

6



**SAÚDE DA  
PESSOA  
IDOSA**



6



**SAÚDE DA  
PESSOA  
IDOSA**



# FICHA TÉCNICA

**Comitê Gestor:** IPADS / JOHNSON & JOHNSON/ CONASEMS/CONACS

**Coordenador Geral:** Thiago Lavras Trapé

**Diretora Executiva:** Camila Nascimento Benvenuto

**Representante CONASEMS:** Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas

**Representantes Johnson & Johnson:** Ewerton Nunes, Marina Silva e Regiane Soccol

**Representantes CONACS:** Ilda Angélica Correia e Andréa de Carvalho

**Equipe técnica:** Ana Paula Pegoraro, Mirna Tedesco e Nayara Portilho Lima

**Autor:** Carlos Lima Rodrigues

**Diagramação e Arte:** Davi Cunha

Ficha catalográfica elaborada por Silvia Barleta Fullin – CRB-8/8035



Rodrigues, Carlos Lima.  
T256 Curso de saúde da pessoa idosa / Carlos Lima Rodrigues...  
[et. al.]. – Campinas: Instituto de Pesquisa e Apoio ao  
Desenvolvimento Social – IPADS, 2022.  
22f.

ISBN – 978-65-992780-9-9

1. Medicina e Saúde. 2. Idoso. 3. Medicina. I. Rodrigues, Carlos Lima.  
II. Trapé, Thiago Lavras. III. Benvenuto, Camila Nascimento. IV.  
Pergoraro, Ana Paula. V. Tedesco, Mirna. VI. Lima, Nayara Portilho.  
VII. Título.

CDD – 610

CDU – 61

# APRESENTAÇÃO

Este curso é uma das ações do **Projeto A CASA - Comunidade de práticas, conexão, formação e informação do Agente Comunitário de Saúde e Agente de Controle de Endemias**.

O projeto tem como objetivo apoiar o protagonismo dos ACS e ACE no trabalho de atenção primária do SUS, criando um espaço de compartilhamento de experiências e aprendizado, reunindo boas práticas sobre o trabalho dos ACS e ACE, ofertando cursos, materiais de apoio, ações de educação, gestão e comunicação social com foco na atuação do ACS e ACE nas equipes de atenção primária.

A CASA é fruto de uma parceria entre a Confederação Nacional dos Agentes Comunitário de Saúde e Agentes de controle de endemias (CONACS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social (IPADS) e a Fundação Johnson & Johnson.

## Sobre o IPADS

O IPADS é uma organização sem fins lucrativos, que atua na perspectiva de contribuir com o desenvolvimento social e com a melhoria da qualidade de vida da população, apoiando a formulação, implantação e avaliação de políticas, programas e projetos. O trabalho do Instituto é caracterizado pela interdisciplinaridade, principalmente pela atuação conjunta de seus associados que buscam uma abordagem integral das necessidades do cidadão.

## Sobre o CONASEMS

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) nasceu a partir do movimento social em prol da saúde pública e se legitimou como uma força política, que assumiu a missão de agregar e de representar as 5570 secretarias municipais de saúde do país. Desde 1988, promove e consolida um novo modelo de gestão pública de saúde baseado em conceitos como descentralização e municipalização.

## Sobre a Fundação Johnson & Johnson

Patrocinada pelas companhias Johnson & Johnson do Brasil, a Fundação R.W. Johnson é uma entidade privada, sem fins lucrativos, reconhecida como entidade de utilidade pública. Atua realizando investimentos sociais que busquem o desenvolvimento da qualidade de vida e a melhoria das condições da saúde, educação e meio ambiente, por meio da promoção da saúde e capacitação de profissionais.

## Sobre o CONACS

A Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias, denominada CONACS, é uma entidade civil, dotada de personalidade jurídica, sem fim lucrativo, com finalidade de representar ativa e passivamente, judicial ou extra judicialmente todos os trabalhadores ACS / ACE no território nacional. Promovendo a conquista de direitos e mantendo lá melhor qualidade de vida na execução de suas funções na suas áreas distintas de atuação.

Olá

## Sejam bem-vindos (as) ao **Curso SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

O envelhecimento da população é um fenômeno que acontece no mundo inteiro, e não é diferente no Brasil. Podemos observar um acelerado aumento da longevidade em nosso país, mas mesmo assim a velhice ainda não tem a atenção que merece.

O objetivo desse curso é trazer à tona 4 temas importantes em relação ao envelhecimento. São eles: “Mitos e Preconceitos no envelhecimento”, “Prevenção de Quedas para Pessoas Idosas”, “Violência contra a Pessoa Idosa” e “Sexualidade e Envelhecimento”.

São temas importantes para profissionais de saúde se atualizarem e atuarem de forma mais adequada com a população idosa.

Boa leitura!

Um forte abraço!

**Equipe A CASA**

**Faça parte da CASA:**

[www.acasadosagentes.org.br](http://www.acasadosagentes.org.br)

@acasadosagentes

## **CARLOS LIMA RODRIGUES**

**autor**

Psicólogo clínico, Doutor em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública/USP, Mestre em Gerontologia social pela PUC/SP, Conselheiro do OLHE - Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento.

# PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

## 1. MITOS E PRECONCEITOS NO ENVELHECIMENTO

No Brasil é considerada uma pessoa idosa aquela que tenha **60 anos ou mais**, de acordo com o Estatuto da Pessoa Idosa. Hoje somos mais de **34 milhões de idosos no país**. Ainda assim, percebe-se uma grande quantidade de **mitos e preconceitos** em relação à velhice. São vários os conceitos equivocados no que diz respeito aos idosos, muitas são as piadas, o que pode, inclusive, ser considerado uma forma de **violência**, assunto que abordaremos mais para a frente. Vamos então conhecer e entender uma a uma quais são esses mitos.

### 1.1. VELHICE É DOENÇA

Este é um dos mais comuns que ouvimos. Sendo a época da velhice um tempo mais propício ao aparecimento de algumas doenças, as pessoas costumam então dizer que a velhice, em si, é uma doença. **Isso não é verdade**. A velhice é apenas uma **etapa da vida**, assim como a infância, adolescência, juventude e a fase adulta. Hoje, com o avanço da idade e as pessoas vivendo bem mais, talvez a velhice seja o período onde passemos mais tempo da nossa vida. Uma pessoa pode acumular várias doenças na última fase da vida, mas isso não necessariamente a impede de ter uma vida comum e ativa. Por exemplo, duas doenças muito comuns na velhice são **hipertensão e diabetes**, ambas que podem ser **controladas com medicamentos** e um **estilo de vida mais saudável**. Dessa forma, a pessoa pode viver e fazer suas atividades de vida diária sem prejuízos, mesmo convivendo com essas duas doenças. Este é um exemplo de que, mesmo tendo essas condições, a velhice não pode ser considerada uma doença.

### 1.2. IDOSO VOLTA A SER CRIANÇA

Este é um outro mito bastante observado. É comum ver pessoas se referindo a idosos usando apenas diminutivos, como cabelinho, casaquinho, bracinho... É uma forma infantil de se referir a pessoas que são adultas. Isso mesmo, o idoso é um adulto mais velho, ele não é uma criança. Essa forma de entrar em contato diminui a pessoa, é uma forma preconceituosa de se referir a ela. Devemos tomar cuidado, pois isso é muito frequente na relação de profissionais em contato com pessoas idosas. Geralmente as pessoas justificam isso alegando ser um modo **carinhoso** de se dirigir ao idoso, mas, repito, essa é uma **postura inadequada**. Refira-se ao idoso sempre lembrando que ele é um adulto. Tente se colocar na situação, você gostaria de ser tratado como criança? Pense nisso!

### 1.3. IDOSO NÃO TEM SEXUALIDADE

Esse também é um pensamento comum quando se referem a pessoas idosas. A **sexualidade** está sempre vinculada a **pessoas mais jovens**, em fase reprodutiva. Aos idosos restam **piadas de mau gosto** quando o

assunto é sexo. Este preconceito, aliado ao anterior, de que idoso volta a ser criança, é um perigo para profissionais de saúde, principalmente. Baseado nisso, esses profissionais muitas vezes infantilizam e fazem carícias no paciente que atendem, sempre com a ideia de estarem sendo carinhosos. Dessa forma, observam-se **toques indevidos** no corpo do outro, que podem ser interpretados como **abuso sexual**. Pense essa mesma situação com uma pessoa mais jovem sendo cuidada.

## 1.4. IDOSO NÃO APRENDE E NÃO SE ATUALIZA

Pensar dessa forma faz com que a gente não se empenhe em ensinar nada para pessoas mais velhas. Acredita-se que elas não têm mais **capacidade de aprender** o que é novo, então não ensinamos, e fazemos pelo idoso. Isso é um erro, e faz com que essas pessoas fiquem cada vez mais **isoladas**. Idosos têm condições de aprender o novo em qualquer idade. Podem até ter um ritmo diferente de pessoas mais jovens e serem mais lentos, mas **possuem condições de aprender**. Portanto, se você trabalha com idosos, tenha **paciência** e ensine a eles como usar o celular, o controle remoto da TV ou coisas parecidas. Você vai se surpreender.

## 1.5. IDOSO É UM PESO PARA A SOCIEDADE

Essa é uma ideia que até mesmo muitas pessoas idosas acreditam. Elas pensam ser um peso não apenas para a sociedade, mas também para suas famílias. Vamos pensar um pouco sobre isso. Muitos idosos que conhecemos, por exemplo, **tomam conta de seus netos** para que os pais possam trabalhar. Dessa forma, esse idoso **continua trabalhando**, mesmo que de maneira informal, e acaba sendo uma **economia** para essa família, e não um peso, como se acredita. Da mesma forma, as pesquisas apontam que uma grande quantidade de idosos são a maior **fonte de renda** em famílias desempregadas, com suas aposentadorias. Se ampliarmos esse pensamento, essa aposentadoria será gasta para despesas com a casa, gasto esse feito no comércio local, movimentando a economia daquela comunidade. Da mesma forma, esse idoso não pode ser considerado um peso, nem para sua família, nem para a sociedade onde vive.

## 1.6. IDOSOS SÃO TODOS IGUAIS

É muito comum ouvirmos coisas do tipo “idosos são teimosos”, “idosos são lentos”, ou coisa parecida. Vamos pensar juntos. Como vimos anteriormente, idosos são pessoas com 60 anos e mais. Ou seja, se pegarmos duas pessoas, uma de 60 anos e outra de 90 anos, ambas são idosas, **será que elas são iguais?** São gerações diferentes, pode ser mãe e filha, o que, provavelmente, levará a posturas e respostas diferentes a diversos estímulos. Então, diante disso, podemos ver que a diferença de idade é um fator de **desigualdade** entre pessoas idosas. Da mesma forma, temos as **diferenças de gênero**. Homens e mulheres têm papéis sociais diferentes durante toda a vida, desde a infância. Na velhice não seria diferente, veremos que eles não serão iguais. Também temos as **diferenças regionais**, um idoso de determinada região do país vai ser diferente de outro idoso em outra região. Portanto, temos **múltiplas velhices**, diferentes entre si. Idosos não são todos iguais!

## 1.7. VELHICE SÓ TRAZ PERDAS

Essa é uma outra visão distorcida que se tem em relação a pessoas idosas. A velhice, como qualquer outra

fase da vida, envolve **perdas e ganhos**. Experimente perguntar a uma pessoa idosa se ela gostaria de voltar à sua juventude. Provavelmente ela dirá que sim, mas logo em seguida vai complementar: **se for com a cabeça que tenho hoje**. Ora, se ela quer levar a cabeça que tem hoje, isso significa que ela teve **ganho com o passar do tempo**, neste caso, a **experiência**. Da mesma forma, essas pessoas costumam desistir dessa “volta no tempo” quando pensam que teriam que abandonar seus filhos e netos. Ou seja, mais um ganho, a **construção de uma família**. Assim é também em relação à vida profissional. Enfim, é papel do profissional de saúde mostrar aos idosos que o passar do tempo também traz ganhos, além das perdas.

Estes são os principais **mitos e preconceitos** que se observam em relação à velhice em nossa sociedade. Somos contaminados por eles, pois aprendemos a pensar assim desde que nascemos. É preciso um empenho e estudo para que possamos pensar de forma diferente.

Falamos anteriormente em alguns exemplos sobre a família de pessoas idosas. É importante ressaltarmos que essas **famílias hoje em dia estão cada vez menores**. Não vemos mais aquelas famílias com muitos filhos e netos. Hoje é comum que se tenha apenas um filho, o que constitui **famílias pequenas**. Dessa forma, quem cuida da pessoa idosa caso ela precise desses cuidados por ser mais dependente? Para isso precisamos de **políticas públicas** que deem suporte e apoio a essas famílias no cuidado desses idosos. Para isso, precisamos de uma **rede de apoio** mínima, que atenda a essas necessidades. Seguem abaixo alguns exemplos dessa rede:

- **Centro-dia** - espaço para cuidados com o idoso **durante o dia**. A família leva a pessoa no período da manhã, pode ir realizar suas tarefas, como o trabalho, e no final do dia passam para pegar a pessoa e levar para casa. Dessa forma a família tem um **respiro** para pode desempenhar o que precisa, e o idoso, por sua vez, pode continuar na sua casa e no **convívio familiar**. **Importante!!!** Não confundir esse tipo de serviço com creche, que é um equipamento direcionado a crianças. O nome correto é Centro-dia, voltado para pessoas idosas.
- **ILPI (Instituição de longa permanência para idosos)** - espaço destinado a **moradia** de idosos que não possuem condições de morar em suas casas e precisam de cuidados. Trata-se de **residência coletiva**, com profissionais que efetuam o cuidado dos idosos residentes.
- **Centro de convivência** - espaço para atividades de lazer e convivência de pessoas idosas. Geralmente contam com atividades como artesanato, atividades físicas, teatro e dança. Destinado a idosos que são **independentes**, mas pode, por exemplo, ser integrado a um Centro-dia para que os idosos com alguma dependência possam participar das atividades.
- **República** - espaço de **residência compartilhada** para idosos **independentes**. As tarefas são divididas entre eles, o modelo é de auto-gestão e não há profissionais que desempenhem tarefas nesse espaço. É semelhante às repúblicas de estudantes.
- **Programa acompanhante de idosos (PAI)** - serviço composto por uma equipe multiprofissional para dar **apoio e suporte** ao idoso que tenha algum grau de dependência **em sua residência**. Isso permite que o idoso continue em sua casa, mesmo que não tenha alguém que cuide, evita que precise ir para uma instituição de longa permanência. O município de São Paulo conta com várias equipes que atendem por região.

Esta seria uma rede básica de atenção a pessoas idosas para dar suporte a famílias que muitas vezes sozinhas não conseguem dar conta dos cuidados que os idosos necessitam. Segundo o Artigo 3º do Estatuto

da Pessoa Idosa, “*é obrigação da família, da Comunidade, da Sociedade e do Poder Público...*” a efetivação dos direitos do Idoso. Implantar essa rede de cuidados é uma forma do **poder público** exercer o seu papel.

Isso seria também uma forma de seguir a orientação da Organização Mundial da Saúde, que define o conceito de **Envelhecimento Ativo**, que é o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Ou seja, dar oportunidade às pessoas idosas de terem **acesso aos serviços de saúde** e também à **participação social** na comunidade em que vivem. Nesse processo é fundamental a **participação do ACS e do ACE**.

E para finalizar este capítulo, devemos abordar dois conceitos importantes para pessoas idosas. São eles, **autonomia e independência**. Em geral profissionais costumam confundir esses dois conceitos. Vamos a eles! **Autonomia** significa a pessoa ter condições de **decidir a sua vida**, ou seja, determinar suas **escolhas**. Profissionais de saúde devem trabalhar para garantir esse direito às pessoas idosas. Só se perde autonomia quando a pessoa possui alguma demência e não pode mais decidir a sua vida sem riscos. Caso contrário, a autonomia deve ser garantida em qualquer idade. Já a **independência** significa a pessoa poder **executar as suas tarefas** sem ajuda de terceiros. Por exemplo, poder tomar banho sozinha, se alimentar, se vestir, sair de casa. É importante que não se confundam esses dois conceitos, e que trabalhem para garanti-los para as pessoas idosas.

## 2. PREVENÇÃO DE QUEDAS PARA PESSOAS IDOSAS

Como dissemos anteriormente, as pessoas idosas não são iguais, a velhice é caracterizada por grande **diversidade**. Alguns octagenários, pessoas com mais de 80 anos, têm níveis de capacidade física e mental comparáveis com os da juventude, outros já podem necessitar de cuidado e suporte importantes para executar as suas atividades básicas de vida diária. **Políticas** devem ser planejadas para melhorar a **capacidade funcional** dos idosos independentemente de serem saudáveis, frágeis ou pré-frágeis.

Uma coisa importante, ter boa saúde na velhice não significa ausência de doenças. A maioria dos idosos com 70 anos ou mais experimenta a presença de dois ou mais problemas de saúde, como problema no coração, diabetes, problema de visão, mas ainda assim continua a ser capaz de fazer as coisas que julga importantes. A combinação das capacidades física e mental é um melhor **indicador de saúde e bem-estar** que a presença ou ausência de doença. Ou seja, mesmo na presença de algumas condições de doença, a pessoa é capaz de realizar suas tarefas do dia a dia de forma normal. É preciso que tenhamos **cuidados em saúde pública**, que significa um conjunto de medidas e procedimentos auxiliares, que permitem o bom êxito do tratamento, e proporcione à pessoa condições de viver a sua vida de forma mais saudável.

Neste cenário, a queda de uma pessoa idosa pode ser um **evento devastador**, comprometendo a saúde e independência da pessoa. Observamos que 90% dos casos de fratura de quadril em idosos são decorrentes de queda, que é um evento frequente, 30% a 40% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano. Por isso é tão importante a prevenção de quedas em pessoas idosas, um evento que pode, inclusive, causar a morte. Quando uma pessoa cai, a família precisa se organizar para **promover o cuidado**. Hoje isso é cada vez mais difícil, com a entrada das mulheres no mercado de trabalho. Não há ninguém na família disponível para o cuidado. Isso acaba aumentando os custos do estado, com **internações e consultas**. Não podemos esquecer que o número de pessoas idosas vem crescendo de forma importante, o que levaria a gastos muito maiores, por isso é mais eficaz que tenhamos políticas de **prevenção de quedas**.

Quais são as pessoas que mais caem? São as crianças, os esportistas e os idosos, porém os idosos quando caem sofrem as piores consequências, por apresentarem múltiplas comorbidades: osteoporose, menor tempo de reação para proteção, menor massa muscular e menor força muscular. É importante salientar que a queda é um **evento bastante comum na velhice**, e que pode ser devastador, levando inclusive à morte, ou a condições de grande dependência.

Por que é importante ações de prevenção de quedas? Porque é um alto custo para as famílias e para o estado. Conforme já vimos, as velhices são diferentes entre si. Em relação às quedas não seria diferente. O cuidado maior deve ser com as pessoas mais dependentes. Estudos mostram que idosos entre 75 e 84 anos que necessitam de ajuda para as suas atividades de vida diária, ou seja, mais dependentes, têm probabilidade 14 vezes maior de cair do que idosos da mesma idade que são independentes. Lembre-se, quando falo de pessoa **independente** estou me referindo àquelas que conseguem executar as suas tarefas do dia a dia sem a necessidade de ajuda de outras pessoas.

Podemos classificar as quedas em dois tipos, **acidental**, quando se tem um evento único devido a fatores externos à pessoa, como um buraco na calçada ou um objeto deixado no chão. Ou então a **queda recorrente**, quando se observa duas ou mais vezes no ano, com múltiplos fatores de risco, os externos, como vimos, ou internos como deficiência na visão, baixa massa corporal ou demência, por exemplo.

Para que tenhamos um programa de prevenção de quedas eficaz, é preciso, antes de mais nada, **identificar os fatores de risco**. Para isso, precisamos entender dois conceitos, que são os **fatores intrínsecos** e os **fatores extrínsecos**. Os fatores intrínsecos são aqueles **interiores**, particulares daquela pessoa, como por exemplo a diminuição da visão ou demência. Já os fatores extrínsecos são os exteriores à pessoa, como por exemplo, um tapete, um objeto deixado no chão ou uma medicação. Visto isso, os passos iniciais para a prevenção de quedas é identificar esses fatores intrínsecos e extrínsecos. Nesse momento é fundamental a participação da equipe de saúde que atende esse idoso. Os ACS e ACE podem ser de grande importância, na medida em que visitam o ambiente em que esse idoso vive, e podem passar **informações importantes** para o restante da equipe.

Também temos fatores que são modificáveis e não modificáveis, que precisamos identificar. Os **modificáveis** são, por exemplo, fraqueza muscular, distúrbio de equilíbrio, medicações e iluminação. Já os **não modificáveis** temos como exemplo a perda de visão, condições crônicas de saúde e demência. Nosso objetivo na prevenção de quedas é identificar e reduzir os fatores modificáveis.

Vamos ver alguns fatores de risco intrínsecos que apresentam **forte correlação** com quedas:

- **Idade avançada**, 80 anos ou mais
- Ser do **sexo feminino**
- **Baixa aptidão física**
- **Fraqueza muscular das pernas**
- **Equilíbrio diminuído**
- **Marcha lenta com passos curtos** (idoso que arrasta os pés)
- **Acuidade visual baixa**
- **Dano cognitivo** (demência, por exemplo)

- **Doença de Parkinson**
- **Quedas precedentes**
- **Remédios sedativos, hipnóticos e ansiolíticos**
- **Polifarmácia** - uso de uma quantidade grande de medicamentos

Agora vamos ver uma lista de fatores de risco intrínsecos, mas com **risco moderado** de quedas:

- **Sedentarismo**
- **Hiperatividade física**
- **Dor em quadril ou joelhos**
- **Anormalidades nos pés**
- **Depressão ou ansiedade**
- **Artrite**
- **AVC** - Acidente vascular cerebral
- **Incontinência**
- **Medicamentos antidepressivos**

Agora vamos falar um pouco dos **fatores extrínsecos**, aqueles que são **externos**:

- **Fatores ambientais**, comportamentais e relacionados a atividades
- **Ambientes inseguros**, mal planejados e construídos com barreiras arquitetônicas
- Importantes para **idosos ativos**, que saem de casa com frequência, dessa forma se expondo a mais riscos
- Mais prevalentes entre **idosos da comunidade**, também os que saem de casa
- Causa importante de **morbidade**, situação de dependência e necessidade de cuidados
- Grau de perigo depende da **vulnerabilidade** da pessoa e da frequência de exposição ao risco
- **Tapetes ou carpetes soltos**, com dobras
- **Pisos escorregadios**, encerados
- **Cordas e fios soltos** pelo chão
- **Tacos soltos**
- **Móveis muito baixos, instáveis ou deslizantes**
- **Objetos deixados no chão ou guardados em lugares altos**, que exigem subir para pegar
- **Iluminação ruim**
- **Escadas**, principalmente sem corrimão adequado

- **Animais de estimação**
- **Calçadas mal conservadas**, com buracos ou desnível
- **Chinelos inadequados**
- **Sapatos desamarrados ou mal ajustados**
- **Calçados com solado escorregadio**
- **Roupas compridas** que se arrastam pelo chão
- **Degraus irregulares** em altura e profundidade

Isso mostra que devemos prestar muita atenção ao local onde pessoas idosas vivem e transitam. Os fatores ambientais são uma fonte de riscos para quedas, e isso depende também do estado funcional da pessoa, quanto mais frágil, mais suscetível aos riscos ambientais, como tapetes ou fios pelo chão, principalmente para idosos que arrastam os pés ao andar. Os **ambientes inseguros** propiciam escorregar, tropeçar, errar o passo, pisar em falso ou trombar em algum objeto.

A maioria das quedas acontecem **dentro de casa** ou nos arredores, durante **atividades habituais**. A minoria durante atividades perigosas, como práticas esportivas ou comportamentos de risco, subir em uma cadeira para trocar uma lâmpada, por exemplo. Estudos apontam que 10% das quedas acontecem em **escadas**. Todo cuidado é pouco!

As consequências de uma queda em idosos, como vimos, podem ser **devastadoras**. A pessoa pode sofrer um trauma direto, por exemplo, uma fratura de fêmur. Os dados apontam que 1% das quedas levam a esse tipo de fratura, mas 90% das fraturas de fêmur são decorrentes de quedas, com período médio de internação de 15 dias. Observa-se, portanto, uma **imobilidade pós-queda**. Outro fator importante são os **danos psicológicos e sociais** que se observam após uma queda. Em relação a esses últimos, podemos verificar:

- **Medo de cair novamente**
- **Insegurança**
- **Auto redução das atividades**
- **Superproteção dos familiares**
- **Dependência**
- **Inatividade e imobilidade**
- **Isolamento social**
- **Depressão**
- **Institucionalização**

Sabemos que entre 40% a 73% das pessoas que caíram recentemente, apresentam **medo de cair novamente**, enquanto nas pessoas que não caíram esse número é bem menor.

Algumas intervenções se mostram efetivas quando o assunto é a prevenção de quedas em idosos. É importante o treinamento de marcha e equilíbrio, bem como exercícios de fortalecimento muscular, com a **supervisão de profissional**. Pode-se entrar em contato com o médico da equipe para realizar a descontinuação gradual de medicações psicotrópicas. E é de fundamental importância realizar a modificação de **riscos domésticos** após alta hospitalar, readequando os espaços, retirando obstáculos e tomando todos os cuidados de acordo com os exemplos que vimos anteriormente.

Para uma efetiva prevenção de quedas em idosos, devemos então seguir algumas recomendações. É importante uma adequada **formação da equipe** que acompanha esses idosos, para que tenham um olhar mais apurado de que medidas devem ser tomadas. Importante também o **treinamento de marcha**, um idoso que caminha com mais segurança apresenta menos risco de queda. Se for o caso, pode ter a recomendação do **uso de órteses**, como bengala ou andador. E, como vimos anteriormente, fazer uma revisão e modificação dos medicamentos utilizados pelo idoso.

A recomendação também é para que se façam **exercícios**, principalmente de força muscular e equilíbrio. O **tai chi chuan** é um bom modelo de atividade para a prevenção de quedas.

Bom, como vimos, cair pode ser um fator de grande risco para pessoas idosas, e que pode ser evitado com ações simples de **prevenção**. Incorporar exercícios à rotina dessas pessoas e fazer modificações no ambiente em que vivem podem fazer toda a diferença.

### 3. VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

A violência contra a pessoa idosa é um fenômeno que deve ser levado em consideração, pois na maioria das vezes é **escondido** pelo próprio idoso que sofre a violência, bem como pela sua família. É preciso **enxergar a violência** contra a pessoa idosa, romper o pacto de silêncio que se observa. Mas como podemos definir violência? Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS – **violência** se caracteriza pelo uso intencional da **força física ou poder, real ou em ameaça**, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. A violência implica sempre em uma **relação de poder**. Falaremos disso mais adiante, inclusive das formas de violência que podem ser observadas contra pessoas idosas. Nosso país vive uma cultura que podemos chamar de **“jovencêntrica”**. O que seria isso? Uma cultura que **valoriza apenas o jovem**, não dando o devido valor às pessoas mais velhas. Tudo de melhor está na **juventude**, a beleza, o poder, a rapidez, a saúde. E ao contrário, **tudo de ruim está na velhice**, a feiura, a lentidão, a doença. Essa é a forma que as pessoas pensam, criando aqueles **mitos e preconceitos** que vimos anteriormente. É uma forma inadequada de se enxergar a velhice, que pode levar a uma situação de violência. Ainda sabemos muito pouco sobre violência contra pessoas idosas no Brasil. Isso porque em defesa do agressor o **idoso se cala**, omite e justifica tentando atenuar os agravos da violência com o argumento de que já está velho mesmo. Devemos ressaltar aqui que os agressores, em geral, são **membros da própria família** da pessoa idosa, e de alguma forma ela depende dele, seja financeiramente ou para receber os cuidados necessários. Falaremos mais sobre isso adiante. Essa situação acaba sendo dramática, pois em muitos casos somente a morte, sua ou o do agressor, liberta alguns idosos da violência sofrida. Precisamos falar que a violência pode ser também **institucional**, ou seja, quando abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, que podem ser instituições de saúde, de assistência social, bem como as instituições de longa permanência para idosos, as ILPIs. Em todos esses espaços, o abuso ou maus tratos ao idoso configuram em violência.

Agora vamos falar um pouco sobre o perfil da pessoa idosa vítima de violência. Em geral são pessoas que apresentam as seguintes características:

- **Mulher**, viúva, acima de 75 anos (idosas mais velhas)
- **Vive com a família**
- Renda até **dois salários mínimos**
- Em situação de **fragilidade**
- **Depende do cuidador** para suas Atividades de Vida Diárias - AVD
- Em situação de **vulnerabilidade emocional e psicológica**

Podemos com essas características perceber que essas pessoas vivem em situação de fragilidade e **dependência** de seus cuidadores, que geralmente são pessoas da própria **família**. É o filho ou o neto quem agride, e isso faz com que a pessoa idosa se cale, por **vergonha**, ou por não querer que aquela pessoa querida sofra algum tipo de **represália**. Como ela depende do cuidador para o seu cuidado ou financeiramente, ela tem medo também de denunciar e perder isso. Essa é uma questão séria, porque torna **invisível** a situação de violência, e faz com que a pessoa continue sofrendo. Os **ACS e ACE** têm um papel fundamental em tentar identificar as situações onde isso ocorra e levar para a sua **equipe**. Vamos falar adiante como identificar uma situação de violência. Fique atento, você pode ser o agente que vai fazer com que esse círculo seja rompido.

Agora vamos falar um pouco sobre o **perfil do agressor**. Ele segue as seguintes características:

- Geralmente é um **membro da família** da vítima
- Apresenta **dependência química** (álcool e drogas)
- Apresenta algum tipo de **transtorno mental**
- Tem histórico de **violência familiar**
- Vive em situação de **estresse** (o cuidador, por exemplo)

Com essas características, podemos perceber que a violência, em geral, ocorre **dentro da própria casa** do idoso. Devemos ficar atentos a como se estabelecem essas relações **familiares**. Muitas vezes a própria pessoa idosa foi uma pessoa violenta com seu filho durante a vida, mas isso não justifica que agora, no momento presente, a gente permita que esse filho tenha uma espécie de **vingança** contra essa pessoa. Em caso de suspeita de violência, devemos imediatamente levar essa informação para a **equipe técnica** para que sejam tomadas as providências necessárias.

Mas observando isso, podemos então dizer que o **cuidador é um agressor**? Nem sempre! Em geral o cuidador é um **protetor**, mas dependendo da situação e do nível de **estresse** que ele viva, pode sim, se transformar em um agressor. Por isso, é importante **cuidar de quem cuida**. O cuidador precisa de um tempo para cuidar de si, para fazer suas coisas, ter momentos de **descanso e lazer**. Isso é fundamental. Só consegue cuidar bem, aquele que está bem. A pergunta que devemos ter sempre em mente é: **quem cuida de quem**

**cuida?** Aqui é importante chamar a atenção para a importância do **poder público**, que na sua parcela de responsabilidade na garantia de direitos ao idoso, deve fazer o seu papel dando **suporte ao cuidador**. Fica claro que a relação que se observa na violência é uma **relação de poder**, entre aquele que cuida e o que é cuidado. É o mais forte sobre o mais fraco, o mais poderoso contra o mais frágil.

Vamos agora falar sobre os vários **tipos de violência** que uma pessoa idosa pode sofrer.

- **Violência Física** - uso força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar dor, incapacidade ou até mesmo a morte.
- **Violência Psicológica** - agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar a pessoa idosa do convívio social.
- **Abandono** - manifesta-se pela ausência dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção e assistência.
- **Negligência** - refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos por parte dos responsáveis familiares ou institucionais.
- **Violência Financeira ou econômica** - exploração imprópria, ilegal ou uso não consentido pela pessoa idosa de seus recursos financeiros e patrimoniais.
- **Violência Sexual** - ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, visando a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.
- **Autonegligência** - conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma.
- **Violência Medicamentosa** - administração indevida dos medicamentos prescritos, por familiares, cuidadores ou profissionais, aumentando ou diminuindo a dose, ou excluindo os mesmos.

Como disse anteriormente, é importante que o **profissional de saúde** fique atento a situações onde a pessoa sofre algum tipo de violência. Ressalto novamente a importância dos **ACS e ACE**, na medida em que são profissionais que têm mais contato com a família e a pessoa idosa nela inserida. Diante desse cenário, vamos então falar sobre os **indicadores de violência** que podem ser observados na pessoa idosa, no cuidador e na relação que existe entre eles.

Vamos começar pela **pessoa idosa**:

- Parece ter **medo do cuidador** (familiar ou profissional)
- Evita responder alguma questão, ou **olha antes para o cuidador**
- **Comportamento muda** na presença do cuidador
- Utiliza frases que indicam **baixa autoestima**
- Mostra **exagerado respeito ao cuidador**

Agora vamos ver os indicadores que podem ser observados no **cuidador**:

- **Dificulta contato** particular entre idoso e profissional
- **Questiona** perguntas dirigidas ao idoso
- Cria **obstáculos** para visita domiciliar
- Mostra-se **controlador** nas Atividades de Vida Diárias do idoso
- Tenta **convencer** o profissional de que idoso está confuso
- Demonstra alto nível de **estresse**

E por fim, os indicadores que podemos observar na **relação entre idoso e cuidador**:

- Observar **histórias divergentes**, contraditórias ou estranhas
- Observar **relação conflitiva** com frequentes discussões e insultos entre eles
- Cuidador mostra-se **hostil, cansado ou impaciente**, e idoso demasiadamente **agitado ou indiferente**
- Relação de **indiferença mútua** (não demonstram qualquer manifestação de afeto)

Com base nesses dados, podemos perceber a importância do profissional de saúde para identificar e evitar uma situação de violência que um idoso possa estar sofrendo, incluindo aqui os **ACS e ACE** que, como vimos anteriormente, são profissionais que têm bastante contato com o **contexto familiar**. Só assim podemos dizer: Violência contra a pessoa idosa, **vamos romper o pacto de silêncio!**

## 4. SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO

Vamos falar de sexo? Essa é a proposta deste módulo. E falar de sexo é uma coisa tranquila para você? Em geral quando faço essa pergunta as pessoas me respondem que sim, é tranquilo, mas depende com quem se fala. Ora, se depende com quem se fala, então não é um assunto tranquilo, ainda **é um tabu** em nossa sociedade. Agora imagine falar de sexo entre pessoas idosas. Aí fica ainda mais complicado. Mesmo profissionais de saúde muitas vezes têm dificuldade em abordar este assunto com pessoas mais velhas. A velhice nos traz a ideia de **pai, mãe e avós**, e é difícil para nós imaginar a sexualidade dessas pessoas. Porém, é de fundamental importância falar sobre o assunto, pois muitas das pessoas idosas mantêm uma vida sexual ativa com seus parceiros. Voltaremos a dois mitos e preconceitos que vimos no primeiro módulo. O primeiro que **idosos voltam a ser crianças**, e o outro que **idoso não tem sexualidade**. Quando esses dois se juntam, nós, profissionais de saúde corremos um grande risco de cometermos erros graves. Ao tratar o idoso como criança e como um ser assexuado, entramos em contato com ele através de frases no diminutivo, como já vimos, e nos sentimos autorizados a tocá-los como forma de carinho, passando a mão nos cabelos, no rosto, nas mãos. Tente imaginar um profissional fazendo isso, por exemplo, com uma mulher jovem. Imediatamente você pensará em **assédio sexual**, mas com uma mulher velha se tem a ideia de que está autorizado, e o que poderia ser um assédio vira carinho. Como eu disse, este é um equívoco muito comum e muito observado, e temos que tomar muito cuidado para não fazer. Outra questão importante é

que se não pensamos na sexualidade de pessoas idosas, não pensamos também em **políticas públicas** com esse foco, não levando em conta, por exemplo, as infecções sexualmente transmissíveis, o que falaremos mais adiante.

Tradicionalmente se fala em sexualidade vinculada à **reprodução**. Embora isso tenha mudado bastante durante as últimas décadas, ainda temos esse discurso atualmente com muita força. Quer um exemplo? Quando se fala do casamento entre pessoas do mesmo sexo, quem é contra geralmente usa como argumento para justificar, o fato dessas pessoas não poderem ter filhos. Isso mostra como ainda se tem como parâmetro a vida sexual vinculada à reprodução, como se as pessoas fizessem sexo apenas com o objetivo de uma gestação. Sabemos que isso não é verdade, mas ainda assim, as pessoas idosas são influenciadas por essa concepção. Se não vão reproduzir, então não podem fazer sexo. Essa é a forma que se pensa. Por esse motivo, o sexo entre idosos acaba virando motivo de **piadas**, mostrando o quanto as pessoas não aceitam como um processo natural da vida. O interesse na sexualidade humana acaba sendo apenas no período fértil do ciclo vital, ou seja, as pessoas mais jovens, como se o impulso sexual não fizesse parte do repertório de vida dos mais velhos. A atividade sexual de seres humanos não tem compromisso com a função reprodutora, existe uma **autonomia da função erótica**. As pessoas fazem sexo por **prazer**, independente se vão reproduzir ou não. E isso inclui as pessoas idosas.

A médica psiquiatra Carmita Abdo, responsável por uma das maiores pesquisas sobre sexualidade no Brasil, diz o seguinte: “Toda atividade sexual que não contempla a procriação, como, por exemplo, a masturbação, as relações homossexuais, o **erotismo puro**, tem sido muitas vezes considerada anômala por diferentes civilizações”. O erotismo puro seria o ato sexual apenas pelo prazer. Sendo assim, o sexo entre pessoas idosas poderia ser incluído nessa lista de relações “**proibidas**”, visto que é realizado apenas pelo prazer, e não com a função reprodutora.

Lembra que falamos sobre idosos não serem todos iguais? Pois é, este é outro mito que precisa ser lembrado quando falamos sobre a sexualidade. E por que isso? Porque temos duas diferenças fundamentais, a **diferença de gênero** e a **diferença de faixa etária**. Homens e mulheres agem e pensam diferente sobre sexo durante toda a vida. Desde que nascemos, nossos **papeis sociais** já são estabelecidos de acordo com nosso sexo. Meninos e meninas são tratados de forma diferente, e assim é durante a vida, não seria diferente na velhice. Essas diferenças são **culturais**, e não biológicas. Por exemplo, para os meninos usamos roupas azuis, e chamamos de “meu garotão”. Para as meninas roupas rosa, e “minha princesinha”. Repito, isso não é biológico, é cultural. Outra diferença importante é a idade, as pessoas mais velhas costumam ter posturas diferentes do que as mais jovens em relação à sexualidade. Vamos lembrar, posso ter um idoso de 60 anos e outro de 90 anos. Provavelmente pensarão de forma diferente. Ser homem ou ser mulher em dado período histórico, vai interferir no desenvolvimento da vida sexual. Os ensinamentos sobre sexo e os valores culturais a ele ligados apresentam **diferenças entre gerações**.

A título de exemplo, em 1938 foi lançado um livro sobre educação sexual para jovens. Na capa havia uma observação, “**leitura reservada**”, indicando que o livro era destinado apenas aos rapazes, sendo as moças excluídas por não necessitarem das mesmas informações, na medida em que não teriam atividade sexual antes do casamento. Isso mostra como os idosos de hoje vão ter diferenças em relação a como lidam com a sua sexualidade, seja por gênero ou faixa etária.

Diferenças no **padrão cultural** entre meninos e meninas poderão interferir na forma como esses dois grupos irão envelhecer, levando a **comportamentos distintos** diante de várias situações, inclusive no que diz respeito à sexualidade. Através dessa construção social, em determinado momento se vinculou atividade sexual à reprodução, e não ao prazer erótico.

Algumas **mudanças** ocorreram em meados do século XX, entre elas duas muito importantes. A primeira foi a chegada dos **anticoncepcionais**, que permitem manter a atividade sexual sem o risco da gestação. A outra foi a concepção de forma artificial com o advento da **fertilização in vitro**, onde é possível a gestação sem necessidade da atividade sexual. Esses dois eventos separam a reprodução da vida sexual, e influenciou gerações mais jovens.

Uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo com pessoas idosas mostra essa diferença de respostas que existem entre homens e mulheres no que diz respeito à sexualidade. O **Estudo SABE** - Saúde, Bem Estar e Envelhecimento, é realizado sob coordenação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP. Nele podemos observar que os homens disseram ter satisfação em relação à vida sexual, mantendo atividades sexuais. Já as mulheres, em sua maioria, disseram o contrário, estarem satisfeitas com a vida sexual, sem manter atividade sexual. Isso mostra de forma clara a **diferença de respostas** em relação ao gênero, e deve ser levado em conta por profissionais que trabalham com idosos, para orientação de uma vida sexual saudável.

Como vimos anteriormente, vivemos numa sociedade que **valoriza o jovem e o belo**, onde corpo que envelhece já não oferece atrativos, principalmente o corpo feminino. Essa é uma outra questão que devemos prestar atenção, na medida em que, como vimos em outro módulo, existe **violência sexual** contra pessoas idosas, e as maiores vítimas são as **mulheres**. É preciso que tenhamos políticas públicas para prevenir esse tipo de violência, e o caminho é observar e falar com usuários idosos sobre sexualidade abertamente. É um **desafio** para o trabalhador da saúde.

Agora devemos abordar outro assunto muito importante, que é a questão das **infecções sexualmente transmissíveis** - IST - principalmente o HIV. O fenômeno da chegada da AIDS se deu no início dos anos 1980 e foi outro fator que trouxe mudanças na sexualidade das pessoas no século XX. O prazer sexual passou a ser considerado um **fator de risco**. Naquela época se construiu o conceito de "**grupos de risco**", que eram os homossexuais masculinos, os usuários de drogas injetáveis e as pessoas que necessitavam de transfusão de sangue. Os idosos nunca foram incluídos nessa lista, e até hoje pouco se fala sobre a infecção pelo HIV em pessoas idosas, mesmo sabendo que atualmente as pesquisas apontam que população acima de 50 anos tem maior resistência ao **uso do preservativo**. As pesquisas recentes também atribuíram o aumento da incidência de HIV/AIDS entre os idosos aos tratamentos hormonais, às próteses e aos medicamentos como o Viagra que estão ampliando a vida sexual da população idosa. Aliado a isso, existe uma grande **falta de informação** sobre a doença, **preconceitos** contra o uso de preservativos e ausência de **ações preventivas** para as pessoas idosas.

Hoje em dia não usamos mais o conceito de grupos de risco, e sim **comportamentos de risco**, na medida em que sabemos que qualquer pessoa é vulnerável ao HIV, independente de gênero e orientação sexual. O que define o risco é o comportamento. Manter atividade sexual com várias pessoas, sem medidas de prevenção, define um comportamento de risco. Cabe aos profissionais de saúde a devida **orientação** para o **sexo seguro**. E que medidas de prevenção são essas? Atualmente temos vários recursos nas unidades de saúde, disponíveis pelo **SUS**. O primeiro deles é o uso do **preservativo**, que protege não apenas o HIV, mas também outras infecções, como sífilis e gonorreia. Mas sabemos que pessoas idosas, principalmente, têm resistência ao uso do preservativo. Para isso atualmente existem outros recursos, como a **PREP e a PEP**. O que é isso? A PREP é a **profilaxia pré exposição**, ou seja, um medicamento que a pessoa usa de **forma contínua**, anterior à atividade sexual, com orientação médica, que permite a atividade sexual sem o risco de infecção. Mas atenção! Previne apenas contra o HIV, e não as outras infecções sexualmente transmissíveis. Já a PEP, **profilaxia pós exposição**, ao contrário da PREP, é uma medicação que se usa após a atividade sexual sem proteção do preservativo. Ela é de uso diário **por tempo determinado**, também com orientação

médica, e da mesma forma, impede apenas a infecção pelo HIV. Aqui é importante lembrar que existe dificuldade por parte dos profissionais de saúde para abordar a sexualidade de pessoas idosas, e isso é ruim para iniciar um processo de prevenção. É importante conhecer essas formas de prevenção, saber onde procurar, e lembrar que o uso de **prevenção combinada** é o mais seguro. Vale lembrar também que pessoas que fazem uso da PREP são submetidas a **exames regulares** para o HIV e outras infecções, o que permite o tratamento rápido e mais eficiente no caso de um resultado positivo. E ressaltar, tudo isso é realizado pelo **SUS**. Você, profissional, lembre-se, só é possível prevenir aquilo sobre o qual se consegue falar. Se você fica sabendo que o idoso com o qual tem contato mantém atividade sexual, informe à sua equipe para que sejam dadas essas orientações.

A incidência de HIV na população idosa não é grande, mas é importante, e a forma predominante de contaminação é a **relação sexual**.

Uma outra informação importante é que a infecção pelo HIV é frequentemente diagnosticada apenas depois de uma **investigação extensa** e por **exclusão de outras doenças**, o que atrasa o diagnóstico e tratamento. Como os profissionais de saúde não abordam a questão com os idosos, acabam não pedindo exames de sorologia. Isso é ruim, porque atrasa o início do tratamento, e hoje sabemos que quanto antes se inicia, melhor a resposta. Portanto, se o idoso faz sexo, vamos falar com ele sobre isso, e orientar para que o médico solicite os exames necessários.

Diante disso, quais os **desafios** para os profissionais de saúde?

- Implantação de **políticas públicas de inclusão**, levando em conta a sexualidade e diversidade de orientação sexual de pessoas idosas.
- **Profissionais de saúde preparados** para lidar com a sexualidade de pessoas idosas.
- Inclusão do tema nas universidades e cursos em geral, e também nas **discussões de equipe** nos serviços de saúde.
- **Promover uma reforma do pensamento** em relação à velhice, deixando de lado mitos e preconceitos que aprendemos durante a vida.



 |  @ACASADOSAGENTES

 [ACASADOSAGENTES.ORG.BR](https://acasadosagentes.org.br)

# A CASA É SUA, ACE E ACS.

Um espaço de conexão, aprendizado,  
aprimoramento e troca. Construimos  
com muito carinho essa estrutura para  
oferecer acolhimento e apoio em todos  
os aspectos da sua profissão.

