



O cuidado com as pessoas idosas frágeis na comunidade: uma revisão integrativa

Care for frail older adults in the community: an integrative review

Gislaine Alves de Souza¹ 
Karla Cristina Giacomini² 
Josélia Oliveira Araújo Firmo³ 

Resumo

Objetivo: Investigar as evidências científicas a respeito do cuidado com a pessoa idosa frágil na comunidade, na percepção da pessoa idosa. **Método:** Estudo descritivo, do tipo revisão integrativa. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), da *Medical Literature Analysis and Retrieval System* (Medline), Web of Science, Scopus e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis completos e de acesso livre; publicados entre 2014 e 2019; escritos em língua portuguesa, inglesa, espanhola ou francesa; condizentes com o tema desta pesquisa. **Resultados:** Emergiram dos resultados quatro categorias de análise: a fragilidade na visão da pessoa idosa frágil; as prioridades na percepção da pessoa idosa; perspectivas das pessoas idosas acerca dos cuidados pelos serviços; as relações interpessoais no cuidado para pessoa idosa frágil. A percepção das pessoas idosas frágeis apresenta especificidades, tem como foco do cuidado a manutenção de sua independência, sinaliza para a necessidade de manutenção de relações interpessoais, melhora da comunicação das ações de educação em saúde e dos serviços que devem ser centrados nas pessoas. **Conclusão:** Evidenciam-se pontos que requerem atenção por parte dos serviços assistenciais e das estratégias políticas para melhorar a oferta de cuidados e para que as ações realizadas sejam acolhidas por esse público.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Fragilidade. Literatura de Revisão como Assunto. Assistência à Saúde Culturalmente Competente. Percepção. Idoso Fragilizado.

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou (Fiocruz Minas), Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Prefeitura de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde. MG, Brasil.

³ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou (Fiocruz Minas), Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), bolsa produtividade (Processo 302614/2011-7) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Gislaine Alves de Souza
gislaine.as@gmail.com

Recebido: 03/07/2019
Aprovado: 26/06/2020

Abstract

Objective: to identify scientific evidence regarding the care of frail older adults in the community, from the perspective of the older adults themselves. **Method:** a descriptive, integrative review study was performed. The search for articles was carried out in the Medline, Lilacs, Web of Science, Scopus and SciELO databases. The inclusion criteria were complete available articles; published between 2014 and 2019; written in Portuguese, English, Spanish or French; which had older adults as participants. **Results:** four categories of analysis emerged from the results: frailty from the perspective of frail older adults; priorities from the perspective of the older adults; the older adults' perspectives on care by services; and interpersonal relationships in the care of frail older adults. The perception of the older adults has specific characteristics, has maintaining their independence as a focus of care, signals the need to maintain interpersonal relationships, improve communication, and for actions of health education and people-centered services. **Conclusion:** these points demand the attention of care providers and policy services to improve care delivery and provide actions that are welcomed by this public.

Keywords: Health of the Aged. Frailty. Review Literature as Topic. Culturally competent Care. Perception. Frail Elderly.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, fenômeno demográfico de abrangência mundial, configura-se um processo complexo e heterogêneo que, ao nível do indivíduo, envolve a interação de múltiplos aspectos¹, inclusive a possibilidade de envelhecer com ou sem fragilidade²⁻⁴. A fragilidade é um conceito polissêmico, multideterminado e multidimensional³⁻⁵ relacionado ao aumento da suscetibilidade a desfechos desfavoráveis em saúde: adoecimento, declínio funcional, quedas, hospitalização e mortalidade⁵. Na velhice, o saber biomédico assume a fragilidade como uma vulnerabilidade aos estressores biopsicossociais e ambientais^{2,3,5}, correlacionada à queda da reserva funcional, à limitação nas atividades de vida diária, ao aumento na necessidade de cuidados⁶, bem como a menor satisfação com a saúde e qualidade de vida⁴.

As pessoas idosas frágeis constituem a maior parte daqueles que necessitam de cuidados informais, formais e dos serviços de saúde^{2,7}. Logo, essa síndrome constitui uma preocupação para a saúde pública, pois requer cuidados integrados², podendo ser prevenida e recuperável por meio de intervenções apropriadas⁵. O cuidado é uma condição humana que depende do ponto de vista do receptor de cuidados^{8,9}. Ademais, os modelos de cuidado centrados no tratamento agudo mostram-se inadequados à população idosa frágil, pois, usualmente, desconsideram as configurações específicas desse fenômeno na comunidade, os seus sistemas de apoio e a própria pessoa envolvida³.

Além disso, estudos sobre esse tema concentram-se principalmente na associação entre a síndrome de fragilidade e desfechos adversos¹⁰. Sendo raros e limitados os estudos acerca da experiência de pessoas idosas frágeis^{4,11,12}, na ótica da população que recebe o cuidado⁸ e no âmbito comunitário¹³. Assim, embora fundamental, a perspectiva de pessoas idosas frágeis é relativamente desconhecida¹⁴. Pesquisas que considerem as opiniões, valores, atitudes, compreensões, estratégias de enfrentamento das pessoas idosas frágeis no planejamento, na definição de recursos, cuidados e intervenções no contexto de fragilidade^{2,4,7,15} são relevantes para melhorar a assistência e os cuidados de saúde, adequar os serviços e as políticas às demandas desse público^{5,16} para auxiliar no alcance da integralidade^{9,16,17}. Desse modo, a experiência das pessoas idosas frágeis nos cuidados configura-se de vital importância para melhorias na assistência¹⁸.

Logo, este artigo busca conhecer as evidências científicas a respeito do cuidado à pessoa idosa frágil na comunidade, na percepção da pessoa idosa por meio de uma revisão integrativa. Destarte, este artigo visa contribuir para sintetizar evidências¹⁹ e melhorar o cuidado dessa população^{20,21}.

MÉTODO

Para obter a síntese da literatura atual desenvolveu-se uma revisão integrativa. Esse método, de modo

sistemático, ordenado e baseado em evidências, possibilita combinar diversas metodologias teóricas e empíricas (experimentais e não experimentais) a respeito de um fenômeno particular. Parte-se de uma pergunta norteadora para obter um retrato abrangente e relevante para o cuidado de saúde¹⁹⁻²¹. Esta revisão integrativa baseou-se nas seguintes etapas: identificação do problema de estudo; estabelecimento da estratégia de busca na literatura; seleção de estudo com base nos critérios de inclusão e exclusão; leitura crítica; avaliação e categorização do conteúdo; análise e interpretação dos resultados; e apresentação da revisão^{19,20}.

A pergunta norteadora foi: *quais as evidências científicas sobre o processo de cuidado ao idoso frágil na comunidade, na visão da pessoa idosa?* As bases de dados pesquisadas foram Medline, Lilacs, Web of Science,

Scopus e SciELO. Os termos foram pareados com o uso do operador booleano “and”: *frail elderly, standard of care, culturally competent care, care; elderly, care, fragility; older adults, care, fragility; frail older people, care; frailty, old, care*. Optou-se por manter descritores e palavras-chave relevantes para a aproximação do objeto pesquisado. A percepção de pessoas idosas frágeis na comunidade acerca do cuidado foi pesquisada a partir da leitura dos resumos. A pesquisa, realizada por três pesquisadoras, foi efetivada em outubro e novembro de 2018 e atualizada em dezembro de 2019.

Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis completos e de livre acesso; publicações de 2014 a 2019; trabalhos em português, inglês, francês ou espanhol. O fluxograma das etapas de seleção dos artigos está compilado na Figura 1.

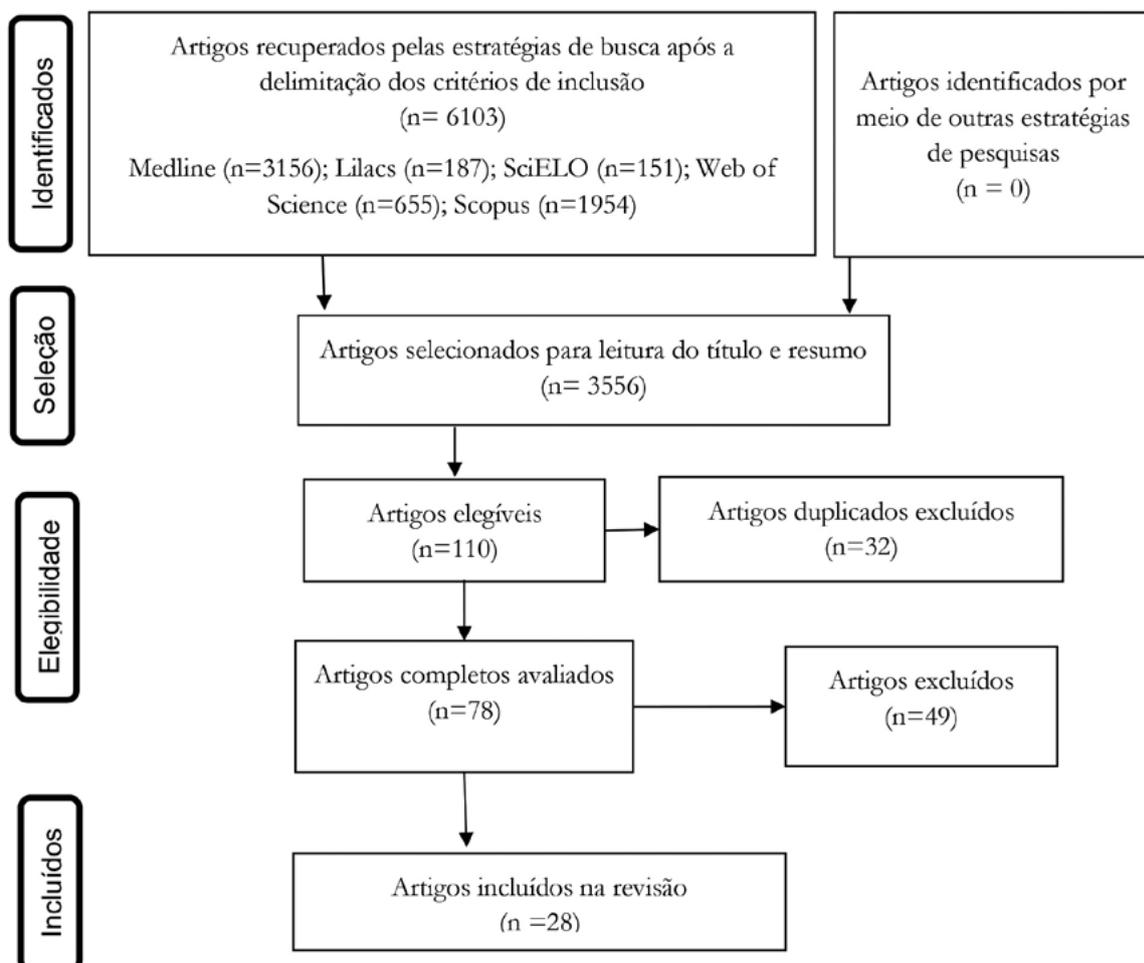


Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos baseado no modelo Prisma. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Na triagem, realizada por duas pesquisadoras, foram excluídos artigos que tratassem de: validação de instrumentos e protocolos; avaliação de prevalência, de intervenções/ programas e de custos; modelos de cuidado; associação da fragilidade com sintomatologia específica e que debruçasse sobre a visão da pessoa idosa hospitalizada ou institucionalizada. Aqueles que incluíam outros participantes, mas que era possível distinguir a visão da pessoa idosa na comunidade foram considerados.

Os artigos selecionados foram classificados quanto aos níveis de evidência científica conforme proposto por Stetler et al.²¹, os quais compreendem: nível I-meta-análise de múltiplos estudos controlados; nível II-estudos experimentais individuais; nível III-estudos quase experimentais; nível IV-estudos não experimentais como pesquisa descritiva correlacional, estudos qualitativos ou estudos de caso; nível V-relato de caso e nível VI-opinião de especialistas reconhecidos.

Os artigos foram categorizados compilando: título; autores; ano; periódico; país; idioma; método; amostra; procedimento de coleta e de análise dos dados; palavras-chave; objetivos; recomendações; limitações e a visão das pessoas idosas sobre o cuidado com a pessoa idosa frágil na comunidade.

RESULTADOS

Após a leitura dos 3.556 resumos foram selecionados 110 artigos e, após a exclusão dos artigos duplicados encontrados por diferentes estratégias de buscas, chegou-se a 78 artigos, que foram lidos na íntegra. Desses, 28 foram incorporados nesta revisão. Os artigos selecionados foram todos escritos em língua inglesa (n=28); provenientes principalmente do continente europeu (n=25). Quatorze artigos estudaram exclusivamente a percepção das pessoas idosas e em 15 publicações havia também outros participantes.

Acerca da mensuração da fragilidade, cinco artigos utilizaram a Escala de Fragilidade Clínica^{11,15,22-24}, quatro utilizaram o Fenótipo de Fragilidade^{14,23,25,26}, três utilizaram o Indicador de fragilidade de Tilburg²⁷⁻²⁹, dois artigos utilizaram o Instrumento Abrangente de Avaliação da Fragilidade^{10,30}, cinco definiram a fragilidade sem instrumento ou mensuração objetiva^{4,14,31-33}, um artigo utilizou o Prisma-7⁶ e um a Escala de Fragilidade de Edmonton³⁴. Desses, em dois artigos^{14,23} haviam a combinação de mais de um instrumento. Em nove artigos a mensuração da fragilidade não estava explícita^{18,35-42}.

Os artigos avaliados tiveram evidência predominantemente no nível IV (27 artigos) delineados como estudos qualitativos, descritivos e transversais e um artigo correspondente ao nível III, quase experimental. Assim, as evidências dos artigos incorporados a esta revisão demonstram-se razoáveis. Dentre os artigos selecionados, 75% (n=21) utilizaram metodologias qualitativas, listados no Quadro 1. Desses, 90,48% empregaram a entrevista como instrumento para coleta de dados; um artigo associou com dados observacionais e sete utilizaram o grupo focal. Explicitamente a análise temática e codificação de categorias é o tipo de análise mais recorrente (n=12), o software *Nvivo* (n=7) é o mais utilizado nessas análises qualitativas, seguido do Atlas Ti (n=3).

O uso de metodologias quantitativas representou 17,86% (n=5) dos artigos, conforme sumarizado no Quadro 2. De modo geral, os autores desses artigos utilizaram para coleta de dados questionários, instrumentos de rastreamento em saúde e escalas. Quatro estudos eram transversais e um quase-experimental. O software SPSS foi o instrumento de análise estatística citado em todos os estudos analisados.

Dos artigos quanti-qualitativos (n=2), um realizou a coleta de dados a partir da associação de entrevista e instrumentos de rastreamento em saúde e um o fez por meio de questionário semiestruturado, listados no Quadro 3.

Quadro 1. Artigos qualitativos analisados, 2014-2019. Belo Horizonte, MG, 2019.

Objetivo	Nº de idosos	Sexo	Média de idade*
Explorar as influências nas preferências de cuidados por idosos frágeis com doenças agudas recentes ²² .	17	10M e 7H	84
Explorar as experiências de idosos frágeis com depressão e ansiedade e seus pontos de vista sobre a procura de ajuda e maneiras pelas quais os serviços podem ser adaptados para melhor atender as suas necessidades ³¹ .	28	19M e 9M	80,71
Explorar as opiniões para determinar se existem estratégias diárias eficazes que elas podem adotar para reduzir, reverter ou prevenir a fragilidade ³² .	9	6M e 3H	73-89
Explorar como as pessoas idosas levemente frágeis percebem a promoção da saúde e os fatores que afetam a mudança de comportamento ²³ .	16	13M e 3H	80
Explorar a saúde, a gestão da saúde e os fatores comportamentais que contribuem para permitir que pacientes de alto risco evitem internações não planejadas ³⁵ .	21	9M e 12H	58-96
Investigar como as pessoas conseguiram manter-se resilientes à medida que envelhece em lugares remotos, apesar da lacuna em serviços de apoio formais ³⁷ .	14	Não informado	61-80
Explorar as percepções dos comportamentos empreendidos por idosos com fragilidade leve e os componentes para novos serviços de promoção da saúde em casa ²⁴ .	14	8M e 6H	75-94
Contrastar as experiências frágeis dos idosos com as percepções dos outros sobre a solidão existencial ³³ .	15	7M e 8H	86
Explorar como pacientes idosos frágeis experimentam a vida diária uma semana após a alta de uma admissão aguda ²⁹ .	14	7M e 7H	80,6
Explorar as percepções dos idosos sobre a fragilidade e suas crenças a respeito de sua progressão e consequências ¹¹ .	29	17M e 12H	66-98
Explorar o acesso à serviços de saúde e assistência social para idosos frágeis a fim de determinar suas perspectivas para o desenvolvimento de serviços mais acessíveis ³⁶ .	9	Não informado	>65
Explorar as experiências, entendimentos, os significados e maleabilidade da fragilidade para os indivíduos; e informar o desenvolvimento de intervenções viáveis na prática clínica ¹⁵ .	25	16M e 9H	>65
Explorar como as pessoas idosas com problemas de saúde complexos experimentam a fragilidade em suas vidas diárias ³⁸ .	10	7M e 3H	84
Examinar as percepções e conhecimentos sobre a fragilidade entre os idosos ²⁵ .	29	21M e 8H	76,3
Descrever como a solidão existencial foi narrada por idosos frágeis ²⁶ .	22	10M e 12H	76-101
Examinar como as pessoas idosas lidam com a fragilidade em um programa de cuidados de transição e discutir as implicações para melhorar a prestação de serviços ¹⁸ .	20	13M e 7H	80
Explorar como pessoas idosas que vivem em bairros desfavorecidos lidam com questões de envelhecimento ⁴⁰ .	20	13M e 7H	72,5
Investigar o conceito de controle percebido relacionado à assistência à saúde do ponto de vista de pessoas idosas frágeis ¹⁴ .	32	19M e 13H	65-84=17 ≥85=15
Explorar a experiência de pessoas idosas frágeis e dos gerentes de casos de uma intervenção complexa de gerenciamento de caso ⁴¹ .	14	10M e 4H	83
Elaborar uma estrutura interpretativa a partir do entendimento da pessoa idosa sobre independência e autonomia para receber cuidados especializados ⁴² .	91	68M e 23H	80,8
Explorar a experiência de sentido na vida, bem como da perda de sentido para idosos socialmente frágeis ³⁰ .	56	34M e 22H	79,3

M=mulheres e H=homens; *ou intervalo etário, em anos.

Quadro 2. Artigos quantitativos analisados, 2014-2019. Belo Horizonte, MG, 2019.

Objetivo	Nº de idosos	Sexo	Média de idade*
Examinar se as perspectivas de idosos frágeis que vivem na comunidade sobre a qualidade dos cuidados primários de acordo com as dimensões do Modelo de Cuidado Crônico estão associadas à produtividade das interações paciente-profissional ²⁷ .	464	336M e 128H	82,4
Examinar a solidão, a qualidade de vida relacionada à saúde e as queixas de saúde em relação ao consumo de cuidados de saúde em ambulatório entre pessoas idosas que vivem em casa ³⁹ .	153	102M e 51H	81,5
Analisar o poder explicativo das variáveis que medem os fatores de fortalecimento da saúde para a autoavaliação da saúde entre pessoas idosas frágeis que vivem na comunidade ⁴ .	161	89M e 72H	82
Descrever as necessidades de cuidados percebidas como atendidas e não atendidas por pessoas idosas frágeis usando uma avaliação multidimensional e explorar as associações com as características sociodemográficas e relacionadas à saúde ⁶ .	1.137	760M e 377H	80,5
Examinar as necessidades de saúde de idosos residentes na comunidade que vivem no Porto, Portugal, diagnosticados com demência moderada ou grave, associada a dependência funcional, declínio cognitivo, limitações nas atividades da vida diária e níveis de fragilidade ³⁴ .	83	55M e 28H	79,95

M=mulheres e H=homens; *ou intervalo etário, em anos.

Quadro 3. Artigos quanti-qualitativos analisados, 2014-2019. Belo Horizonte, MG, 2019.

Objetivo	Nº de idosos	Sexo	Média de idade*
Obter insights sobre as experiências vividas de fragilidade entre pessoas idosas para determinar quais forças podem equilibrar os déficits que afetam a fragilidade ¹⁰ .	121	76M e 45H	78,8
Identificar os riscos que poderiam ameaçar a vida independente de pessoas idosas frágeis ²⁸ .	29	22M e 7H	83,6

M=mulheres e H=homens; *ou intervalo etário, em anos.

DISCUSSÃO

Em resposta à pergunta norteadora: “*quais as evidências científicas sobre o processo de cuidado ao idoso frágil na comunidade na visão da pessoa idosa?*”, nota-se que a literatura contempla diferentes âmbitos e dimensões do cuidado. Aborda-se o cuidado de si, familiar, comunitário, social e intersectorial. Os resultados foram organizados em quatro categorias de análise: a fragilidade na visão da pessoa idosa frágil; as prioridades na percepção da pessoa idosa; perspectivas das pessoas idosas acerca dos cuidados pelos serviços; as relações interpessoais no cuidado para pessoa idosa frágil.

A fragilidade na visão da pessoa idosa frágil

Essa categoria aborda como as pessoas idosas percebem a fragilidade. É recorrente a visão da pessoa idosa da fragilidade como um rótulo negativo, prejudicial, rejeitado e associado à piora das condições de saúde, diminuição da participação e aumento da estigmatização^{11,15,25,32}. Um estudo qualitativo sobre a percepção e atitude de pessoas idosas frente à fragilidade sinaliza a discrepância entre a operacionalização em contextos clínicos e a compreensão de idosos¹¹. As pessoas idosas não se identificavam como frágeis mesmo quando preenchiam os critérios objetivos de diagnóstico

e essa classificação nem sempre coincidiu com o sentimento de fragilidade¹¹. Para os idosos, a fragilidade era identificada conforme os níveis de saúde e a participação em atividades físicas e sociais, decorrente de eventos isolados, incapacidades temporárias, idade avançada ou limitação física¹¹.

A fragilidade foi descrita como uma condição física e psicológica negativa próxima da incapacidade e refletindo estereótipos comuns da velhice¹¹. Para muitas pessoas idosas a fragilidade era inevitável, permanente e irreversível, decorrente do envelhecimento e composto não apenas por elementos físicos propostos na definição fenotípica, mas também aspectos mentais e psicológicos²⁵. Assim, para o público idoso as mudanças em saúde poderiam ser causa ou resultado da autoidentificação como frágil, de modo que o diagnóstico se revelava não apenas uma informação, mas também um determinante para a sua saúde¹¹. Os participantes mais frágeis aceitavam melhor o diagnóstico por viver com mais sintomas que os menos frágeis²⁵. Mesmo entre as pessoas idosas frágeis a preferência é por não usar o termo para descrever sua condição de saúde, assim os programas necessitam inovar em uma comunicação que seja aceitável²⁵ e se atentar aos efeitos negativos desse rótulo como frágil para essa população¹⁵.

Aparece ainda na literatura^{4,5,15} que a maleabilidade da fragilidade é pouco conhecida entre as pessoas idosas demandando educação em saúde para conscientizar da reversibilidade da fragilidade e modificar comportamentos em saúde. Pessoas idosas, que vivem em bairros carentes aparentavam desenvoltura para lidar com as adversidades e mostravam-se contentes com as capacidades que possuíam. Comportamento que para os autores poderia mascarar os déficits de conhecimento desvelando a potencialidade da educação em saúde para enfrentar as dificuldades relacionadas ao envelhecimento⁴.

Outro estudo aborda a compreensão da fragilidade pelas pessoas idosas como um estado dinâmico que conjuga fatores de equilíbrio do âmbito do indivíduo, do ambiente e macrossociais, que influenciam na manutenção de uma boa qualidade de vida¹⁰. Logo, o controle na área da saúde é multidimensional e os fatores externos são tão importantes quanto às atitudes ativas e os processos cognitivos empregados

pelo próprio sujeito¹⁴. Por outro lado, também ocorreram relatos de que ser frágil facilitaria a obtenção de assistência, atenção, apoio e benefícios de outras pessoas, podendo funcionar como um meio para buscar melhorias dos cuidados e serviços¹¹.

As prioridades na percepção da pessoa idosa

Evidenciar as prioridades percebidas pelas pessoas idosas é relevante²⁸. Nessa categoria apresenta-se o interesse das pessoas idosas frágeis de permanecerem em seu domicílio²⁸, mantendo-se mais independentes possível, com autonomia, qualidade de vida e capacidade de lidar com as atividades cotidianas^{23,28}. Na perspectiva da pessoa idosa, o declínio na saúde física revela-se como um aspecto aceito do processo de envelhecimento^{28,40}, tendo como condição permanecer independente e não incomodar os outros²⁸. Preservar sua capacidade de autocuidado, permanecer em suas redes sociais, não se sentirem solitários, manifestar menos sintomas, bem como manter sua autonomia, participação na comunidade e acessar os atendimentos indispensáveis são elencados como prioritários^{4,10,28}.

Mesmo os idosos mais frágeis apresentam o engajamento em atividades diárias como subsídio para a construção de resiliência contra a fragilidade³². A perspectiva das pessoas idosas frágeis demonstra ainda experimentar ansiedade, insegurança, incertezas e medo diante da fragilidade quando a vida diária se torna precária e desafiadora^{18,38}. Assim, diminuem seu senso de controle, buscam apoio para adaptar ao novo nível de fragilidade¹⁸, para manter sua independência e continuidade de sua personalidade³⁸.

Os estudos evidenciam que muitas pessoas idosas frágeis se mostram relutantes em pedir ajuda ou apoio à sua rede social por receio de incomodar os outros ou por concluírem a impossibilidade de receberem ajuda²⁸. Após a vivência de uma doença aguda mantém-se o desejo de permanecer independente, de 'voltar ao normal' e, se necessário, de encontrar o seu novo normal de acordo com suas preferências em seu próprio contexto social²².

Nessa perspectiva, as prioridades na visão da pessoa idosa frágil não são apenas os problemas

médicos, incluem também os fatores de apoio para manutenção da capacidade de cuidar de si mesmo^{4,38}. Por meio de uma regressão logística, na análise bivariada, as pessoas idosas frágeis que estavam satisfeitas com a capacidade de cuidar de si tiveram cerca de oito vezes mais chances de classificar sua saúde como boa em comparação com aqueles que não estavam satisfeitos com a capacidade de cuidar de si⁴.

Dentre os fatores que modulam a percepção de controle pelas pessoas idosas a respeito de seus cuidados em saúde, destacam-se: a autoconfiança na organização do cuidado profissional e/ou informal e na gestão da saúde no ambiente doméstico; a clareza dos cuidados disponíveis; bem como o apoio percebido da rede social, dos profissionais, das organizações de saúde, da infraestrutura e de serviços¹⁴. Por outro lado, o desinteresse pelo autocuidado pode ser consequência da perda de suas habilidades ocasionando o rebaixamento de sua expectativa nesse âmbito¹⁴. A percepção do comprometimento da independência surge associada ao esclarecimento de suas distintas dimensões: relativa, especial e social⁴².

Perspectivas das pessoas idosas acerca dos cuidados pelos serviços

A partir das perspectivas das pessoas idosas frágeis que vivem na comunidade visualizam-se importantes pontuações acerca do cuidado realizado pelos serviços que indicam a necessidade de respostas mais heterogêneas¹⁸. Os artigos revisados salientam o enfoque à independência da pessoa idosa frágil, o cuidado centrado na pessoa e a assistência personalizada aos tópicos importantes para a vida diária de cada indivíduo para manter sua autonomia apesar da incapacidade^{15,18,24,38}. A integração dos serviços para minimizar a fragmentação na prestação de serviços, melhorar a comunicação, a socialização e a mobilidade são necessários^{15,18,24,34}. Emerge ainda como imprescindível incluir aspectos emocionais para produzir conforto e bem-estar; adotar abordagens psicossociais e espirituais, avaliar as necessidades de cuidados e realizar uma avaliação geriátrica abrangente³⁴.

O conceito multidimensional da fragilidade desafia a considerar as perspectivas subjetivas das pessoas idosas. Um artigo destaca a abordagem salutogênica no planejamento de cuidados como benéfica a pessoas idosas frágeis baseando nas narrativas desse público sobre sua vida cotidiana de modo a apoiar a pessoa em seu contexto de vida, para permanecer em sua rede social e manter satisfação com a capacidade para gerenciar a vida cotidiana⁴.

Pessoas idosas frágeis precisam de uma ampla gama de serviços por um longo período de tempo devido à complexa situação de saúde e mudanças que vivenciam³⁶. Na Polônia, a perspectiva de pessoas idosas frágeis revelou a inadequação dos serviços às necessidades dessa população, dentre as dificuldades para acessar a saúde e a assistência social estavam: o desconhecimento sobre a existência de alguns serviços; a suboferta, a longa espera e a localização geográfica dos serviços; a falta de profissional adequado e treinado na área de saúde da pessoa idosa, o baixo funcionamento dos serviços às pessoas mais vulneráveis, dentre outros³⁶.

A preocupação dos serviços sobre a triagem dos pacientes idosos frágeis deve ser acompanhada de intervenções de apoio aos idosos e aos seus cuidadores¹⁵. Na atenção primária, publicações evidenciam a necessidade de se investir na interação entre pacientes e profissionais para melhorar a qualidade da assistência²⁷. Nesse âmbito, a percepção das demandas de cuidados fornece informações importantes sobre as reais necessidades de cuidados de idosos frágeis – contudo, de modo frequente ainda há mais atenção às questões físicas e ambientais que as no domínio psicossocial⁶. No Reino Unido, as pessoas idosas avaliaram bem a assistência recebida, afirmaram confiança e continuidade dos cuidados em saúde a evitar uma internação não planejada agregando medicação, ajudas físicas, adaptações no lar, adoção de estilo de vida saudável e práticas psicossociais³⁵.

As evidências científicas sugerem que as intervenções se atentem a perspectivas multidimensionais de idosos frágeis em alta hospitalar, tenham cautela nos cuidados de transição e reorganize a integração entre o setor primário e secundário da assistência²⁹. O envolvimento da pessoa idosa frágil

em seu cuidado, na tomada de decisão, na transição de cuidados do hospital para o domicílio demanda melhorar a comunicação e a informação²⁹. Para os pacientes aparece como relevante o tipo e a quantidade de ajuda, o acesso e administração de medicamentos, as falhas na comunicação, o receio de estar doente sozinho e preocupação com as atividades de vida diária²⁹. Nesses cuidados de transição também emerge o desejo de que a assistência seja individualizada, integrada, centrada nas necessidades do cliente, e com seu envolvimento nas tomadas de decisão para que se sinta apoiado diante do aumento dos níveis de fragilidade¹⁸. De modo oposto, visualiza-se que a transição de cuidados pode ser prejudicada em virtude da fragmentação na prestação de serviços, da perda de controle sobre o processo em um cenário de diminuição da funcionalidade, adaptação e incertezas em torno do suporte futuro¹⁸.

Para as pessoas idosas frágeis a satisfação com a capacidade de cuidar de si mesmo, tendo 10 ou menos sintomas e não se sentir solitário, teve o melhor poder explicativo para experiências frágeis de idosos de boa saúde devido a possibilidade de gerenciar e manter sua vida cotidiana⁴. Idosos frágeis com mais limitações relatam mais necessidades de cuidados atendidos e não atendidos em todos os domínios. Um estudo descobriu que uma idade mais jovem e um nível educacional mais alto estavam associados à presença de necessidades não atendidas, um presumível efeito de coorte por essa população provavelmente ter uma expectativa mais elevada em relação aos serviços de saúde⁶.

As relações interpessoais no cuidado para pessoa idosa frágil

Essa categoria introduz os diversos aspectos relacionais que modulam o cuidado à pessoa idosa frágil na comunidade. O relacionamento interpessoal, o contato social, a intervenção em contextos comunitários foram particularmente valorizados por esse público^{14,23,31,35,36} como fundamental para prevenção, adesão às intervenções e redução da fragilidade²³.

Ter um objetivo na vida, sentir-se útil e permanecer socialmente ativo poderia ocasionar menos intervenções médicas - perspectiva almejada por esse

público²³. As publicações evidenciam a importância de se interessar pelas experiências das pessoas idosas frágeis; ofertar visitas domiciliares, escuta e o apoio psicossocial na comunidade²³; reconhecer a incidência de ansiedade e depressão nessa população³¹. De modo similar, outro estudo sustenta que a rede de apoio familiar, parentes, vizinhos e amigos reduziram a ansiedade, a hospitalização e foram reconhecidos como fundamentais para o bem-estar³⁵. Visualiza-se uma correlação entre o apoio social e a resiliência a contribuir para uma maior qualidade de vida dos idosos^{35,37}. O convívio social e comunitário expressa-se como uma possibilidade para compensar as perdas⁴². Igualmente, os laços sociais com familiares, vizinhos, cuidadores, autoridades locais aparecem como importante fonte de significado³⁰. Os papéis sociais desempenhados pelas pessoas idosas e as redes se modificam com o tempo, as pessoas idosas frágeis tendem a manter uma rede pequena por causa da dificuldade de estabelecer uma nova rede em virtude da fragilidade e por serem seletivos nas buscas de relacionamentos³⁰.

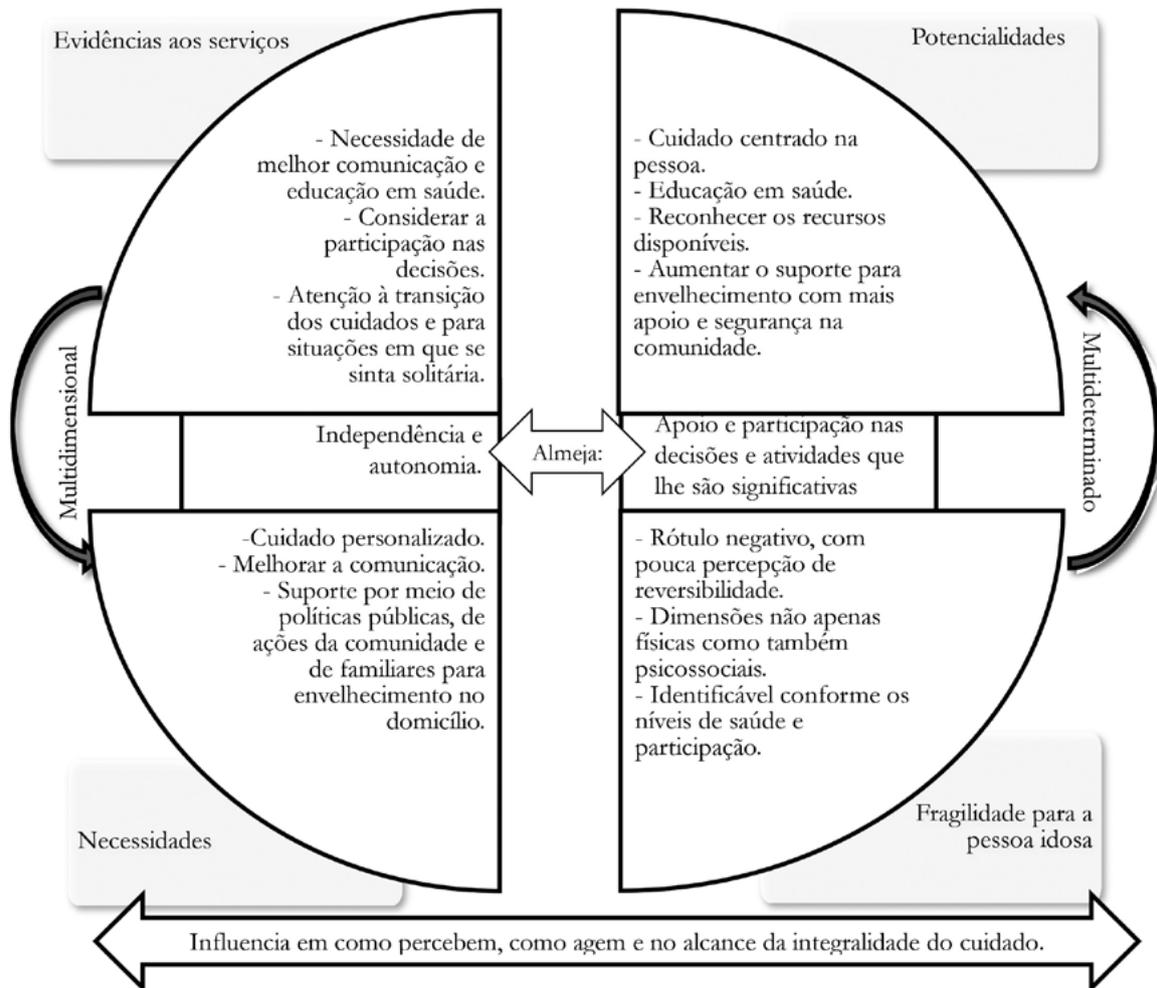
Outro aspecto é reconhecer a solidão como um problema clínico potencial para o idoso frágil que aumenta a utilização dos serviços de saúde³⁹. Um estudo aborda a percepção de pessoas idosas frágeis acerca da solidão existencial baseado no modelo teórico Emmy van Deurzen, a vida da pessoa idosa é caracterizada pela espera, por vivenciar diferentes processos de perdas: em seu ambiente social, de papéis sociais, em seu corpo, dentre outros³⁹. Neste artigo, as evidências científicas sobre o processo de cuidado ao idoso frágil sinalizam que na visão da pessoa idosa estar conectado nas relações sociais não significa quantidade de contatos e sim conversas profundas acerca de assuntos significativos, e por outro lado, a sensação de solidão existencial surge quando as escolhas realizadas desconsideram as opiniões das pessoas idosas³³. De modo semelhante, a literatura reconhece que pode ocorrer um sentimento de despersonalização quando as pessoas idosas não estão envolvidas nas decisões².

Outro estudo denota que a união significativa com parentes, amigos e equipe de saúde (por meio de cuidados centrados na pessoa), bem como a experiência de viver uma vida significativa, de ter seus sentimentos reconhecidos facilitam aliviar a

solidão existencial e contribuem em seu processo de cuidado²⁶. A prevalência do sentimento de solidão, na população idosa frágil, é semelhante à outras pessoas idosas. No entanto, pessoas idosas mais frágeis e solitárias apresentaram pior condição de saúde geral física, psicossocial e utilizaram mais os serviços de saúde comparados aos não solitários³⁹.

Os significados da vida para pessoas idosas frágeis podem ainda estar no âmbito das diferentes necessidades. A luz do modelo teórico de Derkx, as necessidades para a pessoa idosa frágil foram: continuar suas atividades diárias, ter um propósito para o futuro, realizar hobbies, manter a conexão com os filhos e os netos; avaliar seu modo de vida

como moralmente digno; manter o nível de controle e autonomia de suas vidas; se valorizar, ser reconhecido e respeitado pelos outros; perceber a continuidade de sua identidade; manter conexão a parentes e amigos como suporte aos outros apesar de serem frágeis ou ainda uma conexão no âmbito espiritual; excitação na transcendência por meio da arte, da cultura, da natureza e dos acontecimentos da vida³⁰. Assim, a perda ou escassez de sentido manifesta-se como resultado do envelhecimento ou de uma rede de conexão restrita, que pode ocorrer em virtude da falta de propósito, de coerência ou de conexão, desse modo, evidencia-se a importância do ambiente social para manutenção do significado de vida³⁰. Os resultados e discussão estão sintetizados na Figura 2.



Fonte: Os autores.

Figura 2. Evidências científicas sobre o processo de cuidado ao idoso frágil na comunidade, na visão da pessoa idosa. Belo Horizonte, 2019.

Esta revisão tem como limitações não ter abordado a perspectiva de outros atores envolvidos nas configurações do cuidado para pessoa idosa frágil na comunidade. Contudo, contribui para considerar o ponto de vista de pessoas idosas frágeis que é pouco conhecido^{11,18} ao planejar ações de saúde e políticas públicas voltadas para a pessoa idosa. Assim, considerar as necessidades psicossociais das pessoas idosas frágeis⁶ fornece *insights* sobre os riscos que esse público percebe como prioritário²⁸ e quais são suas estratégias de enfrentamento⁴⁰.

CONCLUSÃO

Nesta revisão a maioria dos estudos mostrou a fragilidade na perspectiva da pessoa idosa com especificidades que a difere da operacionalização clínica e influencia no cuidado. A fragilidade aparece como um rótulo predominantemente negativo para a pessoa idosa frágil e com pouca percepção de reversibilidade. As evidências científicas sobre o cuidado na visão da pessoa idosa frágil na comunidade mostram que o foco do cuidado é manter a sua capacidade, funcionalidade e participação nas decisões. Entretanto, essa condição depende também da disponibilidade da rede de apoio, dos recursos comunitários e das políticas públicas. Desse modo, o modelo de cuidado integral, o apoio à pessoa idosa e aos seus cuidadores faz-se necessários para aumentar o suporte ao envelhecimento com mais apoio e segurança durante o maior tempo possível.

A revisão mostrou que os serviços necessitam ofertar uma assistência personalizada, centrada na pessoa, que inclua também aspectos psicossociais, suas narrativas e seus contextos de vida, com

atenção especial aos cuidados de transição e para que as pessoas idosas frágeis não se sintam solitárias. Possibilitou ainda a observação de que, para a pessoa idosa frágil na comunidade, é necessário melhorar a comunicação considerando as escolhas de acordo com os interesses desse público. Desse modo, atenta-se para o fato de que o significado da vida para essa população enfoca também na comunicação, logo uma postura ética no cuidado à pessoa idosa frágil envolve escutá-la.

Os artigos examinados neste estudo refletiram a ausência de consenso a respeito da mensuração da fragilidade. As publicações concentram-se em países desenvolvidos os quais vivenciam há mais tempo o processo de envelhecimento, assim atenta-se para maiores desafios em países em desenvolvimento. A demanda de cuidado à população idosa frágil é enfatizada nos artigos que compuseram esta revisão, perspectiva cada vez mais importante no cenário da sociedade atual. Sugere-se revisão de temas afins como de análise de intervenção junto às pessoas idosas frágeis na comunidade.

O conhecimento atual acerca do cuidado à pessoa idosa frágil na visão do receptor de cuidados na comunidade dá suporte a decisões e melhorias em prol da qualidade de vida dessa população. Desse modo, os profissionais de saúde e as políticas públicas podem realizar ações consonantes com as necessidades desse público. Ademais, os significados e sentidos das experiências de fragilidade e cuidado influenciam no modo como percebem e agem diante desse processo, no alcance da integralidade do cuidado e da qualidade de vida dessa população.

Edição: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial De Saúde. Resumo Relatório Mundial de envelhecimento e Saúde. Genebra: Suíça; 2015.
2. D'Avanzo B, Shaw R, Riva S, Apostolo J, Bobrowich-Campos E, Kurpas D, et al. Stakeholders' views and experiences of care and interventions for addressing frailty and pre-frailty: a meta-synthesis of qualitative evidence. *PloS One*. 2017;12(7): e0180127 [22 p.].
3. Lim WS, Wong SF, Leong I, Choo P, Pang WS. Forging a frailty-ready healthcare system to meet population ageing. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(12):1-16.
4. Ebrahimi Z, Dahlin-Ivanoof S, Eklund K, Jakobsson A, Wilherlmson K. Self-rated health and health-strengthening factors in community-living frail older people. *J Adv Nurs*. 2015;71(4):825-36.

5. Andrade AN, Fernandes MGM, Nóbrega MML, Garcia TR, Costa KNFM. Análise do conceito fragilidade em idosos. *Texto & Contexto Enferm*. 2012;21(4):748-56.
6. Hoogendijk EO, Muntinga ME, Leeuwen KM, Horst HE, Deeg DJ, Frijters DH, et al. Self-perceived met and unmet care needs of frail older adults in primary care. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014;58:37-42.
7. Berglund H, Hasson H, Kjellgren K, Wilhelmson K. Effects of a continuum of care intervention on frail older persons' life satisfaction: a randomized controlled study. *J Clin Nurs*. 2015;24(7-8):1079-90.
8. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2009.
9. Pinheiro RM, Mattos R, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2007.
10. Dury S, Dierckx E, Vorst A, Elst M, Fret B, Duppen D, et al. Detecting frail, older adults and identifying their strengths: results of a mixed-methods study. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1-13.
11. Warmoth K, Lang I, Phoenix C, Abraham C, Andrew M, Hubbard RE, et al. 'Thinking you're old and frail': a qualitative study of frailty in older adults. *Ageing Soc*. 2016;36:1483-1500.
12. Archibald MM, Ambagtsheer R, Beilby J, Chehade MJ, Gill TK, Visvanathan R, et al. Perspectives of frailty and frailty screening: protocol for a collaborative knowledge translation approach and qualitative study of stakeholder understandings and experiences. *BMC Geriatr*. 2017;17(87):1-8.
13. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(Suppl 1):1497-1508.
14. Claassens L, Widdershoven GA, van Rhijn SC, van Nes F, van Groenou MIB, Deeg DJ, et al. Perceived control in health care: a conceptual model based on experiences of frail older adults. *J Aging Stud*. 2014;31:159-70.
15. Shaw RL, Gwyther H, Holland C, Bujnowska M, Kurpas D, Cano A, et al. Understanding frailty: meanings and beliefs about screening and prevention across key stakeholder groups in Europe. *Ageing Soc*. 2017:1-30.
16. Lain R, Ignaszewski C, Klingmann I, Cesario A, Boer WI. SPRINTT and the involvement of stakeholders: strategy and structure. *Aging Clin Exp Res*. 2017;29(1):65-7.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Secretaria de Atenção à Saúde. Distrito Federal: MS; 2014.
18. Walker R, Johns J, Halliday D. How older people cope with frailty within the context of transition care in Australia: implications for improving service delivery. *Health Soc Care Community*. 2015;23(2):216-24.
19. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
20. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
21. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998;11(4):195-206.
22. Etkind SN, Lovell N, Nicholson CJ, Higginson IJ, Murtagh FEM. Finding a 'new normal' following acute illness: a qualitative study of influences on frail older people's care preferences. *Palliat Med*. 2019;33(3):301-11.
23. Avgerinou C, Gardner B, Kharicha K, Frost R, Liljas A, Elaswarapu R, et al. Health promotion for mild frailty based on behaviour change: perceptions of older people and service providers. *Health Soc Care Community*. 2019;27:1333-43.
24. Frost R, Kharicha K, Jovicic A, Liljas A, Iliffe S, Manthorpe J, et al. Identifying acceptable components for home-based health promotion services for older people with mild frailty: A qualitative study. *Health Soc Care Community*. 2018;26:393-403.
25. Schoenborn NL, Rasmussen SEVP, Xue Q, Walston JD, McAdams-Demarco MA, Segev DL, et al. Older adults' perceptions and informational needs regarding frailty. *BMC Geriatr*. 2018;18:1-7.
26. Sjöberg M, Edberg A, Rasmussen BH, Beck I. Being acknowledged by others and bracketing negative thoughts and feelings: Frail older people's narrations of how existential loneliness is eased. *Int J Older People Nurs*. 2019;14: e12213 [9 p.].
27. Vestjens L, Cramm JM, Nieboer AP. Quality of primary care delivery and productive interactions among community living frail older persons and their general practitioners and practice nurses. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):1-12.
28. Verver D, Merten H, Robben P, Wagner C. Perspectives on the risks for older adults living independently. *Br J Community Nurs*. 2017;22(7): 338-45.
29. Andreasen J, Lund H, Aadahl M, Sorensen E. The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2015;10:1-11.

30. Duppen D, Machiels A, Verté D, Dury S, Donder L, Consortium D. Meaning in Life for Socially Frail Older Adults. *J Community Health Nurs*. 2019;36(2):65-77.
31. Frost R, Nair P, Aw S, Gould RL, Kharicha K, Buszewicz M, et al. Supporting frail older people with depression and anxiety: a qualitative study. *Aging Ment Health*. 2019:1-9.
32. Bujnowska-Fedak MM, Gwyther H, Szwamel K, D'Avanzo B, Holland C, Shaw RL, et al. A qualitative study examining everyday frailty management strategies adopted by Polish stakeholders. *Eur J Gen Pract*. 2019;25(4):197-204.
33. Larsson H, Edberg A, Bolmsjö I, Rämgarð M. Contrasts in older persons' experiences and significant others' perceptions of existential loneliness. *Nurs Ethics*. 2019;26(6):1623-37.
34. Abreu W, Tolson D, Jackson GA, Staines H, Costa N. The relationship between frailty, functional dependence, and healthcare needs among community-dwelling people with moderate to severe dementia. *Health Soc Care Community* 2019;27:642-53.
35. Dew R, Wilkes S. Attitudes, perceptions, and behaviours associated with hospital admission avoidance: a qualitative study of high-risk patients in primary care. *Br J Gen Pract*. 2018:460-8.
36. Kurpas D, Gwyther H, Szwamel K, Shaw RL, D'Avanzo B, Holland CA, et al. Patient-centred access to health care: a framework analysis of the care interface for frail older adults. *BMC Geriatr*. 2018;18:1-17.
37. Gibb H. Determinants of resilience for people ageing in remote places: a case study in northern Australia. *Int J Ageing Later Life*. 2018;11(2):9-34.
38. Skilbeck JK, Arthur A, Seymour J. Making sense of frailty: an ethnographic study of the experience of older people living with complex health problems. *Int J Older People Nurs*. 2018;13(1):e12172 [11 p.].
39. Taube E, Kristensson J, Sandberg M, Midlov P, Jakobsson U. Loneliness and health care consumption among older people. *Scand J Caring Sci*. 2015;29(3):435-43.
40. Bielderman A, Schout G, Greef M, Schans C. Understanding how older adults living in deprived neighbourhoods address ageing issues. *Br J Community Nurs*. 2015;20(8):394-9.
41. Sandberg M, Jakobsson U, Midlöv P, Kristensson J. Case management for frail older people: qualitative study of receivers' and providers' experiences of a complex intervention. *BMC Health Services*. 2014;14:2-12.
42. Hillcoat-Nallétamby S. The meaning of "independence" for older people in different residential settings. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69(3):419-30.