante a noite; manter a cama no nível mais baixo durante a noite; ensinar o uso apropriado das muletas, bengalas, andadores, próteses; instruir a pessoa a usar sapatos bem-ajustados, com solado antiderrapante; investigar a presença

de efeitos colaterais de drogas que possam causar vertigem⁽¹¹⁾.

Também é recomendado estabelecer uma abordagem preventiva com os familiares e cuidadores da pessoa com sarcopenia enfatizando a necessidade de se eliminar os tapetes soltos, a desordem e os pisos excessivamente encerados nas residências. Providenciar superfície aderente na banheira ou no chuveiro, aplicando os adesivos disponíveis comercialmente. Fixar barras para o apoio das mãos no banheiro e corrimãos nos corredores e nas escadas. Remover os objetos protuberantes como, por exemplo, cabides, prateleiras e luminárias salientes das paredes das escadas.

Dessa forma, espera-se que se reduzam as situações de risco de lesão resultando que o indivíduo deverá relatar um número menor de lesões e menos medo de sofrer lesão. Os indicadores de tais resultados podem ser observados na medida em que o idoso e seus cuidadores demonstram comportamentos de autocuidado que os capacite para identificar os fatores que aumentam o risco para lesão; relatar a intenção de usar as medidas de segurança para a prevenção da lesão como, por exemplo, remover os tapetes soltos ou fixá-los; relatar a intenção de praticar as medidas preventivas selecionadas, a exemplo de usar óculos escuros para reduzir a luminosidade; aumentar diariamente a atividade, se possível, visando manter a autodeterminação da pessoa doente.

4 Considerações finais

No processo do envelhecimento, nele incluído os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, vão ocorrendo perdas orgânicas e funcionais, cujo ritmo e intensidade variam de pessoa para pessoa, e que acabam por diminuir a capacidade que cada indivíduo tem para adaptar-se ao meio ambiente, tornando-o mais exposto e vulnerável a processos patológicos, que são aquelas alterações produzidas no organismo pelas doenças, levando o indivíduo a um declínio físico natural.

Dores e disfunções no sistema músculo-esquelético constituem a mais freqüente queixa na velhice e a segunda causa de incapacidade nesse grupo etário. Esse fato é compreensível, já que muitas das doenças do sistema músculo-esquelético têm maior incidência com o avançar da idade, ao lado de outras que são quase que exclusivas dessa população, e são, quase sempre, doenças crônicas não fatais com freqüência cumulativa, umas predispondo as outras.

Um dos preconceitos mais comuns associados ao envelhecimento é o de que o processo de senescência leva inexoravelmente à dor articular e limitação funcional. Embora essa generalização seja falsa, as enfermeiras bem como os profissionais de saúde que trabalham com idosos devem reconhecer a dimensão que o problema das doenças músculo-esqueléticas assumem na terceira idade. Os desafios para as enfermeiras estão na identificação dos fatores de risco, na

educação dos pacientes, familiares e cuidadores e na intervenção pró-ativa ao longo de toda a vida, tanto em homens quanto em mulheres, prática ainda timidamente desenvolvida em nosso meio.

É nesse contexto que se situa a responsabilidade da atenção e do cuidado à população idosa, cabendo a enfermagem como integrante de uma equipe interdisciplinar, envidar esforços no sentido de atuar na prevenção, orientação, supervisão e administração da assistência à população idosa.

Urge ainda, intensificar o desenvolvimento de pesquisas e ensino, da enfermagem geronto-geriátrica, como também, extrapolar os muros das escolas e das instituições de saúde. Para atingir o princípio bioético de "defesa e qualidade da vida", a enfermagem e a nutrição devem expandir suas ações com efetiva prática no presente, vislumbrando horizontes de melhor qualidade de vida na velhice para o futuro.

Referências

1. Silvestre JAL, Kalache A. O envelhecimento populacional brasileiro e setor saúde. *Arq Geriatr Geront*, São Paulo 1996 set;0(1):81-9.
2. Ramos LR. A explosão demográfica na terceira idade: uma questão de saúde pública. *Gerontologia*, São Paulo 1993 out;1(1):3-8.
3. Kalache A. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pub*, São Paulo 1987 jun;21(3):200-10.
4. Fleck SJ, Kraemer WJ. Fundamentos do treinamento de força muscular. Porto Alegre (RS): Artmed; 1997.
5. Silva VG. Sarcopenia. Brasília (DF) Gease; 2003. [1p]. Disponível em: URL: <<http://www.gease.pro.br>>. Acessado em: 23 nov 2003.
6. Forcieia MA. Segredos em geriatria. Porto Alegre (RS): Artmed; 1998.
7. Evans W. Functional and metabolic consequences of sarcopenia. *J Nutri*, Filadélfia (PA) 1997 may;2(127):998-1003.
8. Adams MA. Mechanical initiation of intervertebral disc degeneration. *Spine* 2000 Apr; 25(13):1625-36.
9. Freitas EV de Py, Neri L, Liberalesso A, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM *et al*. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2002.
10. Cantera IR, Domingo PL. Geriatria. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1998.
11. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.
12. Miller CA. Nursing care of older adults. Glenview (IL): Scotte Foresman; 1995.
13. Caldas CP. A saúde do idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: EDUERJ; 1998.
14. Duarte MJ. Atenção ao idoso: um problema de saúde pública e de enfermagem. *Rev Enf UERJ*, Rio de Janeiro 1994 maio;2(1):100-11.

Data de Recebimento: 13/12/2003

Data de Aprovação: 24/08/2004