



Revista Brasileira de Bioética

Lucas Franca Garcia

Centro Universitário de Maringá
(UniCesumar), Maringá, PR, Brasil.
lucasfgarcia@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-5815-6150>

Ivanil Correia da Silva

Centro Universitário de Maringá
(UniCesumar), Maringá, PR, Brasil.
ivanil_62@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-0274-1120>

Milton Tomiura Amâncio

Centro Universitário de Maringá
(UniCesumar), Maringá, PR, Brasil.
tomiura@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-1676-4841>

Eduardo Delamura Neves

Centro Universitário de Maringá
(UniCesumar), Maringá, PR, Brasil.
eduardodelamura@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-3386-9912>

Janaina Luiza dos Santos

Universidade Federal Fluminense.
janainaluiza@id.uff.br
<https://orcid.org/0000-0002-8664-9569>

Inês Gimenes Rodrigues

Universidade Estadual de Londrina
(UEL), Londrina, PR, Brasil.
igr@uel.br
<https://orcid.org/0000-0002-2887-9454>

Maria Cristina Cescatto Bobroff

Universidade Estadual de Londrina
(UEL), Londrina, PR, Brasil.
crisbob@uel.br
<https://orcid.org/0000-0002-3312-0936>

Marcelo Picinin Bernuci

Programa de Pós-Graduação
em Promoção da Saúde, Centro
Universitário de Maringá (UniCesumar),
Maringá, PR, Brasil.
marcelo.bernuci@unicesumar.edu.br
<https://orcid.org/0000-0003-2201-5978>

Existe a necessidade de cuidados paliativos para idosas na Atenção Primária à Saúde?

Is there a need for palliative care in women elderly in Primary Health Care?

Resumo: Objetivo: Verificar a elegibilidade de mulheres idosas que recebem cuidados domiciliares na Atenção Primária em Saúde para serem assistidas em cuidados paliativos (CP). Método: Estudo transversal desenvolvido no Município de Maringá, Paraná, com 423 mulheres idosas. Resultados: Verificou-se predomínio de mulheres com idade superior a 75 anos, com pouco suporte social e diagnóstico de doenças crônicas. A *Palliative Care Screening Tool* indicou que 70% das idosas são elegíveis para receberem CP, 25% necessitam de avaliação clínica complementar e apenas 5% não são elegíveis. Além disso, a maioria apresentou capacidade funcional alterada com comprometimento da mobilidade e autonomia, variando desde a redução da deambulação, até aquelas totalmente acamadas. Conclusão: A maioria das mulheres idosas deste estudo são elegíveis para CP, evidenciando a importância das políticas públicas e protocolos em atenção primária abordar este assunto, visando a melhoria da qualidade de vida desta população.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Cuidado domiciliar. Promoção da saúde. Cuidado familiar. Qualidade de vida.

Abstract: Objective: To verify the eligibility of elderly women who receive home care in Primary Health Care to be assisted in palliative care (CP). Method: A cross-sectional study developed in the city of Maringá, Paraná, Brazil, with 423 elderly women. Results: There was a predominance of women older than 75 years, with little social support and diagnosis of chronic diseases. The Palliative Care Screening Tool indicated that 70% of the elderly are eligible to receive CP, 25% require complementary clinical evaluation and only 5% are not eligible. In addition, the majority presented altered functional capacity with impairment of mobility and autonomy, since the reduction of ambulation from to totally bedridden ones. Conclusion: The majority of elderly women in this study are eligible for palliative care, showing the importance of public policies and protocols in primary care to address this issue, aiming to improve the quality of life of this population.

Keywords: Palliative care. Home care. Health promotion. Family care. Quality of life.

Aprovação CEP-UNICESUMAR Parecer 1.009.247/2015

Introdução

A ampliação do acesso aos serviços de saúde, aliado à melhora na escolaridade e aos avanços na medicina, bem como melhor controle de doenças infectocontagiosas e maior abrangência das campanhas de vacinação, propiciaram, no decorrer dos anos, um aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, do envelhecimento da população (Jopp, Boerner, Ribeiro, Rott, 2016; Yang, Boen, Gerken, Li et al., 2016). Entretanto, este incremento na longevidade da população não aconteceu de forma equiparada entre homens e mulheres, pois as mulheres vivem, em média, de seis a oito anos mais que os homens (Beirne, Delahay, Young, 2015; Maklakov, Lummaa, 2013). Características biológicas e fatores socioculturais parecem explicar este paradoxo como resultado de comportamentos com relação ao cuidado e à busca por serviços de saúde distintos entre homens e mulheres (Luizaga, Gotlieb, 2013; Turra, Renteria. Guimarães, 2016; Van Oyen, Nusselder, Jagger, Kolip et al., 2013).

A expectativa de vida no mundo aumentou significativamente desde 2000, de acordo com o relatório *World Health Statistics: Monitoring Health for the SDGs*, mas as desigualdades regionais endógenas e exógenas entre os países ainda prevalecem. Diferente dos países desenvolvidos, naqueles em desenvolvimento, a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, resultam em mortes precoces, sobretudo de morte materna, morte infantil antes dos cinco anos por infecções transmissíveis e doenças tropicais, morte antes dos 70 anos por doenças cardiovasculares e câncer, entre outras morbidades (World Health Organization, 2016).

No Brasil, segundo o último senso realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a média de expectativa de vida no país é de 75,5 anos, sendo 71,9 anos para os homens e 79,1 para as mulheres (IBGE, 2015). De acordo com este Instituto, o perfil majoritário de mulheres brasileiras acentua-se mais com a idade, atingindo 61,4% da população com idade igual ou superior a 80 anos. Ainda que a população esteja vivendo mais, não há equivalência entre os anos adicionais e qualidade de vida (QV). Comum nessa fase, são as doenças crônicas não transmissíveis que se iniciam e evoluem lentamente, e levam progressivamente a mais sintomas e à perda da capacidade funcional e da autonomia, além de serem responsáveis por cerca de 70% das mortes no país. Entre elas, as mais comuns são, principalmente, as doenças circulatórias, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes.

Tais doenças podem desencadear depressão e fadiga no decorrer do processo de adoecimento, retroalimentando-se assim, a condição crônica (Brasil, 2011). Neste contexto, a dificuldade de mobilidade destaca-se dentre os fatores que mais agrava a QV dos idosos (Alves, Leite, Machado, 2010; Campos, Ferreira, Vargas, Abdala, 2014; de Oliveira, Hohendorff, Müller, Bandeira et al., 2013).

Este cenário hodierno, caracterizado pelo acréscimo de mulheres com idade avançada e detentoras de limitações funcionais e de autonomia traz uma relevante preocupação ao Sistema Único de Saúde (SUS), o qual terá que se adaptar a esta nova realidade, ou seja, readequar os protocolos assistenciais de atendimento a esta população em seus diferentes níveis de atenção. Além disso, para o enfrentamento desta nova realidade será necessário o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas a manutenção da QV desta população. Em casos de progressão avançada de doenças crônicas, onde não há possibilidade de cura, os pacientes passam a requerer cuidados especiais, baseados no alívio do sofrimento e na melhora da QV, os chamados cuidados paliativos (CP) (Fratezi & Gutierrez, 2011; Monteiro, Kruse, Almeida, 2010). Articular o atendimento do CP na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) pode, portanto, ser uma promissora estratégia a ser utilizada no enfrentamento da dificuldade da assistência à paciente idosa, principalmente no contexto atual marcado pela presença crescente de mulheres com idade cada vez mais avançada e com diagnóstico de doenças degenerativas graves.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), CP “é uma abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida de pacientes adultos ou crianças e de suas famílias, frente a problemas associados a doenças que ameaçam à vida [...]”. Além disto, define que CP é parte crucial no desenvolvimento de um cuidado integrado, abrangente e holístico, centrado no paciente e suas necessidades, em todos os níveis de atenção à saúde. O seu objetivo, como já mencionado, é o alívio da dor, seja ela causada por câncer, doenças crônicas ou fragilidades decorrentes do processo natural de envelhecimento e em estratégias na melhora na qualidade de vida do paciente (Connor, Sepulveda Bermedo, 2014; World Health Organization, 2002). Esta compreensão contemporânea da OMS sobre CP é mais abrangente do que as anteriores e engloba não apenas os cuidados adequados em final de vida, bem como os cuidados a doenças crônicas que não possuem cura, que podem causar danos importantes à saúde das pessoas quando não tratadas, sempre visando a melhoria da qualidade de vida da pessoa, ou seja, focando no viver associado do paciente (Con-

nor, Sepulveda Bermedo, 2014). Kogan, Cheng, Rao, DeMocker et al. (2017) reforçam a importância do CP estar integrado a uma abordagem holística do paciente geriátrico, pois, assim as necessidades do paciente podem ser adequadamente sanadas. Reforçam, ainda, que esta abordagem integrativa ou integradora está de acordo com as melhores evidências científicas disponíveis com relação ao cuidado de pacientes geriátricos e também a importância desta abordagem estar disponíveis em todos os níveis de atenção à saúde, sobretudo à atenção primária.

A APS é o primeiro nível de atenção à saúde e envolve ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e universal, onde deve ou deveria ser preferencialmente, o primeiro contato do cidadão no sistema de saúde. Um dos exemplos mais concretos desta política pública é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que possibilitou a disseminação dos pressupostos da APS no Brasil (Lavras, 2011). Assim, objetivou-se no presente estudo caracterizar o perfil de pacientes idosas que recebem cuidados domiciliares na APS e verificar a elegibilidade das mesmas para assistência em CP. Percebe-se, na prática, que as mulheres idosas diagnosticadas com doenças crônicas quando apresentam alterações e/ou complicações decorrentes destas doenças, necessitam de acompanhamento em seus domicílios e, muitas delas, de CP para controlar seus sintomas físicos, psicológicos e outras demandas clínicas, melhorando, portanto, sua QV.

Método

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal realizado entre os meses de abril a julho de 2015 no Município de Maringá/Paraná. Esta cidade está situada no Noroeste do Estado do Paraná e apresenta planejamento e urbanização recentes, sendo a terceira maior do estado e a sétima mais populosa da região Sul do Brasil. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, a população do sexo feminino compreendia 185.369 habitantes e do sexo masculino 171.748. Segundo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Maringá configura como um dos dois únicos municípios do estado a estar entre os 50 com melhor índice de desenvolvimento humano municipal do país, o que contribui para acentuar a sobrevivência da população e incrementar conseqüentemente o número de pessoas com idades mais avançadas.

População e Amostra

O público alvo do estudo correspondeu a mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, cadastradas para o atendimento em Saúde da Família na APS e que utilizam o serviço domiciliar oferecido pelas 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município, totalizando uma população de 21.536 mulheres.

Utilizou-se uma amostragem aleatória estratificada, já que a população de mulheres acima dos 60 anos atendidas no Município distribuía-se entre as UBS que eram cadastradas. O cálculo amostral foi realizado com o programa estatístico *TabWin*, versão 3.6. O número de pacientes necessário para compor a amostra em cada um dos estratos, correspondendo às UBS, foi calculado de acordo com:

$$n_g = \left(\frac{Z_{\alpha/2}}{e} \right)^2 \frac{N_g}{N} p_g (1 - p_g),$$

em que representou a quantidade de idosas atendidas na *g-ésima* UBS, o número total, a prevalência das características a serem pesquisadas, fixada como 0,5 para todos os grupos, já que não havia informações anteriores sobre as mesmas. Ainda, o nível de significância considerado foi de $\alpha = 5\%$ e o erro máximo admitido entre a estimativa e o valor real do parâmetro foi de $e = 0,05$, isto é, de cinco pontos percentuais. Portanto, o tamanho da amostra total, necessário para estimar as características de interesse das pacientes registradas com idade igual ou superior a 60 anos em Maringá, foi de 430 idosas, distribuídas entre as 29 UBS.

As idosas têm patologias crônico-degenerativas e são acompanhadas pela ESF para controle e melhora das condições de saúde possibilitando a atenção primária domiciliar e evitando internamento hospitalar. As participantes do estudo foram selecionadas por meio dos prontuários clínicos da ESF que, após o sorteio, foram analisados um a um juntamente com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que conhecia as pacientes. Por outro lado, os critérios das escalas utilizadas foram respondidos pelo próprio avaliador com o auxílio do paciente e/ou cuidador principal.

As pacientes foram selecionadas por sorteio aleatório entre as 29 UBS cujo cálculo amostral foi realizado baseado no número de pacientes cadastradas para cada UBS. As visitas domiciliares foram realizadas com o acompanhamento de um ACS de acordo com seu cronograma de visitas. Foram incluídas idosas de 60 anos ou mais,

atendidas pela ESF, dispostas a participar do estudo, preencher e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), responder ao questionário validando e complementando os dados coletados do prontuário (previamente inseridos no questionário) e responder às perguntas do avaliador necessárias ao preenchimento das escalas. Não houve recusas. As pacientes excluídas do estudo ($n = 7$) foram as que não tinham condições cognitivas ou de saúde para responder aos questionários sendo que, para a exclusão das participantes considerou-se o histórico do atendimento das mesmas pela ESF da UBS e suas condições no momento das visitas para as entrevistas. As pacientes com diagnóstico de doença neurodegenerativa foram incluídas no estudo, porém, para estas, o cuidador ou ACS auxiliou nas respostas a alguns dos questionamentos realizados durante a coleta dos dados.

Protocolo do estudo

No presente estudo foram investigados: a) perfil sociodemográfico; b) suporte social; c) condições de saúde; e d) elegibilidade de CP. Os dados referentes ao perfil sociodemográfico, suporte social e condições de saúde foram coletados através da aplicação de um questionário semiestruturado durante visita domiciliar. Para a verificação da elegibilidade de CP foram utilizados três instrumentos de avaliação: 1) escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST); 2) *Palliative Performance Scale* (PPS); e 3) Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton – ESAS (*Edmonton Symptom Assessment*). Tais instrumentos foram escolhidos por possibilitarem uma abordagem objetiva para o rastreamento das pacientes, devido à facilidade e uso rápido dos mesmos, por possibilitarem a inclusão de doenças crônicas não transmissíveis; além disso, não se limitam à avaliação do estado funcional por si só e não substituem ou excluem a avaliação clínica de profissionais de saúde.

A PCST visa, por meio de graduação pré-definida entre 0 e 28 pontos, considerar a necessidade ou não de CP baseado em quatro critérios: 1) doenças de base; 2) doenças associadas; 3) condição funcional; e 4) condições pessoais (Lucchetti et al., 2009). As doenças de base foram classificadas em cinco grupos distintos: câncer; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) avançada; sequela de acidente vascular cerebral; insuficiência renal grave; e, outras doenças limitantes à vida. As doenças associadas consideradas no estudo foram: doença hepática; doença renal moderada; DPOC moderada; insuficiência cardíaca congestiva moderada; outras doenças associadas. A condição funcional referiu-se ao fato de a paciente ser totalmente independente e ativa ou totalmente passiva e dependente. A condição pessoal referiu-se

à necessidade da paciente em pedir ajuda para decisões complexas de tratamento e questões psicológicas ou espirituais não definidas, considerando também o histórico de internações recentes. De acordo com a graduação pré-definida na escala, escores inferiores ou iguais a 2 pontos indicaram não haver necessidade de CP; 3 pontos, necessidade de uma avaliação clínica adicional; e maior ou igual a 4 pontos, elegibilidade para CP.

A PPS visa, por meio de graduação percentual pré-definida, considerar o nível funcional da paciente baseado em cinco critérios: 1) mobilidade; 2) evidências de doenças; 3) autocuidado; 4) ingestão de alimentos; e 5) estado de consciência (Babcock et al., 2016). De acordo com a graduação pré-definida na escala, pontuação inferior a 30% indica que a paciente se encontra totalmente acamada; entre 30 e 50% indica que a paciente passa a maior parte de seu tempo sentada ou deitada; 50 a 99% indica apenas deambulação com algum prejuízo.

A ESAS visa, por meio de graduação pré-definida, considerar a condição de saúde da paciente baseada em nove sintomas: 1) dor; 2) cansaço; 3) náuseas; 4) depressão; 5) ansiedade; 6) sonolência; 7) falta de apetite; 8) sensação de mal-estar; e 9) falta de ar. De acordo com a graduação pré-definida na escala, a intensidade dos sintomas varia entre 0 a 10, sendo que os escores mais altos representam pior intensidade dos sintomas.

Análise dos resultados

A análise descritiva das respostas das entrevistadas, de acordo com a seção do questionário, foi realizada com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*) com a construção de gráficos de setores, de barras, de caixas (*box plot*) e histogramas, além de tabelas de frequência para a representação dos resultados. Os dados são apresentados como média \pm SEM.

Aspectos éticos

O estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR) com o parecer nº 1.009.247/2015 e autorizado pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos, Portaria nº 004/2013, da Secretaria Municipal de Saúde sob o ofício nº 1788/2014. Todas as participantes do estudo concordaram em participar da pesquisa e após o processo de consentimento informado assinaram o TCLE.

Resultados

Caracterização sociodemográfica e condições de saúde

A idade média das participantes do estudo foi de $76,95 \pm 8,92$ anos, tendo a maioria delas idade entre 70 a 80 anos. Quanto ao grau de escolaridade, foi observado uma variabilidade de 1 a 4 anos. Mais da metade das entrevistadas eram viúvas. A maioria afirmou ser católica. Aproximadamente 100% das idosas relataram o uso de medicamentos contínuos, sendo que 82% são hipertensas, 35% tem diabetes mellitus, 17% depressão, 12% cardiopatia, 10% Doença de Alzheimer, 9% referiram ter tido acidente vascular cerebral e cerca de 60% outras doenças (osteoporose, artrose, fibromialgia, colesterolemia, hipo ou hipertiroidismo).

Com relação aos dados referentes aos escores obtidos na escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, no momento da entrevista, medido em uma escala de 0 a 10, na qual 0 representa a ausência do sintoma e 10 a maior manifestação possível do sintoma, dor, ansiedade e sensação de mal-estar configuraram como os sintomas mais relevantes referenciados pelas idosas (média dos escores: 4,94; 4,11; 3,62; respectivamente) e náusea, falta de ar e depressão como menos relevantes (média dos escores: 0,6; 1,5; 2,2; respectivamente).

Caracterização do suporte social

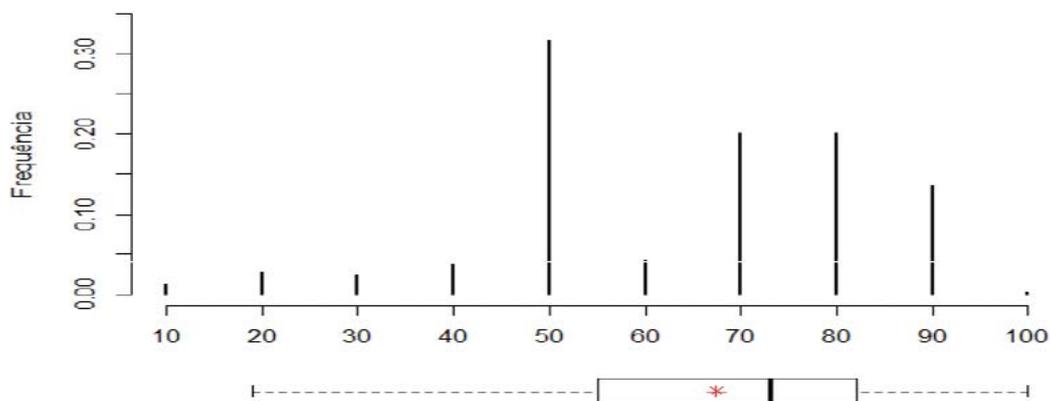
Quando questionadas sobre as pessoas com quem moram, quase 45% das entrevistadas informaram morar com os filhos, ao passo que 34% relataram residir com o companheiro, e 15% indicaram morar sozinhas. Cerca de 80% das entrevistadas alegou que não participa de grupos comunitários. Uma parcela menor (15% do total das participantes) frequenta um grupo na UBS e outras (6%) de grupos religiosos. Ressalta-se que algumas dessas disseram que participam de mais de um grupo. A maioria das participantes (80%) informou que, caso ficassem doentes, os filhos seriam os primeiros a ajudá-las seguidos do conjugue (8%). Quando indagadas sobre a pessoa que tomaria decisões sobre sua saúde caso estivessem impossibilitadas, a maioria (77%) também respondeu que seriam os filhos, seguido do conjugue (8%) e uma menor parcela (2,4%) relatou que ninguém tomaria as decisões em seu lugar (dados não mostrados).

Identificação da elegibilidade para CP

A Figura 1 apresenta os resultados dos escores obtidos na escala *Palliative Performance Scale* (PPS), referentes ao nível funcional da paciente com graus de deambulação

variando entre 0% a 100%, onde 100% indica que o paciente está totalmente ativo e 0% indica óbito. A média dos escores obtidos foi de 70%, indicando que a maioria das idosas apresenta deambulação reduzida, devido às doenças associadas como as doenças de articulações. Cerca de metade delas apresentaram deambulação prejudicada (escores iguais ou superiores a 70%), 32% passam a maior parte do tempo sentada ou deitada (escore igual a 50%), e 6% passam todo o tempo acamada (escores iguais ou inferiores a 30%).

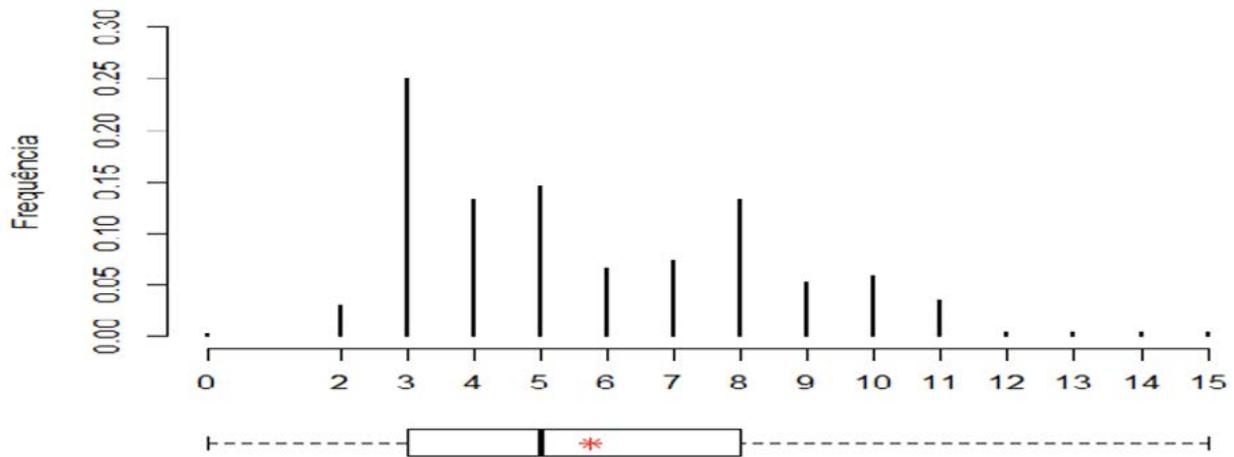
Figura 1: Distribuição de frequências das respostas referentes à escala *Palliative Performance Scale* (PPS) de mulheres idosas usuárias das unidades básicas de saúde. Maringá/ PR, 2015.



Fonte: dados da pesquisa.

Os dados referentes à distribuição de frequências da soma dos escores obtidos em todos os critérios da escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST) estão apresentados na Figura 2. Das 423 pacientes analisadas 296 atingiram pontuação maior ou igual a 4 pontos e são, portanto, elegíveis para CP; 106 necessitariam de avaliação clínica adicional para confirmar a elegibilidade para CP, pois obtiveram 3 pontos na pontuação da escala; e, apenas 21 foram inelegíveis para receber CP, ou seja, atingiram escores inferiores ou iguais a 2 pontos na escala.

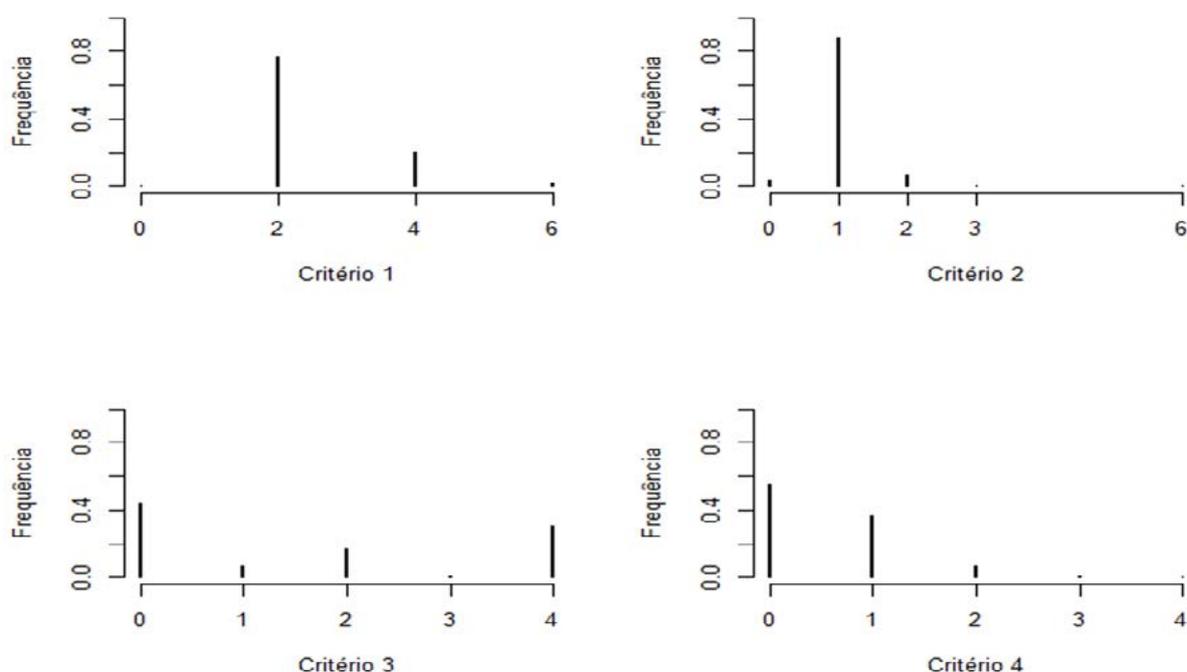
Figura 2: Distribuição de frequências da soma dos escores obtidos em todos os critérios da escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST) de mulheres idosas usuárias das unidades básicas de saúde. Maringá/ PR, 2015.



Fonte: dados da pesquisa.

A Figura 3 apresenta a distribuição de frequências da pontuação obtida nos quatro critérios da escala PCST. Para o *primeiro critério*, relacionado às doenças de base, a pontuação 2 foi atingida pela maioria (77%) o que indicou que as idosas tinham apenas uma das cinco doenças de base presentes no instrumento de avaliação. No *critério dois* a pontuação 1 foi atingida por 88% indicando que a maioria das participantes apresentava pelo menos uma das doenças associadas descritas no instrumento de avaliação ou outras declaradas pelas mesmas. No que se refere à condição funcional, *critério três*, 44% das idosas não pontuaram, indicando que as mesmas se apresentavam independentes e ativas; 17% delas atingiram pontuação 2, o que indicou que tinham dificuldades para a realização de atividades cotidianas e mais de 30% atingiram a pontuação 4, ou seja, apresentavam-se totalmente dependentes. Para o *critério 4*, que avaliou o estado cognitivo e o histórico de internações relacionados à doença de base, mais da metade das idosas (54,8%) não pontuaram, indicando ausência dos sinais e sintomas avaliados e 36% atingiram pontuação igual a 1, indicando problemas cognitivos e internações recentes, frequentes, prolongadas e com mau prognóstico.

Figura 3: Distribuição de frequências dos escores obtidos entre quatro critérios da escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST) de mulheres idosas usuárias das unidades básicas de saúde. Maringá/ PR, 2015.



Fonte: dados da pesquisa.

Discussão

A garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade direcionados à população idosa apresenta-se como novo desafio para o planejamento da atenção à saúde. O conhecimento das necessidades e limitações dos idosos, assim como dos fatores que determinam o uso de serviços de saúde e das condições sociais, é importante para subsidiar o planejamento da atenção à saúde para essa população. Neste sentido, a apropriação do conhecimento sobre CP pelos profissionais que atuam na rede de APS ou a inclusão de uma equipe específica com competência em CP, surge como uma estratégia a ser utilizada no enfrentamento da dificuldade da assistência ao paciente idoso, principalmente no contexto atual marcado pela crescente presença de mulheres portadoras de doenças degenerativas graves e com dificuldades de mobilidade. Dessa forma, além de caracterizar o perfil e as necessidades da paciente idosa que recebe atendimento domiciliar identificou-se também a elegibilidade das mesmas para serem assistidas em CP.

A maioria das participantes com dificuldades de mobilidade investigadas no presente estudo apresenta doenças de causas isquêmicas e metabólicas, seguidas de doenças mentais (depressão) e degenerativas. Mais de 80% foram diagnosticadas com hipertensão arterial sistêmica o que não é diferente da média dos idosos brasileiros cuja prevalência de hipertensão ultrapassa 65% (Renovato, Bagnato, 2012). A alta prevalência de diabetes torna também essa população mais vulnerável, uma vez que esta doença é altamente limitante por causar cegueira, amputações, nefropatias, complicações cardiovasculares e encefálicas (Reis Silva Paulo, Conterato Gomes, Ribeiro Santos, Destro Christofaro et al., 2014). Geralmente, 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica (Silvestre, da Costa Neto, 2003) o que não significa, necessariamente, que estes idosos sejam pessoas dependentes e incapazes, mas que, se não cuidados com atenção têm grandes chances de desenvolverem dificuldades de mobilidade e requererem cuidados especiais. Para a população feminina, este fato pode ser ainda mais dramático, visto que a probabilidade de as mulheres receberem atenção domiciliar é 1,4 vezes maior quando comparada aos homens (Cavalcanti, 2010), sugerindo a importância da caracterização das necessidades requeridas por essa população específica.

Assim como para a população aqui investigada, e para outras regiões do país, a idade de mulheres idosas com dificuldades de mobilidade varia entre 70 a 80 anos, as quais possuem baixo nível de escolaridade (Baruel Okumura, Okumura, Reis, Godoy et al., 2016; Jessup, Osborne, Beauchamp, Bourne et al., 2017), sendo em sua maioria viúvas (Moreira, Pereira, Diniz, Silva, 2012; Tribess, Virtuoso, Petroski, 2009) e católicas (Souza, Honorato, Xavier, Pereira et al., 2012). De fato, a probabilidade dos idosos brasileiros receberem cuidados domiciliares depende das condições sociodemográficas, sendo maior para aqueles com mais de 80 anos, para os que tem baixa escolaridade e para aqueles de classes econômicas desprovidas (Wachs, Nunes, Soares, Facchini et al., 2016). Em relação ao suporte social, estudos brasileiros constatam que os trabalhos em grupo realizados com idosas é um instrumento essencial para a promoção e educação em saúde (Durante, Rodigheri, Rockenbach, Pimentel et al., 2014; Maron, Guzzo, Grando, 2014). Dentre as participantes no presente estudo, aproximadamente 80% afirmaram não fazer parte de grupos comunitários, o que pode ser interpretado como um agravo à saúde e um limitante na QV. Além disso, a presença da família é fator fundamental de suporte e contribuição no tratamento, sendo insubstituível como fonte de confiança e afeto para a paciente idosa (Vianna, Vianna, Bezerra, 2010).

O fato de a maioria das participantes deste estudo residirem com seus filhos e de que estes tomam a maioria das decisões sobre os eventos relacionados à saúde destas, sugere a necessidade da inserção dos filhos nas estratégias de cuidado e de promoção da saúde direcionadas para a população em questão, sobretudo para aquelas elegíveis a receberem CP.

O sofrimento com as dores crônicas e dispneia configuram como as principais causas da permanência das pacientes em seu leito ou cadeira e surgem muitas vezes em decorrência da progressão das doenças de base (Amblàs-Novellas, Murray, Espauella, Martori et al., 2016). De fato, foram observados no presente estudo que a maioria das pacientes com limitações de mobilidade referiram dor e sensação de mal-estar. Nesse sentido, o consumo de fármacos entre os idosos costuma ser frequente e o controle da ingestão adequada da medicação é sem dúvida prejudicado pela limitação de mobilidade e, por isso, requer cuidados especiais para garantir melhor prognóstico e QV (Fiss, Dreire, Meinke, van den Berg, Ritter et al., 2011). Nesta pesquisa, quase a totalidade das idosas apresentaram comprometimento da mobilidade, variando desde redução da deambulação, até aquelas que se encontravam totalmente acamadas. A imobilidade, além de restringir a autonomia e independência, pode trazer prejuízos ao sistema muscular, esquelético, gastrointestinal, urinário, cardiovascular, respiratório e cutâneo, conferindo grande limitação e podendo contribuir ainda mais para a redução da QV das idosas (Eisele, Kaduszkiewicz, König, Lange et al., 2015).

Constata-se, no presente estudo, que a população idosa feminina que recebe atendimento domiciliar ofertado pelo SUS carece de cuidados adequados, visto que apresentam condições de saúde compatíveis com a indicação de assistência em CP. Este fato sugere a necessidade da articulação das equipes de trabalho especializadas em CP e as equipes de saúde das UBS, a fim de reconhecer a necessidade de utilização desses serviços e estabelecer elos para a compreensão multidimensional de cada caso em particular identificando, assim, os pacientes que demandam CP.

Desta maneira, os profissionais que compõem a equipe de APS podem atuar orientando as famílias nas questões relacionadas ao adoecimento e nas questões legais, com benefícios sociais e aposentadorias. A equipe deverá ser aprimorada, no sentido de direcionar os cuidados para a QV do paciente e não objetivar a cura da doença. Um envelhecimento bem-sucedido é mais que a ausência de doença, ou seja, é a preservação e manutenção da autonomia, independência e da QV, sendo crucial uma avaliação funcional que permita detectar situações de risco, monitorar o declínio fun-

cional do idoso, estabelecer um plano de cuidados adequados às demandas assistenciais. A aplicação de ferramentas que subsidiem a elegibilidade para CP, de forma simples e rápida, como as utilizadas no presente estudo, pode contribuir para ampliar a identificação da população com necessidades desses cuidados e delimitar protocolos assistenciais e políticas públicas referentes ao cuidado ao paciente idoso em geral, especialmente à paciente idosa, foco deste artigo

Limitações do estudo

Embora este seja um estudo de carácter regional, a técnica de amostragem e os diversos instrumentos e análises estatísticas utilizadas para legitimar os resultados viabilizam que os dados aqui revelados possam ser aplicados para a população idosa feminina de outras regiões do Brasil. A utilização de instrumentos de avaliação de elegibilidade para CP validados para pacientes internados em hospitais em condições de saúde debilitantes pode também ser um fator de limitação. No entanto, mesmo que a população aqui investigada apresentasse condições de saúde muito variadas, a maioria encontrava-se com graves limitações de mobilidade o que foi considerado nos diversos instrumentos utilizados. O componente subjetivo de avaliação da dor também pode trazer um viés aos resultados, mesmo assim, os pesquisadores cuidadosamente explicaram às idosas o significado das escalas de dor, referindo-se sempre com exemplos esclarecedores.

Contribuições do estudo

A constatação de que a maioria das mulheres idosas atendidas em domicílio apresentam: capacidade funcional alterada, limitada à cadeira ou ao leito; referência de dor e outros sintomas, reforça a necessidade da implementação de equipes de saúde da família com capacitação específica em CP. Neste cenário, a atuação do profissional de enfermagem é decisiva, pois provém além do cuidado da saúde física do paciente uma interação proativa com possibilidade de dialogar saberes para o fortalecimento da autonomia das pessoas, sejam elas profissionais de saúde, família e/ou usuários do serviço. Considerando a possibilidade da inserção de CP na APS há necessidade de uma abordagem holística com implementações de orientações para o autocuidado aliado às estratégias que favoreçam mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis pela família, o que demanda suporte, orientações contínuas e educação permanente dos profissionais de saúde, em especial, do enfermeiro.

Conclusão

Conclui-se que a maioria das mulheres idosas em cuidados domiciliares são elegíveis para assistência em CP. Desta maneira, sugere-se a inclusão e a articulação de uma equipe especializada em CP nas UBS para atuar na Atenção Primária em Saúde e contribuir para a melhora da QV dessas pessoas.

Desta maneira, se sabemos que iremos ter no futuro tantas mulheres com idades avançadas e com sérios problemas de mobilidade, autonomia e redução de QV e que os CP podem ser uma estratégia de cuidado adequado desta população, é importante pensarmos em estratégias que visem a humanização do atendimento a mulheres idosas na APS por meio da educação permanente dos profissionais da saúde, pois somente o domínio da técnica não é suficiente para o cuidado adequado e melhora da QV desta população.

Sugerem-se ainda outros estudos utilizando os mesmos instrumentos a fim de produzir evidências científicas capazes de dar suporte a novos protocolos assistenciais e políticas públicas que atendam às necessidades de cuidado desta população em específico.

Suporte financeiro ao estudo:

Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICETI), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Observação:

Trabalho desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da UniCesumar (mestrado), cujos resultados parciais foram apresentados e publicados nos Anais do EPPC-UniCesumar.

Referências

1. Alves LC; Leite I da C; Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. Revista de Saúde Pública 2010; 44(3): 468-478. Acessível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000009>
2. Amblàs-Novellas J; Murray SA; Espauella J; Martori JC; Oller R; Martinez-Muñoz M et al. Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study of prognostic indicators related to end-of-life trajectories. BMJ Open 2016; 6(9): e012340.

3. Babcock M; Gould Kuntz J; Kowalsky D; Calitri N; Kenny AM. The Palliative Performance Scale Predicts Three- and Six-Month Survival in Older Adult Patients Admitted to the Hospital through the Emergency Department. *Journal of Palliative Medicine* 2016; 19(10):1087-1091. Acessível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0011>
4. Baruel Okumura PC; Okumura LM; Reis WCT; Godoy RR; Cata-Preta B de O; de Souza TT; Fávero MLD; Correr CJ. Comparing medication adherence tools scores and number of controlled diseases among low literacy patients discharged from a Brazilian cardiology ward. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2016; 38(6):1362-1366. Acessível em: <https://doi.org/10.1007/s11096-016-0390-6>
5. Beirne, C., Delahay, R., & Young, A. Sex differences in senescence: the role of intra-sexual competition in early adulthood. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences* 2015; 282(1811): 20151086. Acessível em: <https://doi.org/10.1098/rspb.2015.1086>
6. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, & Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (2011); In Série B. Textos Básicos de Saúde.
7. Campos ACV; Ferreira EF; Vargas AMD; Albala C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health and Quality of Life Outcomes* 2014; 12(1):166. Acessível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0166-4>
8. Cavalcanti CL. Envelhecimento e obesidade: Um grande desafio no século XXI. *Revista Brasileira de Ciências Da Saúde* 2010; 14(2): 87–92. Acessível em: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2010.14.02.12>
9. Connor SR; Sepulveda Bermedo MC (Eds.). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. World Health Organization, 2014. Acessível em: <http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/>
10. de Oliveira SES; Hohendorff J; Von Müller JL; Bandeira DR; Koller SH; Fleck MP de A; Trentini CM. Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly. *Cadernos de Saúde Pública* 2013; 29(7): 1437–1448. Acessível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700017>
11. Durante A; Rodigheri A; Rockenbach CWF; Pimentel GL; Leguisamo CP; Calegari L. Treinamento muscular inspiratório melhora a força muscular respiratória e o pico de fluxo expiratório em idosos hipertensos. *ConScientiae Saúde* 2014; 13(3). Acessível em: <https://doi.org/10.5585/conssaude.v13n3.4703>

12. Eisele M; Kaduszkiewicz H; Konig HH; Lange C; Wiese B; Prokein J at al. Determinants of health-related quality of life in older primary care patients: results of the longitudinal observational AgeCoDe Study. *British Journal of General Practice* 2015; 65(640): e716-e723. Acessível em: <https://doi.org/10.3399/bjgp15X687337>
13. Fiss T; Dreier A; Meinke C; Van Den Berg N; Ritter CA; Hoffmann W. Frequency of inappropriate drugs in primary care: analysis of a sample of immobile patients who received periodic home visits. *Age and Ageing* 2011; 40(1): 66-73. Acessível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afq106>
14. Fratezi FR; Gutierrez BAO. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(7): 3241-3248. Acessível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800023>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábuas Completas de Mortalidade. Brasília: IBGE. 2015.
16. Jessup RL; Osborne RH; Beauchamp A; Bourne A; Buchbinder R. Health literacy of recently hospitalised patients: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Health Services Research* 2017 17(1): 52. Acessível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1973-6>
17. Jopp DS; Boerner K; Ribeiro O; Rott C. Life at Age 100: An International Research Agenda for Centenarian Studies. *Journal of Aging & Social Policy* 2016; 28(3): 133-147. Acessível em: <https://doi.org/10.1080/08959420.2016.1161693>
18. Kogan M; Cheng S; Rao S; DeMocker S; Koroma Nelson M. Integrative Medicine for Geriatric and Palliative Care. *Medical Clinics of North America* 2017; 101(5): 1005-1029. Acessível em: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.04.013>
19. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade* 2011; 20(4): 867-874. Acessível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>
20. Lucchetti G; Neto AMB; Ramos SAC; Faria L de FC; Granero AL; Pires SL; Gorzoni ML. Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência. *Geriatrics e Gerontologia* 2009; 3(3): 104 -108.
21. Luizaga CT de M; Gotlieb SL. D. Mortalidade masculina em três capitais brasileiras, 1979 a 2007. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2013; 16(1): 87–99. Acessível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100009>
22. Maklakov AA; Lummaa V. Evolution of sex differences in lifespan and aging: Causes and constraints. *BioEssays* 2013; 35(8): 717-724. Acessível em: <https://doi.org/10.1002/bies.201300021>
23. Maron L C; Guzzo P C; Grando T. Grupos de saúde na atenção básica: experiências

- de enfermeiras residentes. *Revista Contexto & Saúde* 2014; 14(27): 81-86. Acessível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2014.27.81-96>
24. Monteiro D da R; Kruse MHL; Almeida M de A. Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2010; 31(4): 785-793. Acessível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400024>
25. Moreira TM; Parreira BDM; Diniz MA; da Silva SR. Conhecimento das mulheres idosas sobre doenças sexualmente transmissíveis, conhecimento, uso e acesso aos métodos preventivos. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2012; 14(4): 803-810.
26. Reis Silva Paulo; Conterato Gomes I; Ribeiro Santos V; Destro Christofaro DG; Castellano SM; Fortes Freitas Júnior I. Atividade física e estado nutricional: fator de proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em idosas? *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde* 2014; 27(4): 527–532. Acessível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2014.p527>
27. Renovato RD; Bagnato MHS. Idosos hipertensos na atenção básica em saúde: discursos e identidades. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2012; 15(3): 423–431. Acessível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000300004>
28. Silvestre JA; da Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(3): 839–847. Acessível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300016>
29. Souza NMG; Honorato SMA; Xavier ATda F; Pereira FGF; de Ataíde MBC. Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes Mellitus. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2012; 33(1): 139-146. Acessível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100019>
30. Tribess S; Virtuoso Jr JS; Petroski EL. Atividade Física e Aspectos Sociodemográficos de Mulheres Idosas. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2009; 33(3): 336-348. Acessível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.p86>
31. Turra CM; Renteria E; Guimarães R; The Effect of Changes in Educational Composition on Adult Female Mortality in Brazil. *Research on Aging* 2016; 38(3): 283–298. Acessível em: <https://doi.org/10.1177/0164027515620245>
32. Van Oyen H; Nusselder W; Jagger C; Kolip P; Cambois E; Robine JM. Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the “health–survival” paradox. *International Journal of Public Health* 2013; 58(1): 143–155. Acessível em: <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0361-1>
33. Vianna LG; Vianna C; Bezerra AJC. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2010; 34(1): 150–159. Acessível

em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000100018>

34. Wachs LS; Nunes BP; Soares MU; Facchini LA; Thumé E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública* 2016; 32(3). Acessível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00048515>
35. World Health Organization. *World health statistics 2016 - monitoring health for the SDGs* Genebra: World Health Organization, 2016.
36. World Health Organization (WHO). *Innovative Care for Chronic Conditions*. Genebra: World Health Organization, 2016.
37. Yang, Y. C; Boen C; Gerken K; Li T; Schorpp K; Harris KM. Social relationships and physiological determinants of longevity across the human life span. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2016; 113(3): 578-583. Acessível em: <https://doi.org/10.1073/pnas.1511085112>

Recebido: 23/09/2020. Aprovado: 09/12/2020.