LILIAN RUTH
MARTHA APARECIDA DA SILVA

SAÚDE DO IDOSO

BELO HORIZONTE / MG

ADASTRA
EDITORA

PROMOÇÃO DA SAÚDE

AUTORES

LILIAN RUTH
MARTHA APARECIDA DA SILVA

ADASTRA EDITORA LTDA

Avenida Afonso Pena, 941 – 4º andar
Centro
CEP: 30.130-002 – Belo Horizonte – MG



SAÚDE DO IDOSO

610.73
R974s

Ruth, Lilian.

Saúde do idoso / Lilian Ruth, Martha Aparecida da Silva.
Belo Horizonte – MG : Adastra Editora, 2015.
62 f. ; il.,

ISBN 978-85-69111-48-1

Apostila de Técnico em Enfermagem .

1. Diabetes. 2. Pressão Arterial. 3. Cuidados com idoso. I. Título.

CDD: 610.73



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

● UNIDADE I - INTRODUÇÃO AO ENVELHECIMENTO

1. Demografia do envelhecimento 07
2. Conceituando a saúde do idoso 07
3. Situações de risco / idoso frágil / ambiente protegido ... 09
   - Ideias-chave
   - Recapitulando
   - Para fixar o conteúdo

● UNIDADE II - ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

1. Políticas públicas para o idoso 12
2. O atendimento ao idoso na rede pública assistencial 14
3. Promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos 18
   - Ideias-chave
   - Recapitulando
   - Para fixar o conteúdo

● UNIDADE III - ALTERAÇÕES RELACIONADAS COM A IDADE

1. Aspectos gerais do envelhecimento 26
2. Alterações fisiológicas do envelhecimento ou processo de envelhecimento biológico 27
   - Ideias-chave
   - Recapitulando
   - Para fixar o conteúdo

● UNIDADE IV - ASPECTOS DOS CUIDADOS DE SAÚDE DO IDOSO

1. A saúde bucal do idoso 32
2. A saúde nutricional 33
3. Suporte familiar e social 34
4. Violência intrafamiliar e maus tratos contra a pessoa idosa 36
5. Envelhecimento e medicamentos 36
6. Latrogenia 37
7. Cuidados paliativos 38
   - Ideias-chave
   - Recapitulando
   - Para fixar o conteúdo

● UNIDADE V - DISTÚRBIOS DA PRESSÃO ARTERIAL E PECULIARIDADES EM DIABETES MELLITUS NO IDOSO

1. Distúrbios da pressão arterial no idoso 42
2. Peculiaridades em diabetes mellitus no idoso 43
   - Ideias-chave
   - Recapitulando
   - Para fixar o conteúdo

● UNIDADE VI - SÍNDROMES GERIÁTRICAS

1. Instabilidade postural/ mobilidade comprometida/ quedas/ tonteira 47
2. Incontinência urinária 47
3. Incontinência fecal 48
4. Osteoporose 48
5. Fraturas 49
6. Distúrbio do sono 49
7. Problemas nos pés 49
8. Pirose e indigestão 49
9. Aids em idosos 50
   - Ideias-chave
   - Recapitulando
   - Para fixar o conteúdo

● UNIDADE VII - DISTÚRBIOS NA SAÚDE MENTAL DO IDOSO

1. Insuficiência cerebral – incapacidade cognitiva 54
2. Depressão 54
3. Delírio 54
4. Demência 54
5. Doença de Alzheimer 55
6. Doença de Parkinson 55
   - Ideias-chave
   - Recapitulando
   - Para fixar o conteúdo

● ESTUDOS DE CASO

- Caso 1 58
- Caso 2 58

● SITES E LINKS ÚTEIS 59

● BIBLIOGRAFIA 59

● ANEXOS

Anexo A - Mini Exame do Estado Mental (MEEM) 60
Anexo B - Escala de Depressão Geriátrica Abreviada 61
Anexo C - Cartão de Jaeger 62

SAÚDE DO IDOSO
Introdução

A população idosa, no Brasil, tem crescido significativamente nos últimos anos. Isso se deve a vários fatores, dentre os quais a queda do número de nascimentos e o aumento da expectativa de vida. Assim, a saúde do idoso se destaca, estimulando o desenvolvimento de especialidades médicas, como gerontologia e geriatria e da política nacional do idoso, e ganhando importante espaço nos cursos de enfermagem (Zimerman, 2000; Murta, 2008).

A atuação da enfermagem junto à pessoa idosa acontece em diferentes contextos, tais como: na equipe de Saúde da Família, hospitais, em clínicas para idosos, no atendimento domiciliar terapêutico, em ILPIs, em centros comunitários, entre outros.

À frente do grupo das dez principais causas da carga de doença no Brasil já estavam, em 1998, o diabetes, a doença isquêmica do coração, a doença cérebro-vascular e o transtorno depressivo recorrente. Segundo a Organização Mundial de Saúde, até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (Minas Gerais, 2006). “Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos” (Minas Gerais, 2006, p.?).



Charge para debate e análise em sala

Diante do exposto, esse componente curricular tem como objetivo auxiliar o aluno do curso técnico de enfermagem na abordagem da pessoa idosa, disponibilizando o conhecimento dos principais aspectos relacionados à sua saúde, bem como da assistência de enfermagem a esse público.

São abordados demografia do envelhecimento, conceitos relacionados à saúde do idoso, situações de risco, políticas públicas, atendimento na rede pública assistencial, promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, aspectos gerais do envelhecimento, alterações fisiológicas, cuidado de saúde do idoso, síndromes geriátricas e distúrbios na saúde mental.

CURIOSIDADES

Dicas de alimentação saudável para os idosos

- Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Evite pular as refeições;
- Inclua diariamente seis porções do grupo dos cereais (arroz,milho, trigo, pães e massas), tubérculos como a batata, raízes como mandioca/ macaxeira/ aipim, nas refeições. dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural;
- Coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches;
- Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde;
- Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis;
- Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina;
- Diminua a quantidade de sal na comida;
- Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
- Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as o consumo de bebidas alcoólicas e o fumo.

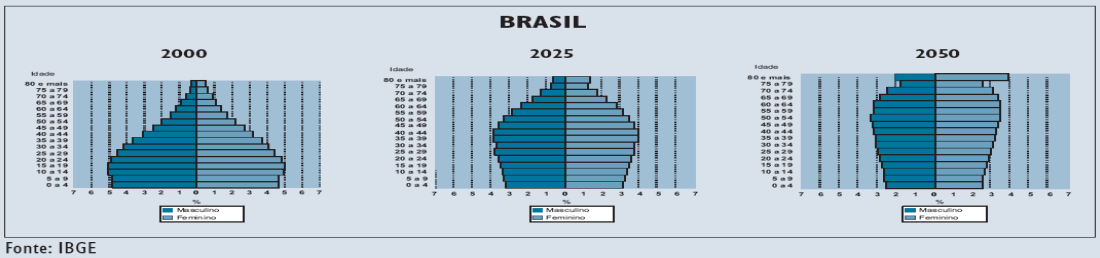
UNIDADE I
INTRODUÇÃO AO ENVELHECIMENTO

1- DEMOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno mundial. Isto significa um crescimento mais elevado na população idosa em relação aos demais grupos etários. É um processo natural de alterações relacionadas com o tempo, que começa ao nascer e continua por toda a vida.

A expectativa de vida, o número médio de anos que se pode esperar que uma pessoa viva, aumentou consideravelmente nos últimos anos. A estimativa é que, em 2050, existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, o número estimado de idosos, atualmente, é de cerca de 17,6 milhões de idosos. Abaixo é mostrada uma figura com o retrato do crescimento da população idosa brasileira em um período de 50 anos.

FIGURA I: ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA, POR SEXO, NOS ANOS 2000, 2025 E 2050.



Fonte: IBGE

Este envelhecimento populacional é decorrente principalmente da queda de fecundidade e de mortalidade, bem como do aumento da expectativa de vida, importantes indicadores de saúde. Porém, este envelhecimento sofre influência da discriminação e exclusão associadas ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

O envelhecimento pode ser definido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos - senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga (por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional) pode ocasionar uma condição patológica que necessite de assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo.

Dois erros devem ser evitados. O primeiro é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência. O outro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de doenças.

O objetivo maior na atenção à pessoa idosa é fazer com que ela tenha uma boa qualidade de vida, apesar de todas as limitações e alterações decorrentes da idade. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita.

As doenças crônicas constituem a principal causa de incapacidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária tende a aumentar de cerca 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos. Dentro do grupo das pessoas idosas, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (idade igual ou maior que 80 anos) também vêm aumentando de forma mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, 12,8% da população idosa e 1,1% da população total.

2- CONCEITUANDO A SAÚDE DO IDOSO

Saúde

Saúde é definida pela OMS como “o estado de

completo bem-estar físico, psíquico e social, e não somente a ausência de doenças." Devido a esta abrangência na definição, o estado de saúde do indivíduo depende da alocação de recursos em setores como a educação, alimentação, infraestrutura sanitária e habitacional, incentivos ao trabalho, promoções ao estilo de vida saudável com atividades de lazer e cuidados com o meio ambiente.

Envelhecimento

A definição de envelhecimento é muito complexa; biologicamente, é considerado um processo que ocorre durante toda a vida. Existem vários conceitos de envelhecimento, que variam de acordo com a visão social, econômica e, principalmente, com a independência e a qualidade de vida do idoso.

Esse processo ocorre logo após as fases de desenvolvimento e de estabilização, sendo pouco perceptível por um longo período, até que as alterações estruturais e funcionais se tornem evidentes.

No ser humano, a fase de desenvolvimento alcança sua plenitude no final da segunda década, seguida por um período de certa estabilidade. De uma forma geral, as primeiras alterações do envelhecimento são detectadas no final da terceira década de vida.

Envelhecimento é o conjunto de alterações morfológicas e fisiológicas que aparecem como consequência da ação do tempo sobre os seres vivos, traduzindo-se numa incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições variáveis do ambiente.

Além de alterações estruturais e funcionais, a composição corporal vai sofrendo modificações importantes com o envelhecimento. A gordura corporal vai aumentando com o avançar da idade. No tecido subcutâneo, ocorre a diminuição do tecido adiposo dos membros e aumento no tronco, caracterizando a chamada gordura central. A água corporal total diminui (15% – 20%), principalmente à custa da água intracelular. A retração do componente hídrico, associado ao aumento da gordura corporal (20% – 40%), pode contribuir para a alteração da absorção, metabolização e excreção das drogas.

A redução da albumina altera o transporte de diversas drogas no sangue. O metabolismo basal diminui de 10% a 20% com o progredir da idade, o que deve ser levado em conta quando calculamos as necessidades calóricas diárias do idoso. A tolerância à glicose também se altera, criando, às vezes, dificuldade para se diagnosticar o diabetes, apesar desta ser uma doença que incide com muita frequência no idoso.

Geriatria

É o estudo da velhice, que inclui fisiologia, patologia, diagnóstico e controle dos distúrbios e doenças dos idosos. Trata-se do ramo da medicina que foca no estudo, na prevenção e no tratamento de doenças e de incapacidades em idades avançadas.

Gerontologia

Gerontologia (do grego gero = envelhecimento + logia = estudo) é o estudo científico do processo de envelhecimento. É um campo multidisciplinar, que tem origem nas ciências biológica, psicológica e sociológica. A Gerontologia é o campo de estudos que investiga as experiências de velhice e envelhecimento em diferentes contextos socioculturais e históricos, abrangendo aspectos do envelhecimento normal e patológico.

Senescência

É o processo natural de envelhecimento ou o conjunto de fenômenos associados a este processo.

Senilidade

Também denominado envelhecimento patológico, é entendido como os danos à saúde associados com o tempo, porém causados por doenças ou maus hábitos de saúde.

Mobilidade

Capacidade de um indivíduo de se mover, função básica para a execução de tarefas e realização atividades de vida diária, mantendo sua independência.

Independência

Capacidade de se autocuidar e realizar as atividades da vida diária sem auxílio de outra pessoa.

Dependência

Incapacidade de realizar uma ou mais atividades da vida diária, sem auxílio. É definida em graus: leve, moderada e avançada.

Autonomia

Capacidade e direito do indivíduo de poder eleger, por si próprio, as regras de conduta, a orientação de seus atos e os riscos que está disposto a correr durante sua vida. É um conceito amplo, que inclui poder decisório (integridade cognitiva).

Capacidade Funcional

É a manutenção plena das habilidades físicas e

mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para uma vida com independência e autonomia. É o grau de preservação da capacidade de realizar as atividades básicas de vida diária ou autocuidado.

Cuidados Paliativos

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuidados paliativos constituem uma abordagem que tem por objetivo a melhoria na qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida, através da prevenção e alívio de sofrimento, da identificação precoce e avaliação impecável, do tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicológicos e espirituais.

3- SITUAÇÕES DE RISCO / IDOSO FRÁGIL / AMBIENTE PROTEGIDO



A fragilidade em idosos tem sido um tema de grande interesse e destaque entre os profissionais de saúde.

A palavra fragilidade encontra muitas definições. No âmbito da saúde, envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida de cada ser humano, que resultam em aumento da ocorrência do número de hospitalização, institucionalização, declínio funcional, quedas e óbito.

São consideradas situações de risco para pessoas idosas (idosos frágeis):
(Minas Gerais, 2006)

- ≥ 80 anos de idade;
- ≥ 60 anos de idade com:
  - Polipatologias (≥ 5 diagnósticos);
  - Polifarmácia (≥ 5 drogas/dia);
  - Os “is” da geriatria: imobilidade; incontinência; instabilidade postural; intelecto diminuído; internações frequentes; incapacidades nas atividades básicas da vida diária (ABVDs); insuficiência familiar (vulnerabilidade social).



- Muitos pesquisadores compreendem que a Síndrome de fragilidade relacionada à idade pode ser precocemente identificada através de sinais e sintomas, tais como: perda de peso, fadiga, infecção crônica, depressão, anorexia, alterações da marcha, desnutrição, sedentarismo, redução da prática de atividade física, diminuição da força de preensão, insuficiência cardíaca congestiva e neoplasias.
- A hierarquização dos fatores de risco auxilia na identificação de prioridades no atendimento dos idosos pelos profissionais de saúde, bem como na realização de encaminhamentos para os serviços de complexidade. A avaliação é feita pela equipe funcional e pelo médico, resultando na seguinte classificação:
- Risco 0 (Habitual): Retorno ao serviço de saúde dentro de três meses para realização de nova avaliação, agendamento de consultas de rotina, grupos educativos, visitas domiciliares, reabilitação e monitoramento.
- Risco 2 (Alto): atendimento, realização de procedimentos e encaminhamentos.
- **Adaptações ambientais**
-
- As adaptações ambientais são realizadas com o objetivo de evitar quedas, facilitar os cuidados prestados ao idoso e tornar a pessoa idosa mais independente.
-
- Os móveis desnecessários devem ser removidos de modo a não descaracterizar o ambiente, priorizando a circulação segura do idoso.
- Devem ser retirados tapetes, fios e tacos soltos, com vistas a evitar acidentes.
- As barras de apoio na parede do chuveiro e ao lado do vaso sanitário são importantes para segurança do idoso. A cadeira também pode ser de grande auxilio no banho da pessoa idosa.
- Os tapetes antiderrapantes (emborrachados) são indicados em posições estratégicas em frente ao vaso sanitário e cama, no chuveiro, entre outras localizações.
- Os materiais de uso pessoal do idoso devem ser colocados em altura acessível, de modo que ele não precise abaixar ou se levantar em demasia para alcançá-los.

- As escadas devem ter corrimão em ambos os lados, além de piso ou faixa antiderrapante.
- De modo geral, os ambientes acessíveis ao idoso devem ser bem iluminados.
- Adaptações podem ser feitas a cadeiras, poltronas e camas para que fiquem mais altas, de modo a facilitar para a pessoa idosa os atos de sentar, levantar e deitar.

IDEIAS-CHAVE

Demografia do envelhecimento; Envelhecimento; Geriatria; Gerontologia; Autonomia; Situações de risco; Idoso frágil; Ambiente protegido.

RECAPITULANDO

- O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial.
- A estimativa é que em 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo.
- Envelhecimento é o conjunto de alterações morfológicas e fisiológicas que aparecem como consequência da ação do tempo sobre os seres vivos; traduz-se numa incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições variáveis do ambiente.
- Geriatria é o estudo da velhice.
- Gerontologia é o estudo científico do processo de envelhecimento.
- Senescência é o processo natural de envelhecimento.
- Senilidade é o envelhecimento patológico.
- Fragilidade envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida de cada ser humano, que resultam em aumento da ocorrência do número de hospitalização, institucionalização, declínio funcional, quedas e óbito.
- As adaptações ambientais são realizadas com o objetivo de evitar quedas, facilitar os cuidados prestados ao idoso e tornar a pessoa idosa mais independente.

PARA FIXAR O CONTEÚDO

A. Questões discursivas

1. Defina envelhecimento.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Conceitue saúde do idoso.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. Quais são as modificações importantes na composição corporal ocorridas com o envelhecimento?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

4. Quais são as situações de risco para pessoas idosas (idosos frágeis)?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

5. Cite os sinais e sintomas da síndrome de fragilidade.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

B. Leia atentamente as afirmativas e marque V para as verdadeiras e F para as falsas.

a.( ) Senescência pode ser definida como um processo de envelhecimento em que condições de sobrecarga, como doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que demande assistência.

b.( ) Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária tende a aumentar de cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os idosos com 90 ou mais anos.

c.( ) Autonomia é a capacidade e o direito do indivíduo de poder eleger, por si próprio, as regras de conduta, a orientação de seus atos e os riscos que está disposto a correr durante sua vida. É um conceito amplo, que inclui poder decisório (integridade cognitiva).

d.( ) Todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa são decorrentes de seu envelhecimento natural.

e.( ) A estimativa é que em 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em

países em desenvolvimento.

f.( ) O envelhecimento natural deve ser tratado como doença a partir da realização de exames e tratamentos, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência.

g.( ) Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuidados paliativos constituem uma abordagem que objetiva a melhoria na qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida.

h.( ) As doenças crônicas são a principal causa de incapacidade das pessoas idosas.

C. Questões de múltipla escolha.

1. Marque as alternativas conforme o significado:

1- Geriatria
2- Gerontologia
3- Senescência
4- Senilidade

a.( ) É o estudo científico do processo de envelhecimento; um campo multidisciplinar, que tem origem nas ciências biológica, psicológica e sociológica.

b.( ) Também denominado envelhecimento patológico, é entendido como os danos à saúde associados com o tempo, porém causados por doenças ou maus hábitos de saúde.

c.( ) É o estudo da velhice, que inclui fisiologia, patologia, diagnóstico e controle dos distúrbios e doenças dos idosos. Trata-se de um ramo da medicina que foca no estudo, na prevenção e no tratamento de doenças e de incapacidades em idades avançadas.

d.( ) É o processo natural de envelhecimento ou o conjunto de fenômenos associados a este processo.

Assinale a alternativa correta:

a. 1; 4; 2; 3.
b. 1; 3; 2; 4.
c. 2; 3; 1; 4.
d. 2; 4; 1; 3.

UNIDADE II
ATENÇÃO Á SAÚDE DA PESSOA IDOSA

1. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO

BASE LEGAL PARA O DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS EM ATENÇÃO AO IDOSO

Em 1988, com a promulgação da Constituição da República, a saúde passou a ser um direito universal. Neste contexto, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. A saúde passou a ser de acesso universal, integral e equânime. A Lei nº 8.142 garantiu a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. As NOB e NOAS, por sua vez, orientaram a operacionalização do Sistema.

O SUS possui princípios e diretrizes que priorizam a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde.

Em 1994, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Saúde da Família (PSF), a fim de obter a reordenação do modelo de atenção à saúde que anteriormente era centrado no modelo curativo. Com esta estratégia, o foco passou a ser a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil verificou crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

Em 1999, foi anunciada a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002, foram instituídas as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Como parte de operacionalização das redes, foram criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso.

Em 2003, foi criado o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas.

Em fevereiro de 2006, foi publicado o Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo.

A principal finalidade da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Abaixo se encontra de forma sintetizada a base legal das políticas do idoso:

- Lei nº. 8.842 de 04/01/1994 – Política Nacional do Idoso.
- Portaria nº. 1.395 de 09/12/1999 – Política Nacional de Saúde do Idoso.
- Portaria nº. 249 de 12/04/2002 – Normas para cadastramento de centros de referência em assistência à saúde do Idoso.
- Portaria nº. 702 de 12/04/2002 – Organização e implantação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso.
- Portaria nº. 703 de 12/04/2002 – Assistência aos portadores da Doença de Alzheimer.
- Portaria nº. 738 de 12/04/2002 – Assistência domiciliar geriátrica.
- Resolução SES nº. 1.141 de 26/08/2002 – Cria a Coordenadoria de Atenção ao Idoso.
- Lei nº. 10.741 de 01/10/2003 – Estatuto do Idoso.
- RDC n°. 283 de 26/09/2005 – Regulamento Técnico que define Normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos _ ILPI, de caráter residencial.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE RELEVÂNCIA PARA A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO SUS

Desde 1989, o Ministério da Saúde já normatizava o funcionamento das instituições destinadas ao atendimento ao idoso. Entretanto, em 1998, foram incluídos os procedimentos de atendimento a pacientes sob cuidados prolongados, de internação em regime de hospital dia geriátrico e de internação domiciliar

com equipe hospitalar. O processo se aprofundou em 1999, tornando obrigatória, aos hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes acima de 60 anos de idade, com a publicação da Política Nacional de Saúde do Idoso, que reafirmou os princípios da atenção ao idoso no âmbito do SUS.

A Política Nacional de Saúde do Idoso, reforçada pelas publicações posteriores, apresentou como principais diretrizes:

Promoção do envelhecimento saudável.

- Manutenção da autonomia e da capacidade funcional.
- Assistência às necessidades de saúde do idoso.
- Reabilitação da capacidade funcional comprometida.
- Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Em 2002, o Ministério da Saúde realizou um debate e estabeleceu as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. As redes seriam compostas por hospitais gerais e centros de referência em assistência à saúde do idoso, adequados a oferecer diversas modalidades assistenciais: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar, constituindo-se em referência para a rede de assistência à Saúde do Idoso. Em 2003, o Congresso Nacional aprovou e o Presidente da República sancionou o Estatuto do Idoso.

Em setembro de 2005, foi definida a Agenda de Compromisso pela Saúde, que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto em Defesa da Vida, que constitui um conjunto de compromissos que devem tornar-se prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. Foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas têm especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa. São elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica.

Em 2006, foi revista e estabelecida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS n. 2.528/2006), que tem como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, estabelecendo importante papel para a equipe de saúde da família. Em 2006, foi publicado o Pacto pela Saúde do SUS (Portaria GM/MS 399/2006), no qual a saúde do idoso é elencada como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo no SUS. São diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (SAS, 2009) e do Pacto da Saúde:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável.
- Manutenção e recuperação da capacidade funcional.
- Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa.
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.
- Implantação de serviços de atenção domiciliar.
- Acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco.
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.
- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social.
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários.
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Em relação à promoção da saúde da população idosa as implementações de ações locais deverão ser norteadas pelas estratégias de implementação, contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde, tendo como prioridades as seguintes ações específicas:

a. Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);
b. Alimentação saudável;
c. Prática corporal/ atividade física;
d. Prevenção e controle do tabagismo;
e. Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
f. Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito;
g. Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
h. Promoção do desenvolvimento sustentável.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) define que a Atenção Primária/Saúde da Família é a porta de entrada da atenção à saúde dessa população, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Primária no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Primária, a Estratégia de Saúde da Família deve:

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Primária tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam;

- Atuar no território designado, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;
- Ser um espaço de construção de cidadania.

A Atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Primária, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa – que é identificada por meio de visitas domiciliares, deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico.

Na Atenção Primária, espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existentes), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e que promovam opções saudáveis é importante em todos os estágios da vida e influenciam o envelhecimento ativo.

Cabe ressaltar que, com base no princípio de territorialização, a Atenção Primária deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência, inclusive, daquelas que se encontram em instituições, públicas ou privadas.

QUESTÕES ÉTICAS QUE ENVOLVEM O IDOSO

O respeito aos direitos do idoso é, em primeira instância, respeitar sua dignidade. O ser humano, no aspecto relacional, pode ser vislumbrado como indivíduo ou como pessoa; como indivíduo, é número; como pessoa, é original e único.

As ações com uma visão inter e multidisciplinar buscam respeitar as dimensões do ser humano e as diferenças individuais diante da vulnerabilidade, de seres carentes, frágeis, finitos, expostos as múltiplas contraposições na vida e sujeitos às suas ambiguidades. A vulnerabilidade no idoso existe tal qual na criança, no adolescente ou no adulto. Entretanto, os fatores e a intensidade dessa vulnerabilidade são diferentes em cada uma dessas faixas etárias. Assim, não se deve fazer da vulnerabilidade uma condição para diminuir a autonomia do idoso, nem tampouco infantilizá-lo, mas sim considerá-la um fator que prioriza o respeito à pessoa, que merece atenção especial nos programas de atenção ao idoso.

A Declaração Universal de Direitos Humanos da Unesco explicita os princípios relacionados diretamente com a dignidade humana: direitos humanos, liberdade, autonomia, consentimento e confidencialidade, solidariedade, cooperação, responsabilidade social, equidade, beneficência, justiça e diversidade cultural. Tais princípios devem ser respeitados por todos, nacional e internacionalmente. A dignidade e os direitos humanos exigem que os interesses e o bem-estar da pessoa humana prevaleçam sobre o interesse exclusivo da ciência e da sociedade

Com o maior número de idosos na população mundial e a maior participação deles em diversos segmentos sociais, novos desafios e questionamentos emergiram. Além dos aspectos médicos, psicológicos e sociais envolvidos no atendimento de pacientes idosos, outras questões também podem ser levantadas, como a ética. Esta pode ser a ferramenta para identificar, analisar e resolver os problemas que surgem no cuidado ao ser humano que envelhece.

Os principais problemas dizem respeito à alocação de recursos escassos, à complicada relação profissional de saúde – paciente idoso -, à família, à autonomia e à tomada de decisões destes idosos (muitas vezes com essa capacidade diminuída), à morte e ao morrer com dignidade.

As decisões éticas são complexas, principalmente quando interferem no bem estar do outro. É necessário inicialmente uma reflexão, que implica: fazer o diagnóstico do problema em questão; enumerar as alternativas para a resolução do mesmo; comparar as alternativas com princípios éticos e morais relevantes; escolher a consequência que prevê o valor positivo mais elevado que o dano; e avaliar a decisão escolhida. As escolhas devem estar centradas no respeito à dignidade humana enquanto valor ético fundamental a ser respeitado e não devem favorecer quaisquer formas de discriminação.

2. O ATENDIMENTO AO IDOSO NA REDE PÚBLICA ASSISTENCIAL

O atendimento do idoso deve ser ancorado nos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS, ou seja, deve englobar a prevenção e a detecção precoce dos agravos à saúde. É preciso que a integralidade seja oferecida em todos os níveis de atenção e com

atuação interdisciplinar.

O objetivo é a busca da manutenção da capacidade funcional e da autonomia da pessoa idosa junto da família e da comunidade.

A atenção básica é a porta de entrada dos usuários do SUS, e tem por referência especializada o nível de média e alta complexidade (Centros de Referência em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa).

Ações da Atenção Primária (Equipe de Saúde da Família ou Unidades de Atenção básica à Saúde):

- Grupos de convivência e educação individual;
- Visitas domiciliares;
- Acompanhamento do idoso através da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;
- Avaliação do idoso frágil ou em processo de fragilização;
- Agendamento de consultas;
- Ações voltadas para comorbidades (diabetes mellitus, hipertensão);
- Acompanhamento dos usuários contrarreferenciados pelos serviços de média e alta complexidade.

Atenção de Média Complexidade:

É o nível intermediário entre a atenção primária e os Centros de Referência, que presta ações e serviços à população que demande a assistência de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para apoio diagnóstico e tratamento.

Centros de Referência em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa:

Refere-se aos hospitais de grande porte, nos quais o usuário necessita de recursos, humanos e materiais, de maior especialização.

HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO IDOSO

A política pública de saúde visa à integralidade, à universalidade e à equidade, entre outros princípios. Contudo, o SUS ainda hoje enfrenta a desumanização, a despersonalização, a abordagem fria em situações em que o respeito à individualidade e à dignidade humana deveria ser considerado, direcionando ao idoso o cuidado humanizado, com competência técnica e científica.

O idoso deve ser respeitado em sua individualidade, autonomia e independência, com ações voltadas ao convívio social, ao fortalecimento dos laços familiares, numa perspectiva de prevenção ao asilamento, melhoria da qualidade de vida e acesso aos direitos de cidadania.

O Ministério da Saúde criou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) ou Política de Humanização da Atenção da Gestão em Saúde no SUS (Humaniza SUS), com o objetivo de efetivar trocas solidárias entre os gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a construção de sujeitos. Assim, sua operacionalização dá-se principalmente pelo acolhimento do usuário e do cuidador nas unidades de saúde.

As Equipes de Saúde da Atenção Primária, particularmente, dispõem de importantes ferramentas para a garantia da humanização, dentre as quais: atenção continuada (cuidado a longo tempo); visita domiciliar (reconhecimento do território); comunicação (como necessidade fundamental).

ACOLHIMENTO DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

"O acolhimento requer um atendimento a todos com atenção, postura eficaz, segurança e ética, reorganizando o processo de trabalho e melhorando o vínculo entre equipe e usuário" (MINAS GERAIS, 2006).

Muitas vezes, os profissionais de saúde e a própria pessoa idosa apresentam preconceito em relação à velhice. Deste modo, há necessidade de atenção para que o acesso do idoso aos serviços de saúde seja garantido e facilitado com vistas à continuidade do cuidado e à qualidade da assistência prestada. A equipe de saúde deve estar preparada para lidar com o processo de envelhecimento.

O idoso procura à Atenção Primária à Saúde através da demanda espontânea, do agendamento, do telefone ou da visita domiciliar.

Os profissionais de saúde devem atentar para:

- Estabelecimento de uma relação respeitosa, considerando que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas idosas esperam ser reconhecidas;
- Ao prestar orientações para o idoso, deve-se partir do pressuposto de que a pessoa idosa é capaz de compreender as informações prestadas, tendo-se o cuidado de não se dirigir primeiramente a seu acompanhante;
- Apresentar-se ao idoso, bem como aos outros integrantes da equipe que venham estabelecer contato com o mesmo, chamá-lo sempre pelo nome, visando estabelecer um vínculo de respeito;
- O contato visual com a pessoa idosa deve ser estabelecido;
- O ambiente deve ser acolhedor, bem iluminado e sem ruídos;
- A linguagem deve ser clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos.
- A equipe de saúde define a priorização das ações.

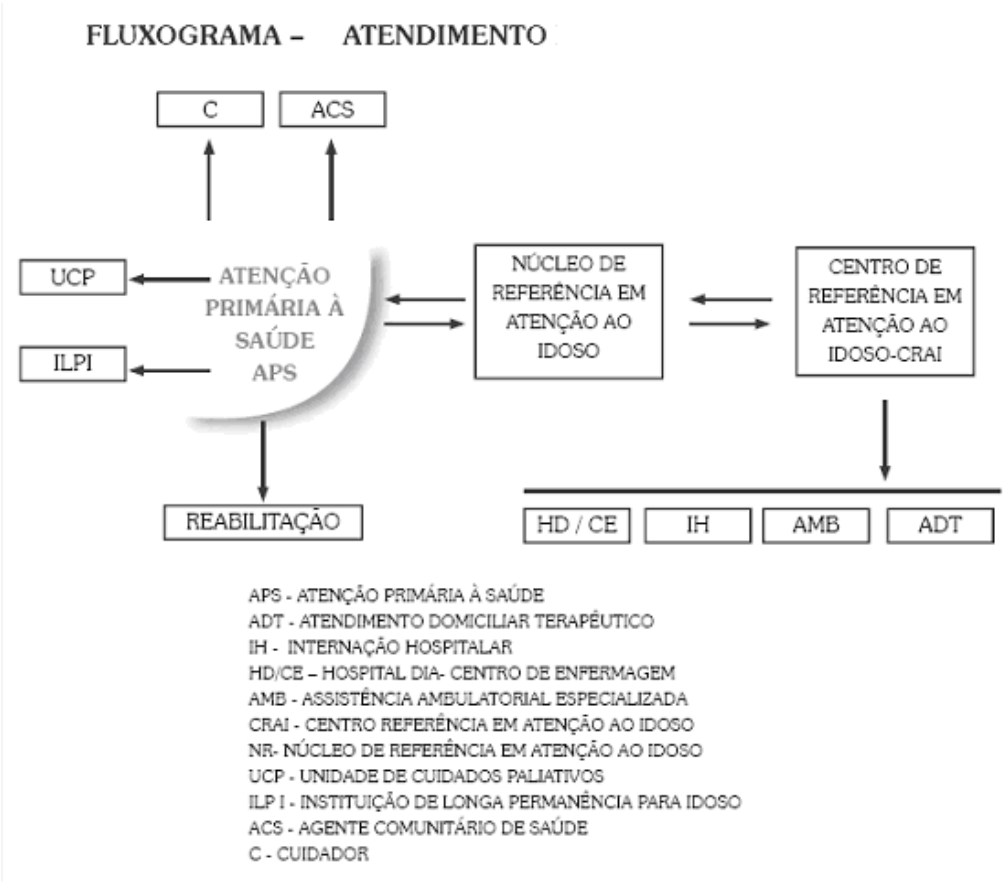
(BRASIL, 2006)

"O acolhimento requer um atendimento a todos com atenção, postura eficaz, segurança e ética, reorganizando o processo de trabalho e melhorando o vínculo entre equipe e usuário" (MINAS GERAIS, 2006).

A REDE DE ATENÇÃO AO IDOSO







Fonte: Minas Gerais, 2006.

Pontos de atenção:

Agente comunitário de saúde: é um profissional da rede de assistência, integrado à comunidade, que desempenha a função de auxiliar a equipe multiprofissional nas visitas domiciliares, nas orientações sobre o atendimento na rede de assistência, na busca ativa, contribuindo para a agilização da assistência, acessibilidade do usuário e garantia do atendimento.

Cuidador: é uma pessoa que zela pelo bem estar, ou seja, pelas necessidades diárias da pessoa assistida (membro da família, da comunidade), podendo ser ou não remunerada. Desempenha importante papel no cuidado do idoso e o acompanha nos serviços de saúde.

"O idoso procura à Atenção Primária à Saúde através da demanda espontânea, do agendamento, do telefone ou da visita domiciliar."

Modalidades de atendimento

Atenção primária à saúde: Estratégia de Saúde da Família (ESF) e/ou Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Atendimento domiciliar terapêutico: trata-se da continuidade do cuidado à saúde, em que os serviços de saúde são oferecidos por meio de cuidadores e agentes comunitários à pessoa idosa e à família em sua residência, com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde.

Internação hospitalar: "Leitos Geriátricos para o Idoso Frágil, conforme protocolo, com a atuação da equipe interdisciplinar" (Minas Gerais, 2006).

Hospital dia – Centro de enfermagem: é uma forma intermediária de assistência à saúde inserida entre a internação Hospitalar e a assistência domiciliar, podendo também abranger a esta.

Assistência ambulatorial especializada: é o atendimento do idoso por uma equipe multidisciplinar (consulta médica, enfermagem, fisioterapia, psicoterapia, terapia ocupacional e outras). Incluem ações de apoio e educação para a saúde, nutrição, reabilitação, saúde bucal, avaliação social voltadas para o paciente, cuidador e família.

Centro referência em atenção ao idoso: devidamente cadastrado como tal, envolve as diversas modalidades assistenciais, como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar.
A Atenção Primária à Saúde realiza os encaminhamentos para estes serviços conforme o fluxo estabelecido, constituindo um mecanismo de referência e contrarreferência, com vistas ao atendimento de qualidade e à manutenção de educação continuada.

Unidade de cuidados paliativos: HOSPICE - Programa de assistência domiciliar cujo objetivo é capacitar o paciente terminal a permanecer o maior tempo possível em casa (Minas Gerais, 2006). A abordagem é multidisciplinar, enfocando as necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais dos pacientes e familiares.

Instituição de longa permanência para idosos: são estabelecimentos de caráter residencial e integral, destinados a domicílio coletivo de pessoas com idade ≥ 60 anos, com independência ou dependentes, em condições de impossibilidade de permanecer com a família ou em seu domicílio.

Atendimento Integral Institucional ou Abrigo: acolhimento de idosos que não têm condições de prover sua própria subsistência (em situação de abandono ou incapacidade familiar) em instituições denominadas abrigo, asilo, lar e casa de repouso. Estas instituições ofertam serviços assistenciais, abrigo, alimentação, higiene, acesso aos serviços de saúde, fisioterapia, apoio psicológico, atividades físicas, ocupacionais, lazer, cultura, entre outros.

Casa-Lar: trata-se de uma alternativa de moradia para pequenos grupos de pessoas idosas que preservam habilidades para a convivência e precisam de uma pessoa habilitada para apoio às suas necessidades diárias.

República: tipo de moradia destinada a pessoas idosas independentes, cuja renda é insuficiente para sua sobrevivência. "A República é co-financiada pelos próprios idosos, com recursos da aposentadoria, benefício de prestação continuada, renda mensal vitalícia e viabilizada em sistema de autogestão, com apoio do poder público" (Minas Gerais, 2006).

Centro-dia: é uma instituição estratégica de atenção dirigida aos idosos que apresentam limitações para o desenvolvimento das atividades da vida diária, que por motivos de carência familiares e funcionais não podem ser atendidas durante o dia no ambiente familiar.

Centro de convivência: é um espaço destinado à frequência dos idosos e de seus familiares, onde são realizadas atividades físicas, ocupacionais, culturais, de lazer, associativas, produtivas e de ação comunitária. Constitui-se em referência para integração dos demais serviços e programas de atenção ao idoso: Centro-Dia, Atendimento Domiciliar, Capacitação de cuidadores de idosos e Ações comunitárias.

A COMPETÊNCIA DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O acolhimento da pessoa idosa é realizado pela Equipe de Saúde da Família ou pela Unidade de Atenção Primária à Saúde, que desenvolve ações e faz a avaliação integral, além de estabelecer vínculo com o usuário para garantir a assistência contínua ao idoso e aos membros da família de forma humanizada, resolutiva, com qualidade e responsabilidade.

Atribuição dos profissionais da atenção primária no atendimento à saúde da pessoa idosa

PROFISSIONAL	ATRIBUIÇÕES/RESPONSABILIDADES
Atribuições Comuns a todos os Profissionais da Equipe	• Planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência. • Identificar e acompanhar os idosos frágeis ou em processo de fragilização. • Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde. • Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos dos idosos, familiares e da comunidade. • Acolher a pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito. • Prestar atenção contínua às necessidades de saúde, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal (ao longo do tempo). • Valorizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, preenchendo e atualizando-a. • Realizar atividades de educação permanente relativas à saúde da pessoa idosa. • Planejar junto à equipe ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, colocando-as em prática.
Atribuições do Enfermeiro	• Realizar atenção integral às pessoas idosas. • Realizar assistência domiciliar. • Realizar consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e o uso instrumentos complementares; se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão. • Supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem. • Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe. • Orientar ao idoso e ao cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.
Atribuições do Auxiliar/Técnico de Enfermagem	• Realizar atenção integral às pessoas idosas. • Informar ao idoso e ao cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos. • Participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na APS e, quando indicado, ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.

Fonte: Brasil, 2006; Minas Gerais, 2006.

3. PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS

PROMOÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS

Esta seção fornece subsídios para elaboração de estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde do idoso com o objetivo de alcançar um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida desta população.

Alimentação

O envelhecimento causa alterações no corpo que podem interferir na alimentação e no estado de nutrição de uma pessoa. São comuns alterações do paladar e do olfato, com redução na percepção dos sabores salgado, doce e ácido. Embora não interfiram diretamente na ingestão alimentar, ocorrem com frequência a redução da salivação e menor capacidade de mastigação, por falta de dentes, pelo uso de dentaduras mal adaptadas e por diversos distúrbios da deglutição. Todos estes fatores devem ser levados em consideração quando se trata de planejar a dieta de idosos. As necessidades proteicas, calóricas e de lipídeos diárias não são muito diferentes das de grupos mais jovens de pessoas.

A equipe de saúde deve dar orientações gerais relacionadas à alimentação da pessoa idosa, principalmente nos casos de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, obesidade e hipercolesterolemia.

Nas situações que exijam orientações nutricionais específicas, as equipes do município que possuem nutricionista na Atenção Básica devem desenvolver um planejamento da ação conjunta. Se o município está organizado de forma a ter o nutricionista apenas na atenção especializada, deve, quando necessário, ser garantido ao usuário o atendimento nesse nível de atenção.

Uma questão importante a ser abordada é a leitura dos rótulos dos alimentos. A informação nutricional presente nos rótulos é um instrumento fundamental de apoio à escolha de produtos mais saudáveis na hora da compra. O uso dos rótulos e da informação nutricional deve ser incentivado pelos profissionais de saúde, entidades de defesa do consumidor e pela comunidade escolar, entre outros, para transformar esse instrumento em ferramenta efetiva para escolhas de alimentos mais saudáveis pela população. Mais adiante será estudada a saúde nutricional do idoso, de forma detalhada.

Atividade Física

O sedentarismo é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, juntamente com a dieta inadequada e o tabagismo. É muito prevalente a inatividade física entre os idosos. O estilo de vida moderno propicia o gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, como, por exemplo, assistir à televisão. É importante enfatizar que saúde não é apenas assistência médica e acesso a medicamentos. É, acima de tudo, promoção de estilo de vida saudável.

Neste cenário, alguns pontos são facilitadores para a adesão à prática de exercícios físicos, como, por exemplo, o incentivo de amigos e familiares, a procura por companhia ou ocupação, alguns programas específicos de atividade física e, principalmente, a orientação do profissional de saúde, estimulando a população idosa a incorporar um estilo de vida mais saudável e ativo.

Os benefícios da prática de exercícios físicos para a saúde têm sido amplamente observados. Os principais benefícios biológicos, psicológicos e sociais são observados no quadro abaixo:

Benefícios da Prática Corporal/Atividade Física

- Melhor funcionamento corporal, diminuindo as perdas funcionais e favorecendo a preservação da independência.
- Redução no risco de morte por doenças cardiovasculares.
- Melhora do controle da pressão arterial.
- Manutenção da densidade mineral óssea, com ossos e articulações mais saudáveis.
- Melhora da postura e do equilíbrio.
- Melhor controle do peso corporal.
- Melhora do perfil lipídico.
- Melhor utilização da glicose.
- Melhora da enfermidade venosa periférica.
- Melhora da função intestinal.
- Melhora de quadros álgicos.
- Melhora da resposta imunológica.
- Melhora da qualidade do sono.
- Ampliação do contato social.
- Correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas.
- Diminuição da ansiedade, do estresse, melhora do estado de humor e da autoestima.

O indivíduo que deixa de ser sedentário diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares. A atividade física, associada a uma dieta adequada, é capaz de reduzir em 58% o risco de progressão do diabetes tipo II. Inicialmente, é necessário que haja sempre uma avaliação de saúde. No caso de exercícios leves (caminhar, dançar, executar atividades domésticas como varrer, cuidar do jardim etc), pode-se iniciar a prática corporal/ atividade física antes da avaliação, para que essa não se transforme em uma barreira para a pessoa idosa na sua realização.

Não está claro ainda quais são o melhor tipo e o nível de prática corporal/atividade física, uma vez que esses variam acentuadamente em diferentes estudos. Existe discordância sobre qual seria o melhor exercício para provocar efeito benéfico no idoso. De uma forma geral, deve-se procurar desenvolver exercícios de flexibilidade, equilíbrio e força muscular. A prática deve ser de fácil realização e não provocar lesões.

A atividade física deve ser de baixo impacto e ocorrer em intensidade moderada (percepção subjetiva de esforço, aumento da frequência cardíaca e/ou da frequência respiratória, permitindo que o indivíduo respire sem dificuldade e com aumento da temperatura do corpo). Recomenda-se iniciar com exercícios de baixa intensidade e de curta duração, uma vez que a pessoa idosa, geralmente, não apresenta condicionamento físico e pode ter limitações musculoesqueléticas.

Sugere-se a prática de 30 minutos de atividade física regular (ao menos três vezes por semana). Uma das vantagens dessa prática é a fácil adesão por aqueles que têm baixa motivação para a prática de exercícios. Ao indicar uma atividade física para um idoso, deve-se considerar vários aspectos, como: prazer em estar realizando esta ou aquela atividade, necessidades físicas, características sociais, psicológicas e físicas. As atividades mais comuns envolvem caminhada, ciclismo, natação, hidroginástica, dança, ioga, entre outras.

A caminhada merece destaque pela acessibilidade e por não requerer habilidade especializada ou aprendizagem. Recomenda-se andar em locais

planos, prestando atenção a temperaturas extremas e umidade muito baixa; nesses casos, é preciso ingerir maior quantidade de líquidos.

Os exercícios de força muscular, além de contribuírem para a diminuição da incidência de quedas, incrementam a densidade óssea. Esse tipo de atividade pode ser realizado juntamente com as atividades aeróbicas ou ocorrer em dias intercalados. Deve ser dirigido aos grandes grupos musculares e realizado lentamente. Podem ser utilizados pesos simples, como garrafas, latas, sacos ou qualquer objeto doméstico, colocados nos membros superiores ou inferiores, fixando-os com faixas, com o cuidado de não garrotear.

A principal recomendação na realização desses exercícios é a de manter a respiração constante enquanto executa o exercício, evitando a manobra de Valsalva, que representa aumento da pressão arterial em função da execução de um exercício de força com a respiração presa. Os exercícios de força são os que realmente podem diminuir ou reverter alguma forma de perda de massa muscular (sarcopenia) e óssea (osteoporose), sendo, portanto, as atividades de preferência na manutenção da capacidade funcional e da independência.

Vacinação

A situação vacinal da pessoa idosa deve ser investigada de forma sistemática. Recomenda-se uma dose anual da vacina contra influenza no outono. Idosos com mais de 60 anos devem também receber ao menos uma dose de vacina antipneumocócica durante a vida. Os idosos institucionalizados e não vacinados devem receber uma dose da vacina e outra após cinco anos da primeira, caso a indicação persista.

A vacina dupla adulto (contra difteria e tétano) deve ser administrada a cada dez anos podendo ser reforçada em cinco anos, no caso de ferimentos. E a vacina contra febre amarela também é administrada de 10 em 10 anos. O registro da vacinação deve ser feito na caderneta de saúde da pessoa idosa, a fim de facilitar o acompanhamento da realização da mesma.

Lazer

O lazer inclui liberdade, jogo, prazer, divertimento, satisfação, relaxamento, paz, ou o uso do tempo livre; isto é, não fazer nada com obrigação.

O lazer pode ser compreendido a partir de diferentes formas de pensar e agir, que englobam a construção de um meio propício à integração dos sexos e da idade, ao desenvolvimento social do ser humano, a um espaço para alegria de viver, contrapondo-se à dureza do trabalho. Existe a distinção entre o lazer no lar, na comunidade, o lazer solitário e o lazer que envolve as interações sociais.

O lazer é uma atividade capaz de abrir novos caminhos para os idosos, impedindo a ruptura entre as idades adultas e a velhice. O foco da promoção do lazer deve estar na pessoa e não na atividade. Para os idosos, o lazer se orienta por valores que lhes são muito claros, ajuda-os a combater a solidão, a depreciação de si próprio, no momento em que tanto necessitam de um apoio para manter a vontade de viver.

Desta forma, o lazer produz, segundo os interesses do indivíduo, resultados de repouso, diversão e crescimento do relacionamento social. É realizado no tempo livre, descomprometido com outras ocupações.

Sexualidade

Pesquisas mostram que 74% dos homens e 56% das mulheres casadas mantêm vida sexual ativa após os 60 anos. Problemas psicológicos, fisiológicos ou ambos podem interferir no desempenho sexual. Muitas das alterações sexuais que ocorrem com o avançar da idade podem ser resolvidas com orientação e educação.

Alguns problemas comuns também podem afetar o desempenho sexual, tais como: artrites, diabetes, fadiga, medo de infarto, efeitos colaterais de fármacos e álcool. A frequência e a intensidade da atividade sexual sofrem mudanças, mas problemas na capacidade de ter prazer não devem ser considerados como normais no envelhecimento.

A avaliação das pessoas idosas sexualmente ativas deve incluir a investigação de DST/AIDS. Tem-se observado uma incidência cada vez maior de AIDS no segmento idoso. O contato homossexual masculino e as transfusões de sangue foram as modalidades predominantes de transmissão entre idosos. A modalidade de transmissão predominante nas pessoas idosas é através do contato sexual. A doença mais comum indicativa de AIDS no idoso é a pneumonia por *Pneumocystis carinii.* A sobrevida é muito mais curta nas pessoas idosas do que nos pacientes mais jovens.

As mulheres após a menopausa, principalmente após os 60 anos, normalmente apresentam algum desconforto nas relações sexuais com penetração vaginal, devido às condições de hipoestrogenismo e, consequentemente, hipotrofia dos tecidos genitais.

A utilização de um creme vaginal para melhoria nas condições genitais e exercício pleno da sexualidade pode ajudar, sempre com indicação médica. Para o início de sua utilização, é necessária a realização dos exames preventivos para o câncer ginecológico e mamário, conforme protocolos vigentes, recomendados nessa faixa etária.

Trabalho em grupo

Um grupo é constituído a partir de interesses e temas comuns. É um espaço de rede de apoio e um meio para discussão das situações comuns vivenciadas no dia-a-dia. Permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade, consequentemente, elevando a autoestima.

O trabalho em grupo possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde.

Faz-se necessária uma maior reflexão das equipes de saúde de Atenção Básica/Saúde da Família sobre o trabalho em grupo, para poder utilizá-lo de forma mais reflexiva e efetiva. Algumas considerações estratégicas orientadoras do trabalho em grupo com os idosos estão descritas a seguir:

a. Convide as pessoas idosas para participarem do grupo. Existem inúmeras estratégias para realizar o convite, tais como: fixar cartazes na Unidade de Saúde e em pontos estratégicos na comunidade e mencionar o grupo durante a realização de procedimentos e consultas. Na divulgação do grupo, é essencial o envolvimento dos agentes comunitários de saúde.
b. Um dos grandes desafios da promoção da saúde para pessoas idosas é o da aceitação do envelhecer e da cronicidade de algumas doenças. Deve-se abordar a concepção de envelhecimento, em sua forma mais ampla (biológico, psíquico, econômico, espiritual e cultural) e suas consequências na multiplicidade de problemas associados que podem estar presentes, englobando o processo de aceitação, resgate da autonomia, participação e responsabilidade no tratamento. As temáticas e as atividades a serem propostas devem ser discutidas com os participantes de forma a estarem adequadas às demandas e às realidades locais.
c. Devem-se privilegiar locais próximos às moradias, como escolas, associações comunitárias, igrejas, e a própria unidade de saúde, entre outros. Nos casos em que as populações atendidas pela unidade de saúde forem muito distantes umas das outras, a equipe pode procurar parcerias (intersetorialidade), como, por exemplo, com a Secretaria de Educação para uso de transporte escolar.
d. Coordenação do grupo: o grupo pode ser coordenado por qualquer membro da equipe - agente comunitário de saúde (ACS), enfermeiro, médico, dentista, técnico em higiene dental, dentre outros.
e. Sugere-se uma metodologia problematizadora que parta da realidade das pessoas envolvidas. Nesse processo, surgem temas que geram a discussão, extraídos da prática de vida das pessoas. O importante não é só transmitir conteúdos específicos, mas despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A promoção da Saúde tem como meta não apenas afastar a doença do indivíduo, mas como objetivo fundamental a atuação sobre os determinantes das doenças. Prevenção e promoção são conceitos diferentes, apesar de muitas vezes serem considerados sinônimos ou equivalentes.

Prevenção: é provisória; tem caráter de intervenção diante de alguns agravos, utilizando determinadas tecnologias para evitar que tal condição mórbida diminua sua probabilidade de ocorrência ou ocorra de forma menos grave, nos indivíduos ou nas coletividades.

Promoção da Saúde: adquire um caráter permanente e visa à erradicação de ocorrência da doença ou agravo.

O termo prevenir tem a base de ação no conhecimento epidemiológico moderno e o seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Para que se possam ser desenvolvidos, de forma adequada, cuidados ao idoso, alguns caminhos necessitam ser considerados, tais como:

- Manutenção do bem-estar e da autonomia no ambiente domiciliar, com cuidados centrados no idoso, nas suas necessidades, na sua família e na sua comunidade, e não em sua doença;
- Desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, procurando partilhar responsabilidades e defendendo os direitos dos idosos/ família/ comunidade;
- Ampliação dos conhecimentos profissionais para além da área geronto-geriátrica, considerando as inter-relações, pois o idoso exige cuidado direcionado a ações complexas e interdisciplinares;
- Realização de visitas domiciliares regulares;
- Garantia de consultas, tratamentos, medicamentos, exames laboratoriais e outros de acordo com as necessidades individuais;
- Orientações que envolvam o usuário e comprometam a família;
- Garantia do atendimento nos diversos pontos de atenção.

OS USUÁRIOS COMO AGENTES PRODUTORES DE SAÚDE

O envelhecimento saudável exige a adoção de um estilo de vida que inclua alimentação equilibrada,

atividade física e mental e, ainda, o convívio social. O idoso pode participar como um agente produtor de saúde, integrando grupos operativos das mais diversas atividades relacionadas, principalmente, à prevenção, à promoção, à manutenção e ao tratamento das diferentes patologias.

A participação do idoso torna-se importante na detecção de problemas e até de acontecimentos que possam beneficiá-los e transformá-los em multiplicadores das ações de produção de saúde junto aos familiares e à comunidade.

O enfoque da promoção da saúde possibilita identificar seis princípios relativos à saúde dos idosos:

- A velhice não é doença, mas sim uma etapa evolutiva da vida;
- A maioria das pessoas de 60 anos e mais está em boas condições físicas e de saúde, mas ao envelhecer perdem a capacidade de recuperar-se das doenças rapidamente e de forma completa tornando-se mais debilitados e propensos a necessitar de ajuda para seu cuidado pessoal.
- Pode-se fortalecer a capacidade funcional na velhice mediante capacitação e estímulos ou prevenindo agravos à saúde;
- Do ponto de vista social e psicológico, as pessoas idosas são mais heterogêneas que os jovens;
- A prevenção à saúde na velhice deve ter seu foco no bom funcionamento físico, mental e social, assim como na prevenção das enfermidades e incapacidades;
- Muitas das medidas que afetam a saúde das pessoas idosas transcendem o setor saúde. Entretanto, os profissionais do setor social e de saúde estão em condições de propiciar essa atenção.
- Nesse âmbito, a necessidade de avaliar a capacidade funcional estimulou estudos utilizando escalas de avaliação da capacidade funcional para as atividades instrumentais da vida diária. Nesses estudos, estão incluídos o autocuidado e a autonomia.

O autocuidado é um comportamento autônomo, mesmo na presença de algum grau de dependência. A realização do autocuidado na velhice influencia nas atitudes pessoais e na aquisição de habilidades e conhecimentos que permitam adotar condutas favoráveis à saúde.

Deve-se reconhecer que a maioria dos idosos vivendo em comunidade têm a capacidade física e cognitiva para aprender formas de autocuidado e praticá-las, bem como são capazes de transmiti-las a outrem. Entretanto, os profissionais de saúde e os idosos questionam algumas vezes essa competência devido a concepções equivocadas e estereótipos que relacionam velhice com incapacidade e perda de interesse pela vida.

Muitas vezes os profissionais da saúde e familiares subtraem das pessoas idosas a capacidade de autocuidado, em nome da eficiência e da proteção. Muitos idosos permanecem em seus lares e mantêm sua capacidade funcional para o autocuidado mesmo com idade muito avançada. Ainda que não haja dúvidas sobre a capacidade de aprendizagem dos idosos, não se pode ignorar o impacto que o envelhecimento produz sobre os órgãos dos sentidos, o sistema nervoso e algumas funções cognitivas, como a memória, que podem interferir ou constituir-se em barreira para a aprendizagem. Os profissionais de saúde podem identificar essas dificuldades e estabelecer estratégias de ensino alternativas para cada caso.

Há discussões quanto à influência da idade no autocuidado. A maioria dos estudos conclui que não é a idade, mas os valores adquiridos ao longo da vida e a própria história da pessoa que influenciam nas decisões sobre seu próprio cuidado.

A necessidade de ajuda para as atividades de vida diária não está associada obrigatoriamente à falta de engajamento do idoso no autocuidado. Como já foi dito, não se pode ignorar o impacto que o envelhecimento produz sobre os órgãos dos sentidos, o sistema nervoso e algumas funções cognitivas, que podem interferir ou constituir-se em obstáculo para o autocuidado. O que ocorre, frequentemente, é uma forte associação entre a quantidade e o tipo de incapacidade e o autocuidado praticado.

Dificuldades para mobilidade e para as atividades de vida diária são barreiras para o autocuidado, mas podem ser minimizadas pelo uso de equipamentos, tais como bengala, andador, calçadeiras, adaptações no ambiente e mudanças de comportamento.

O autocuidado é uma expressão do saber acumulado pela pessoa ao longo da vida e também um instrumento de adaptação às limitações e às perdas na velhice. O conhecimento da história de vida do idoso, sua posição no seu meio social e na família e o significado que ele dá à sua existência são, ao lado da avaliação da sua capacidade funcional, formas de presumir seu potencial para um determinado grau de autonomia e participação na sociedade.

IDEIAS-CHAVE

Políticas públicas para o idoso; Questões éticas; Humanização; Acolhimento; Rede de atenção ao idoso; Competência da UBS/ESF; Hábitos saudáveis; Educação em saúde; Produtores de saúde.

RECAPITULANDO

- O SUS possui princípios e diretrizes que priorizam a

descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade, o controle social e a territorialidade.

- Em 1994, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Saúde da Família (PSF).
- A Política Nacional do Idoso foi promulgada em 1994 e regulamentada em 1996.
- Em 2002, foram instituídas as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso.
- Em 2003, foi criado o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos.
- Em 2006, foi publicado o Pacto pela Saúde, que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo.
- O idoso deve ser respeitado em sua individualidade, autonomia, independência, com ações voltadas ao convívio social, ao fortalecimento dos laços familiares, numa perspectiva de prevenção ao asilamento, melhoria da qualidade de vida e acesso aos direitos de cidadania.
- O Ministério da Saúde criou, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH).
- Agente comunitário de saúde: é um profissional da rede de assistência, integrado à comunidade, que desempenha a função de auxiliar a equipe multiprofissional.
- Cuidador: é uma pessoa que zela pelas necessidades diárias da pessoa assistida (membro da família ou da comunidade), podendo ser ou não remunerada.
- Atenção primária à saúde: Estratégia de Saúde da Família (ESF) e/ou Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- Atendimento domiciliar terapêutico: serviços de saúde oferecidos por meio de cuidadores e agentes comunitários, em sua residência.
- Internação hospitalar: leitos para o idoso, conforme protocolo, com a atuação da equipe interdisciplinar.
- Hospital dia – Centro de enfermagem: forma intermediária de assistência inserida entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar, podendo também abranger a esta.
- Assistência ambulatorial especializada: equipe multidisciplinar, que desenvolve ações de apoio e educação para a saúde, nutrição, reabilitação, saúde bucal e avaliação social voltadas para o paciente, cuidador e à família.
- Centro de referência: envolve diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar.
- Unidade de cuidados paliativos: HOSPICE - programa de assistência domiciliar cujo objetivo é capacitar o paciente terminal a permanecer o maior tempo possível em casa.
- Instituição de longa permanência para idosos: são estabelecimentos de caráter residencial e integral, destinados a domicílio coletivo, para idosos dependentes ou independentes, com impossibilidade de permanecer com a família ou em seu domicílio.
- Atendimento Integral Institucional ou Abrigo: acolhimento de idosos que não têm condições de prover sua própria subsistência. As instituições são denominadas abrigo, asilo, lar e casa de repouso.
- Casa-Lar: alternativa de moradia para pequenos grupos que preservam habilidades para a convivência e precisam de uma pessoa habilitada para apoio às suas necessidades diárias.
- República: destinada a pessoas idosas independentes, cuja renda é insuficiente para sua sobrevivência.
- Centro-dia: dirigida aos idosos que por motivos de carências familiares e funcionais não podem ser atendidas durante o dia no ambiente familiar.
- Centro de convivência: espaço destinado à frequência dos idosos e de seus familiares, onde são realizadas atividades físicas, ocupacionais, culturais, de lazer, associativas, produtivas e de ação comunitária.
- A equipe de saúde deve dar orientações gerais relacionadas à alimentação da pessoa idosa, principalmente nos casos de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, obesidade e hipercolesterolemia.
- Sugere-se a prática de 30 minutos de atividade física regular (ao menos três vezes por semana).
- O registro da vacinação deve ser feito na caderneta de saúde da pessoa idosa, a fim de facilitar o acompanhamento e atualização do documento de vacinação.

PARA FIXAR O CONTEÚDO

A. Questões discursivas

1. Defina trabalho em grupo. Quais suas vantagens e desvantagens?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. O que é promoção da saúde e prevenção de doenças? Cite exemplos práticos.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. Cite uma atribuição de cada profissional da atenção primária à saúde.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

4. Fale resumidamente sobre as redes de atenção à saúde do idoso.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

5. Que cuidados são necessários durante o acolhimento do idoso?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

6. Cite três vantagens da prática de exercícios físicos.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

7. Descreva de forma resumida a evolução das políticas públicas de saúde do idoso.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

8. Quais as vantagens do lazer para os idosos?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

9. Quais as principais diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

10. Cite quatro ações da atenção primária à saúde voltadas para o idoso.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

B. Leia atentamente as afirmativas e marque V para as verdadeiras e F para as falsas.

a.( ) O autocuidado é uma expressão do saber acumulado pela pessoa ao longo da vida e também um instrumento de adaptação às limitações e às perdas na velhice. O conhecimento da história de vida do idoso, sua posição no seu meio social e na família e o significado que ele dá à sua existência são, ao lado da avaliação da sua capacidade funcional, formas de presumir seu potencial para um determinado grau de autonomia e participação na sociedade.

b.( ) Centros de Referência são hospitais de grande porte, em que o usuário dispõe de recursos, humanos e materiais, de maior especialização.

c.( ) Instituição de longa permanência para idosos é a moradia destinada a pessoas idosas independentes, cuja renda é insuficiente para sua sobrevivência.

d.( ) Sugere-se a prática de 1 hora e 30 minutos de atividade física regular (ao menos três vezes por semana).

e.( ) São problemas que podem afetar o desempenho sexual: artrites, diabetes, fadiga, medo de infarto, efeitos colaterais de fármacos e álcool. A frequência e a intensidade da atividade sexual sofrem mudanças, mas problemas na capacidade de ter prazer não devem ser considerados como normais no envelhecimento.

f.( ) Embora não interfira diretamente na ingestão alimentar, o aumento da salivação e maior capacidade de mastigação são observados nos idosos. Isto pode ser decorrente da falta de dentes, do uso de dentaduras mal adaptadas ou de diversos distúrbios da deglutição.

g.( ) Em 1989, o Ministério da Saúde já normatizava

o funcionamento das instituições destinadas ao atendimento ao idoso. Contudo, foi em 1998 que foram incluídos os procedimentos de atendimento a pacientes sob cuidados prolongados, de internação em regime de hospital dia geriátrico e de internação domiciliar com equipe hospitalar.

h.( ) As orientações para o idoso devem ser dadas primeiramente a seu acompanhante, pois o idoso na maioria das vezes não é capaz de compreender as informações prestadas.

i.( ) Os exercícios de força muscular, além de contribuírem para a diminuição da incidência de quedas, incrementam a densidade óssea.

j.( ) Em 1999, foi anunciada a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

C. Questões de múltipla escolha.

1. São diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e do Pacto da Saúde:

I - Promoção do envelhecimento ativo e saudável.
II - Implantação de serviços de atenção domiciliar.
III - Acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco.
IV - Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.
V - Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

a. Somente a I está correta.
b. Todas estão corretas.
c. I e II estão corretas.
d. IV e V estão incorretas.

2. Todas são ações da Atenção Primária à Saúde, exceto:

a. Grupos de convivência e educação individual.
b. Visitas domiciliares.
c. Acompanhamento dos usuários contrarreferenciados.
d. Assistência domiciliar com objetivo de capacitar o paciente terminal a permanecer o maior tempo possível em casa.

3. Relacione:

1- Casa-Lar
2- República
3- Centro-dia
4- Centro de convivência

( ) Moradia destinada a pessoas idosas independentes, cuja renda é insuficiente para sua sobrevivência.
( ) Espaço destinado à frequência dos idosos e de seus familiares, onde são realizadas atividades físicas, ocupacionais, culturais, de lazer, associativas, produtivas e de ação comunitária.
( ) Alternativa de moradia para pequenos grupos de pessoas idosas que preservam habilidades para a convivência e precisam de uma pessoa habilitada para apoio às suas necessidades diárias.
( ) Instituição estratégica de atenção dirigida aos idosos que apresentam limitações para o desenvolvimento das atividades da vida diária, que por motivos de carências familiares e funcionais não podem ser atendidas durante o dia no ambiente familiar.

a. 2,4,1,3
b. 1,2,4,3
c. 1,4,2,3.
d. 2,1,4,3.

UNIDADE III
ALTERAÇÕES RELACIONADAS COM A IDADE

1. ASPECTOS GERAIS DO ENVELHECIMENTO

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO



Segundo Smeltzer *et al* (2009), "o envelhecimento psicológico bem sucedido reflete-se na capacidade das pessoas idosas de se adaptar às perdas físicas, sociais e emocionais e de obter contentamento, serenidade e satisfação na vida". Uma autoimagem positiva estimula a aceitação do risco e a participação em novas e desconhecidas funções.

Na atualidade, a valorização pessoal parece estar vinculada à capacidade física, à beleza, à força, ao sucesso, à vitalidade, não havendo espaço para a velhice, algo que remete a um futuro longínquo especialmente para os jovens.

O processo de envelhecimento pode gerar medo e incapacidade nas pessoas idosas e familiares. Tal contexto é resultado de crenças que se estabelecem de maneira sutil e destrutiva na sociedade em geral, na forma de preconceitos e discriminação.

A aposentadoria e a percepção da não produtividade são responsáveis por sentimentos negativos, tais como a não contribuição com a sociedade e a sobrecarga gerada sobre a pessoa mais jovem.

Ocorre, neste contexto, a desvalorização da pessoa idosa. São perdidas funções valorosas como aconselhamento e lembranças, uma vez que o "velho" é negado em sua função social. Como resultado desta desvalorização, verifica-se a crescente institucionalização da pessoa idosa, a discriminação e a deficiência nas relações interpessoais.

Através da compreensão do processo de envelhecimento e do respeito pela pessoa humana podem ser desmistificados os aspectos negativos criados em torno da pessoa idosa. Quando a dignidade do idoso é preservada, a sua qualidade de vida melhora, através do confronto positivo das mudanças, ou seja, a realidade é vivenciada de forma saudável.

Estresse e enfrentamento no idoso

A vida das pessoas é atravessada por situações estressantes. O enfrentamento e a capacidade de adaptar-se a situações de estresse são desenvolvidos ao longo de toda uma vida, permanecendo compatíveis com aqueles de uma fase mais anterior na vida.

A forma como a pessoa lida com as adversidades, muitas vezes não é adequada, o que leva à ansiedade e à depressão. Tal quadro, consequentemente, contribui para o desencadeamento de doenças e agravos.

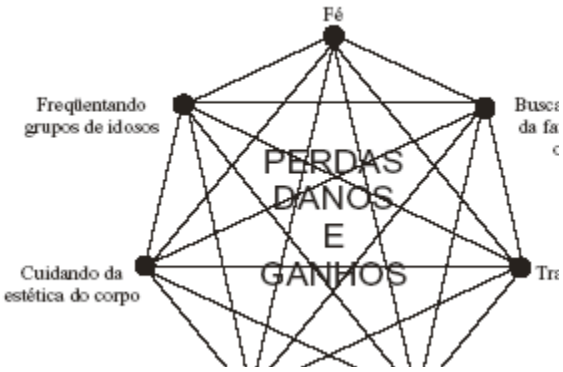
Experiências bem sucedidas nas fases mais iniciais da vida adulta ajudam a pessoa a desenvolver uma autoimagem positiva, que permanece sólida durante a fase idosa. Entretanto, as perdas podem acumular-se dentro de um curto período de tempo, tornando-se difíceis de serem elaboradas pela pessoa idosa. Esta tem poucas opções e menos recursos para lidar com os eventos estressantes (Smeltzer *et al*, 2009).

De acordo com Smeltzer *et al* (2009) e Trentini *et al* (2005), os estressores considerados comuns ao idoso são:

- A morte de pessoas queridas;
- As perdas sociais e ambientais;
- Os sinais do envelhecimento;
- As condições crônicas de saúde;
- O comprometimento das funções físicas;
- Os déficits nas atividades da vida diária.

No estudo realizado por Trentini *et al* (2005), há múltiplas estratégias utilizadas pelas pessoas idosas para o enfrentamento dessas situações adversas: a fé, o trabalho, a busca de ajuda, a participação em grupo de idosos, até mesmo a rejeição (não aceitação do envelhecimento), bem como a procura do atendimento médico.

Estratégias de enfrentamento e suas inter-relações:



Fonte: Trentini *et al.,* 2005.

ASPECTOS COGNITIVOS DO ENVELHECIMENTO

O declínio da capacidade cognitiva é um processo normal do envelhecimento ou de um estágio de transição para as demências. Tal declínio decorre de alterações fisiológicas, sensoriais, psicológicas (memória, linguagem, funções executivas e a capacidade de integração visual e espacial), que acontecem ao longo da vida.

Alterações temporárias na função cognitiva são perceptíveis em pessoas idosas quando hospitalizadas ou admitidas em instituições asilares, centros de reabilitação ou instituições de cuidado continuado devido à mudança do ambiente, à terapia médica ou à alteração no desempenho da função (Smeltzer *et al.,* 2009).

A avaliação cognitiva é realizada considerando-se a história pessoal e as expectativas; o método mais utilizado é o Miniexame do Estado Mental (MEEM), muito útil na triagem.

São utilizadas questões agrupadas em sete categorias: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). (ANEXO A)

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)



Fointe: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/.../manual_de_preenchimento_idoso.pdf

"As AVD-Básicas são caracterizadas pela capacidade de autocuidado e de atenção às necessidades básicas diárias, como a capacidade para alimentar-se, ter continência, locomover-se, tomar banho, vestir-se e usar corretamente o toalete" (Minas Gerais, 2006).

2. ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO OU PROCESSO DE ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO

Envelhecimento intrínseco: alterações provocadas pelo processo normal do envelhecimento, as quais são geneticamente programadas e quase universais dentro da espécie. A universalidade é o principal critério a ser utilizado na diferenciação entre o envelhecimento normal e anormal.

Envelhecimento extrínseco: resulta de influências externas às pessoas. Enfermidades e doenças adquiridas, poluição do ar e luz solar constituem exemplos de fatores extrínsecos que podem acelerar o processo de envelhecimento. Esses processos de envelhecimento anormais podem ser eliminados ou reduzidos através das intervenções efetivas de cuidados da saúde.

As alterações celulares e extracelulares do idoso provocam uma modificação no aspecto físico e um declínio na função. Ocorrem alterações mensuráveis no formato e na constituição corporal.

Os sistemas orgânicos não podem funcionar com eficiência máxima em virtude dos déficits celulares e teciduais. As células tornam-se menos capazes de se substituírem. A degradação da elastina e do colágeno faz com que o tecido conjuntivo se torne mais rígido e menos elástico.

O bem-estar de uma pessoa idosa depende de fatores físicos, mentais, sociais e ambientais. Um

histórico completo inclui a avaliação de todos os principais sistemas corporais, dos estados social e mental, e da capacidade da pessoa de atuar de forma independente, apesar de uma doença crônica.

Todas as alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento terão repercussão nos mecanismos homeostáticos do idoso e em sua resposta orgânica, diminuindo sua capacidade de reserva, de defesa e de adaptação, o que o torna mais vulnerável a quaisquer estímulos (traumático, infeccioso ou psicológico). Dessa forma, as doenças podem ser desencadeadas mais facilmente. As pessoas idosas podem ser incapazes de responder efetivamente a uma doença aguda. Do mesmo modo, quando uma patologia crônica está presente, os idosos podem ser incapazes de sustentar as respostas apropriadas por longo tempo. A resposta ao tratamento também é prejudicada.

No quadro abaixo, são mostradas as principais alterações nos sistemas corporais:

SISTEMA	MUDANÇAS	ACHADOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS
Cardiovascular	-Débito cardíaco diminuído; -Capacidade reduzida de responder ao estresse; -Frequência cardíaca e volume sistólico não aumentam com a demanda máxima; -Velocidade de recuperação cardíaca mais lenta; -Pressão arterial aumentada.	Queixas de fadiga com atividade aumentada; Tempo aumentado de recuperação da frequência cardíaca; PA normal.
Respiratório	-Aumento no volume pulmonar residual; -Diminuição na capacidade vital; -Troca gasosa e capacidade de difusão diminuída; Redução da eficiência da tosse.	Fadiga e falta de ar com a atividade sustentada; Cicatrização comprometida; Dificuldade em expectorar.
Tegumentar	-Proteção diminuída contra trauma e exposição ao sol; -Proteção diminuída contra extremos de temperatura; Secreção diminuída de óleos naturais e de suor.	Pele fina e enrugada; Lesões, escoriações e queimadura solar; Intolerância ao calor; Estrutura óssea proeminente; Pele seca.
Reprodutivo	-Feminino: estreitamento vaginal e diminuição da elasticidade e das secreções vaginais. -Masculino: diminuição do tamanho do pênis e dos testículos. -Masculino e feminino: resposta sexual mais lenta.	Feminino: relação sexual dolorosa; Sangramento vaginal após coito; Prurido e irritação vaginal; Orgasmo retardado. Masculino: ereção e orgasmo tardios.
Músculo-esquelético	-Perda da densidade óssea; -Perda da força e tamanho musculares; -Cartilagem articular degenerada.	Diminuição da altura; Propensão a fraturas; Cifose; Dor nas costas; Perda da força, flexibilidade e resistência; Dor articular.

Geniturinário masculino	-Hiperplasia benigna da próstata	Retenção urinária; Sintomas de micção irritativos; Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga; Micturia.
Geniturinário feminino	-Relaxamento dos músculos do períneo; -Instabilidade do detrusor (incontinência de urgência); -Disfunção uretral (incontinência urinária de estresse).	Síndrome de urgência/ frequência; Gotas de urina eliminadas com a tosse, riso, mudança de posição.
Gastrointestinal	-Salivação diminuída; -Dificuldade de deglutir; -Esvaziamento gástrico e esofágico retardado; -Motilidade gastrointestinal diminuída.	Queixas de boca seca, plenitude, pirose e má digestão; Constipação; Flatulência; Desconforto abdominal.
Nervoso	-Velocidade reduzida na condução nervosa; -Confusão aumentada com a doença física; -Perda dos estímulos ambientais; -Circulação cerebral reduzida.	Mais lento para responder e reagir; Aprendizado demorado; confusão com a internação hospitalar; Desmaio; Quedas frequentes.
Sensorial	-Visão: capacidade diminuída de focalizar objetos próximos; incapacidade de tolerar a luz intensa; dificuldade de ajustar-se às mudanças na intensidade da luz; capacidade diminuída de diferenciar as cores. -Audição: capacidade diminuída de ouvir sons de alta frequência. -Paladar e olfato: capacidade diminuída para o paladar e o olfato.	Segura objetos muito longe da face; Queixa de ofuscação; Visão noturna ruim; Confusão nas cores. Fornece respostas incorretas; pede para repetir as palavras; estica-se no sentido de ouvir. Usa sal e açúcar em excesso.

IDEIAS-CHAVE

Aspectos psicossociais do envelhecimento; Estresse e enfrentamento no idoso; Aspectos cognitivos do envelhecimento; Atividades da vida diária; Alterações fisiológicas do envelhecimento ou processo de envelhecimento biológico.

RECAPITULANDO...

- O envelhecimento psicológico bem sucedido reflete-se na capacidade das pessoas idosas de se adaptar às perdas físicas, sociais e emocionais e de obter contentamento, serenidade e satisfação na vida.
- O processo de envelhecimento pode gerar medo e incapacidade nas pessoas idosas e familiares. Tal quadro é resultado de crenças que se estabelecem de maneira sutil e destrutiva na sociedade em geral, na forma de preconceitos e discriminação.
- A forma como a pessoa lida com as adversidades, muitas vezes, não é adequada, o que leva à ansiedade e à depressão, contribuindo para o desencadeamento de doenças e agravos.
- O declínio da capacidade cognitiva é um processo normal do envelhecimento ou de um estágio de transição para as demências, decorrente de alterações fisiológicas, sensoriais e psicológicas, que acontecem ao longo da vida.
- AVD - Básicas: são caracterizadas pela capacidade de autocuidado e de atenção às necessidades básicas diárias, como a capacidade para alimentar-se, ter continência, locomover-se, tomar banho, vestir-se e usar corretamente o toalete.
- Envelhecimento intrínseco: alterações provocadas

pelo processo normal do envelhecimento, que são geneticamente programadas e quase universais dentro da espécie.

- Envelhecimento extrínseco: resulta de influências externas às pessoas. Enfermidades e doenças adquiridas, poluição do ar e a luz solar constituem exemplos de fatores extrínsecos que podem acelerar o processo de envelhecimento.
- No quadro abaixo, são mostradas as principais alterações nos sistemas corporais:

SISTEMA	MUDANÇAS
Cardiovascular	-Débito cardíaco diminuído; -Capacidade reduzida de responder ao estresse; -Frequência cardíaca e volume sistólico não aumentam com a demanda máxima; -Velocidade de recuperação cardíaca mais lenta; -Pressão arterial aumentada.
Respiratório	-Aumento no volume pulmonar residual; -Diminuição na capacidade vital; -Troca gasosa e capacidade de difusão diminuída; -Redução da eficiência da tosse.
Tegumentar	-Proteção diminuída contra trauma e exposição ao sol; -Proteção diminuída contra extremos de temperatura; secreção diminuída de óleos naturais e de suor.
Reprodutivo	-Feminino: estreitamento vaginal e diminuição da elasticidade e das secreções vaginais. -Masculino: diminuição do tamanho do pênis e dos testículos. -Masculino e feminino: resposta sexual mais lenta.
Músculo-esquelético	-Perda da densidade óssea; -Perda da força e do tamanho musculares; -Cartilagem articular degenerada.
Geniturinário masculino	-Hiperplasia benigna da próstata
Geniturinário feminino	-Relaxamento dos músculos do períneo; -Instabilidade do detrusor (incontinência de urgência); -Disfunção uretral (incontinência urinária de estresse).
Gastrointestinal	-Salivação diminuída; -Dificuldade de deglutir; -Esvaziamento gástrico e esofágico retardado; -Motilidade gastrointestinal diminuída.
Nervoso	-Velocidade reduzida na condução nervosa; -Confusão aumentada com a doença física; -Perda dos estímulos ambientais; -Circulação cerebral reduzida.
Sensorial	-Visão: capacidade diminuída de focalizar objetos próximos; incapacidade de tolerar a luz intensa; dificuldade de ajustar-se às mudanças na intensidade da luz; capacidade diminuída de diferenciar as cores. -Audição: capacidade diminuída de ouvir sons de alta frequência. -Paladar e olfato: capacidade diminuída para o paladar e olfato.

PARA FIXAR O CONTEÚDO

A. Questões discursivas

1. De acordo com Smeltzer *et al* (2009) e Trentini *et al* (2005), quais são os estressores considerados comuns ao idoso?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Segundo Trentini *et al* (2005), quais são as estratégias utilizadas pelos idosos frente às situações adversas?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. Defina Atividades da Vida Diária.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

4. Cite as alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

5. Pesquise e defina egeísmo.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

B. Leia atentamente as afirmativas e marque V para as verdadeiras e F para as falsas.

a.( ) 1) ( ) O envelhecimento psicológico bem sucedido reflete-se na capacidade das pessoas idosas de se adaptar às perdas físicas, sociais e emocionais e de obter contentamento, serenidade e satisfação na vida.

b.( ) O envelhecimento intrínseco resulta de influências externas às pessoas. Enfermidades e doenças adquiridas, poluição do ar e a luz solar constituem exemplos de fatores extrínsecos que podem acelerar o processo de envelhecimento.

c.( ) "A cognição pode ser afetada por muitas variáveis, incluindo o comprometimento sensorial, saúde fisiológica, ambiente e influências psicossociais" (Smeltzer *et al*., 2009).

d.( ) A hierarquia das AVDs das pessoas idosas são: fazer compras, pegar transporte, pagar contas, tomar medicamentos, ter controle urinário e esfincteriano, andar, vestir-se, banhar-se, comer, cuidar da aparência, ir ao banheiro e sair da cama.

e.( ) São alterações no sistema cardiovascular do idoso: aumento do débito cardíaco; capacidade reduzida de responder ao estresse; frequência cardíaca e volume sistólico não aumentam com a demanda máxima; velocidade de recuperação cardíaca mais lenta; pressão arterial baixa.

C. Questões de múltipla escolha.

1. São alterações no sistema gastrointestinal no idoso, **exceto**:

a. Salivação diminuída; dificuldade de deglutir.
b. Xerostomia; instabilidade do detrusor.
c. Esvaziamento gástrico e esofágico retardados.
d. Motilidade gastrointestinal diminuída.

2. Considere as alterações no sistema reprodutivo feminino e assinale a alternativa correta:

a. Diminuição da elasticidade e das secreções vaginais; disfunção uretral.
b. Estreitamento vaginal; diminuição da elasticidade e das secreções vaginais; e relaxamento dos músculos do períneo.
c. Relaxamento dos músculos do períneo; instabilidade do detrusor; estreitamento vaginal.
d. Estreitamento vaginal; diminuição da elasticidade e das secreções vaginais.

UNIDADE IV
ASPECTOS DOS CUIDADOS DE SAÚDE DO IDOSO

1. A SAÚDE BUCAL DO IDOSO

A saúde bucal da pessoa idosa se reflete no bem-estar geral, na qualidade de vida e na autoestima, o que influencia de maneira direta a sua socialização.

O acesso dessa parte da população à atenção em saúde bucal é dificultado devido à dependência familiar, à locomoção prejudicada, ao medo, à crença de não necessitar de acompanhamento por ser portador de prótese total, à percepção fatalista de extrações e mutilação, entre vários outros fatores.

A dor e o desconforto na boca, a incapacidade de se alimentar e de falar confortavelmente são aspectos desaforáveis e negativos na interação social e na preservação da autoestima.

Entre as consequências da enfermidade bucal, além das já mencionadas, podem-se citar a desnutrição e a associação com doenças cardiovasculares (pneumonia aspiratória).

Por isso, há a necessidade de um maior envolvimento da família ou do cuidador, bem como interação multidisciplinar com a equipe para que o idoso tenha acesso à saúde bucal.

Condições bucais mais comuns no idoso

- Epitélio se torna mais delgado, friável e sensível;
- Diminuição do fluxo sanguíneo com consequente lentificação do processo de cicatrização;
- Desvio mesial dos dentes provocado pela força de oclusão;
- Presença de abrasão (esfoladura) resultante de processos mecânicos anormais como escovação traumática, uso de pasta dental abrasiva, hábito de morder ponta de cachimbo, entre outros;
- Aumento de doença periodontal;
- Os canalículos dentinários sofrem uma calcificação progressiva, o que ocasiona uma redução na permeabilidade, aumentando o limiar de sensibilidade à dor;
- Os dentes adquirem uma aparência escurecida, com tonalidade amarelada, castanha ou cinza;
- Atrofia das papilas filiformes, o que leva a uma diminuição do paladar;
- A função das glândulas salivares se torna reduzida, provocando a diminuição da secreção e alteração no equilíbrio bacteriano (*Streptococcus mutans e Lactobacilos)*;
- Aumento da deposição de cemento e reabsorção das raízes dentárias;
- Xerostomia (sensação de boca seca) associada a doenças sistêmicas e/ou ao efeito colateral de medicamentos.

A cárie no paciente idoso

A cárie dentária é uma doença multifatorial caracterizada pela desmineralização do dente, que ocorre devido à presença de microrganismos (placa bacteriana), à concentração de flúor na cavidade bucal, à frequência de ingestão de açúcar, ao fluxo e à capacidade tampão da saliva.

A cárie radicular é mais comum em idosos e consiste em pontos amolecidos, de coloração alterada, formas arredondadas, rasas, e com consequente invasão bacteriana. Progride para extensas áreas amolecidas, com coloração marrom-escura ou preta, envolvendo quase toda a superfície radicular exposta.

Enfermidade periodontal nos pacientes idosos:

"Enfermidade periodontal" é um termo geral utilizado para descrever um grupo de afecções das gengivas e das estruturas de suporte do dente (periodonto): raiz dentária, ligamento e tecido ósseo alveolar (Minas Gerais, 2006).

A doença é entendida como uma doença infecciosa, na qual as alterações de forma e função são consideradas sinais. O seu tratamento deve envolver uma abordagem integral, com ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento cirúrgico-restaurador e reabilitador.

A periodontite é uma inflamação consequente da agressão pela placa bacteriana sub gengival. Essa condição inflamatória ocorre devido ao acúmulo de placa bacteriana supra gengival na inflamação por gengivite (que favorece o surgimento da placa bacteriana mais virulenta).

Principais fatores de risco: fatores culturais e socioeconômicos; ausência de controle de placa; diabetes; imunodepressores; gestação; estresse; tabagismo.

Alterações na mucosa nos pacientes idosos

Candidíase: as condições que predispõem sua elevada incidência são debilidade, deficiências vitamínicas, traumas e higiene diminuída.

Estomatite: mais comumente causada por Cândida, infecção bacteriana, irritação mecânica ou outras reações alérgicas (prótese). Os sintomas são: áreas vermelhas discretas sob as próteses, vermelhidão generalizada em toda a área, vermelhidão associada

com hiperplasia papilar, injúria tecidual ulcerosa ou hipertrófica.

Câncer bucal: a língua é o local de maior incidência. A prevenção consiste em eliminar o uso de tabaco e do álcool, fazer visitas regulares ao dentista e manter hábitos alimentares saudáveis.

Alterações gustativas: causadas pela higiene bucal inadequada e por efeitos colaterais medicamentosos, o que muitas vezes aumenta a necessidade de sal e açúcar nos alimentos.

Queilite angular: caracteriza-se por uma inflamação junto aos cantos da comissura labial e sangramento ao forçar a abertura da boca. As causas são: perda da dimensão vertical de oclusão, deficiência de vitaminas B, doença de Parkinson, desidratação, ressecamento da mucosa labial e rachaduras.

Sinais de alerta em saúde bucal

- "Dor;
- Hemorragia;
- Abscesso, edema e outros quadros inflamatórios;
- Traumatismo dentário, ósseo, de tecidos moles ou articulação têm poro mandibular, limitação de movimentos mandibular;
- Lesão de tecidos moles;
- Necessidade de intervenção estética urgente ou reparo da peça protética" (Minas Gerais, 2006).

Principais sinais de risco em saúde bucal de idosos

- "Cavidade nos dentes;
- Falta de escovação diária com escova e dentifrício fluoretado;
- Sangramento, secreção e mobilidade dentária;
- Limitações estéticas, sociais ou funcionais decorrentes de problemas bucais;
- Portador de prótese removível e ausência de relato de ida ao dentista há mais de um ano;
- Idoso frágil" (Minas Gerais, 2006).

Tratamento das principais doenças bucais

- A mutilação deve ser evitada sempre que possível;
- Um plano de acompanhamento deve ser estabelecido, visando principalmente o conforto do cliente; se necessário, as consultas podem ser mais curtas;
- As alterações funcionais drásticas devem ser realizadas gradativamente em cada sessão;
- O acompanhamento deve ser periódico em clientes que fazem uso de prótese móvel ou que apresentam fatores de risco para o câncer bucal.

Tratamento das lesões cariosas

- Uso de antimicrobianos, de dentifrícios com alto teor de flúor, suplementos de flúor e enxaguatórios com soluções fluoretadas.
- Restauração do dente, quando necessário com próteses parciais e totais.

"A saúde bucal da pessoa idosa se reflete no bem-estar geral, na qualidade de vida e na autoestima, o que influencia de maneira direta a sua socialização. "

Tratamento da doença periodontal

- Promover o controle de fatores sistêmicos ou de medicamentos que possam contribuir para as doenças bucais.
- Tratamento da gengivite.
- Tratamento da periodontite, através do controle da placa sub gengival, da raspagem e do alisamento sub gengival.
- Remoção de fatores retentivos de placa, adequação do meio bucal, tipo de dieta e uso do tabaco.

Manutenção periódica preventiva

- As consultas de manutenção devem ser determinadas individualmente;
- Na xerostomia, as aplicações de flúor podem ser indicadas;
- A técnica adequada de escovação com dentifrício fluoretado deve ser desenvolvida junto ao cliente e/ou ao cuidador;
- Ações com vistas a uma maior adesão a dietas saudáveis devem ser implementadas;
- Universalização do acesso à água fluoretada.

2. A SAÚDE NUTRICIONAL

Entre os idosos, os distúrbios nutricionais são bastante comuns. As alterações no estado nutricional são decorrentes de: doenças crônicas, consumo de medicamentos (alterações no apetite, olfato e paladar), dificuldades na habilidade mastigatória, dentição, processo de deglutição (hipossalivação, disfagias orofaríngeas, dentre outros), baixa renda, inabilidade para realizar as refeições diárias e percepção sensorial.

A alimentação nutricionalmente adequada tem influência no bem-estar físico e mental, na prevenção e no tratamento de doenças. Neste contexto, a avaliação do estado nutricional da pessoa idosa é importantíssima, sendo descrita como um dos sinais vitais em geriatria. A realização desta avaliação inclui a obtenção de elementos referentes à dieta habitual, história clínica, dados antropométricos, dados bioquímicos, informações psicossociais, exame clínico,

uso de medicamentos, estado mental/cognitivo, estado funcional e saúde oral.

Antropometria: usada na triagem inicial para o diagnóstico e no monitoramento de doenças.

Índice de Massa Corporal

$$(IMC) = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura2 (m)}}$$

Pontos de corte do IMC estabelecidos para Idosos:

IMC	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≤ 22	Baixo peso
> 22 e <27	Adequado ou eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Fonte: LIPSCHITZ, D. A. *Screening for nutritional status in the elderly.* Primary Care, 21 (1): 55 -67, 1994.

Os sinais e sintomas relacionados a deficiências nutricionais são: perda de peso, perda de gordura subcutânea, perda muscular (calorias); edema, pele seca, alopecia, despigmentação (proteínas); descamação, eczema, hepatomegalia (Ácidos graxos essenciais); tetania, convulsões, cifose, osteopenia (cálcio); fraqueza (fósforo, potássio, magnésio, ferro); arritmia (potássio, magnésio); palidez, anemia, dispneia, atrofia da língua (ferro); retardo na cicatrização (zinco); supressão da medula óssea (cobre); intolerância à glicose (cromo); entre outros.

Os dez passos para uma alimentação saudável

1º. Realização de pelo menos três refeições e dois lanches por dia;
2º. Inclusão diária de seis porções de cereais (arroz, milho, trigo, tubérculos – batata, raízes, mandioca, aipim - e massas) nas refeições, dando preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma natural.
3º. Alimentação com pelo menos três porções de legumes, verduras e três porções ou mais de frutas.
4º. O feijão e o arroz devem fazer parte da dieta de todos os dias ou de pelo menos cinco vezes por semana.
5º. O leite deve ser consumido diariamente (três porções de leite e derivados) e também uma porção de carnes (boi, aves, peixes ou ovos), retirando a gordura aparente e a pele das aves quando da preparação dos alimentos.
6º. Óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina devem ser consumidos em no máximo uma porção por dia.
7º. Devem ser evitados refrigerantes, sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e guloseimas (no máximo duas vezes por semana).
8º. Deve-se diminuir a quantidade de sal na comida.
9º. Ingestão de pelo menos dois litros de água por dia (6 a 8 copos).
10º. Praticar atividade física diária, pelo menos 30 minutos. Evitar o uso de bebidas alcoólicas e o tabagismo (Brasil, 2008).

3. SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL

Funcionalidade familiar

Para que o sistema familiar subsista, os membros familiares precisam desempenhar importantes tarefas e funções, tais como prover e cuidar.

Prover: está relacionado ao sustento, abastecimento, ao poder de compra, às possibilidades de uma família.

Cuidar: está ligado ao desenvolvimento da afetividade, da alimentação, das tarefas domésticas, do comprometimento.

Avaliação da funcionalidade familiar

O funcionamento do sistema familiar nem sempre é harmônico. Desse modo, pode ser definido como funcional ou disfuncional.

Sistemas familiares funcionais: os indivíduos do grupo familiar respondem aos conflitos e situações críticas de maneira positiva, buscando estabilidade através de recursos próprios (conhecidos ou potenciais). Essa estrutura familiar permite que recursos estratégicos e terapêuticos sejam integrados na assistência da pessoa idosa.

Sistemas familiares disfuncionais: existe um comprometimento na dinâmica e manutenção do sistema, devido a interesses divergentes ou individualismo dos membros. As consequências resultantes são: superficialidade e instabilidade dos vínculos afetivos, agressividade, hostilidade e isolamento.

As diversas realidades apresentadas para as famílias brasileiras, tais como o aumento da mortalidade masculina em faixas etárias cada vez mais jovens e a necessária inserção das mulheres no mercado de trabalho formal e informal, afetam o balanço entre necessidades e disponibilidade de auxílio real existente entre os membros familiares, fazendo com que pessoas idosas assumam o cuidado das residências, das crianças e dos adolescentes com bastante frequência (Brasil, 2006).

O papel dos profissionais de saúde é auxiliar, apoiar e criar condições para que os indivíduos do grupo familiar revejam e renegociem suas funções. A compreensão da funcionalidade familiar é um componente primordial na assistência para o alcance

da terapêutica.

Avaliação do Estresse do Cuidador

Cuidador é a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência. Suas tarefas rotineiras envolvem: alimentação; higiene pessoal; medicação; mudança de decúbito; desenvolvimento de atividades de lazer; auxílio na recuperação e na qualidade de vida (Brasil, 2006, 2008).

O cuidador está sujeito a experimentar sentimentos diversos e contraditórios na relação com a pessoa idosa cuidada, tais como: raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, incapacidade e choro. Essas situações quando identificadas pelo profissional de saúde devem ser averiguadas para que intervenções sejam implementadas (auxílio técnico e financeiro, apoio da comunidade, participação de outras pessoas no cuidado).

A avaliação da sobrecarga dos cuidadores é uma medida preventiva no que se refere à possível ocorrência de violência contra a pessoa idosa e adoecimento do próprio cuidador.

Essa avaliação é realizada com base em um questionário, em que as respostas variam conforme o sentimento que envolve o cuidador (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente e sempre).

	Nunca	Raramente	Agumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) pede mais ajuda do que ele(a) necessita?					
2. O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o (a) Sr(a) gasta com NOME DO IDOSO(A) não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?					
3. O(a) Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de NOME DO IDOSO(A) e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O(a) Sr(a) sente envergonhado(a) com o comportamento de NOME DO IDOSO(A)?					
5. O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
6. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro de NOME DO IDOSO(A)?					
8. O(a) Sr(a) sente que de NOME DO IDOSO(A) depende do(a) Sr(a)?					
9. O(a) Sr(a) se sente tenso(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
10. O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com NOME DO IDOSO(A)?					
11. O(a) Sr(a) sente que Não tem tanta privacidade como gostaria por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
12. O(a) Sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					
13. O(a) Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
14. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) espera que o(a) Sr(a) cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					
15. O(a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de NOME DO IDOSO(A) somando-se às suas outras despesas?					
16. O(a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de NOME DO IDOSO(A) por muito mais tempo?					
17. O(a) Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de NOME DO IDOSO(A)?					
18. O(a) Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de NOME DO IDOSO(A)?					
19. O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por NOME DO IDOSO(A)?					
20. O(a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por NOME DO IDOSO(A)?					
21. O(a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de NOME DO IDOSO(A)?					
22. De uma maneira geral, quanto o(a) Sr(a) se sente sobrecarregado por cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					

Fonte: Brasil, 2006.

4. VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E MAUS TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA

Maus tratos são atos ou omissões (único ou repetidos, planejados ou não) que causam dano, prejuízo, aflição, ou ameaça à saúde e bem-estar da pessoa. Geralmente, são praticados pelo cuidador e familiar, amigos, vizinhos ou até mesmo pelo profissional de saúde (Brasil, 2008).

A violência intrafamiliar contra a pessoa idosa é aquela que acontece no meio familiar (filho/filha, marido/esposa, nora/genro, amigo/amiga que moram na mesma casa), apresentando-se de diferentes formas: agressão física (beliscões, tapas, empurrões, cortes, queimadura), abuso sexual (exibicionismo, masturbação forçada, realização do ato sexual sem a permissão da pessoa), violência psicológica (insultos, humilhação, ameaças, manipulação afetiva), violência econômica (roubo, destruição de bens pessoais, uso de recursos financeiros do idoso), negligência (omissão de cuidado, alimentação, higiene, segurança). Outros tipos de violência são:

Autonegligência: é a violência praticada contra si mesma, ou seja, a pessoa idosa age contra a sua própria saúde e segurança (se recusa a tomar banho, a se alimentar, a se movimentar, a tomar os medicamentos prescritos).

Violência institucional: ocorre em decorrência de ações ou omissões, dentre as quais podem ser citadas frieza, falta de atenção para com a pessoa idosa ou negligência, maus tratos, discriminação, crítica e agressões verbais.

Manifestações relacionadas a maus tratos:

- Lesões físicas (hematomas, queimaduras, fraturas, contusões, lacerações);
- Higiene precária;
- Desidratação e desnutrição;
- Busca por assistência tardia em relação aos sintomas ou lesão;
- Dificuldade em dar explicações por ambas as partes (cuidador e idoso);
- Divergência entre as explicações apresentadas;
- Piora de uma doença crônica apesar do tratamento correto.

A violência apresenta-se em maiores proporções em idosos com maior dependência física ou mental, condição essa que se agrava pelo convívio familiar estressante e despreparo ou sobrecarrega de cuidadores.

Os profissionais de saúde desempenham importante papel na interrupção da violência contra a pessoa idosa, mas nem sempre é fácil identificar essa situação, até mesmo pelo fato do idoso sentir-se envergonhado, ameaçado ou com medo de admitir tal fato. Existem, ainda, condições em que falta suporte formal para auxiliar tanto a vítima quanto os profissionais (Brasil, 2006).

Dessa forma, os profissionais precisam ser conscientizados a tomar decisões junto da equipe interdisciplinar, para evitar que a pessoa idosa seja exposta a maiores riscos, pois o ato da violência pode levar até a ocorrência de óbito. O preenchimento do prontuário é importantíssimo, especialmente no que se refere à descrição de manifestações sugestivas de maus tratos, intervenções e procedimentos realizados. Essas medidas visam auxiliar a vítima nos seus direitos e os profissionais nos seus deveres, já que a omissão é passível de punição legal.

A notificação de todo caso suspeito ou confirmado de violência deve ser feita conforme a rotina estabelecida em cada município. Os encaminhamentos são de acordo com a organização da rede de serviços local:

- Delegacia especializada da mulher;
- Centro de Referência da Mulher;
- Delegacias Policiais;
- Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa;
- Centro de Referência da Assistência Social (CRAS);
- Ministério Público;
- IML e outros.

5. ENVELHECIMENTO E MEDICAMENTOS

Segundo Smeltzer *et al* (2009), as pessoas idosas são as pessoas que mais utilizam medicamentos. A terapia farmacológica, quando realizada adequadamente, promove o bem-estar (alívio da dor, do desconforto, cura de processos infecciosos, tratamento de doenças crônicas), permitindo, assim, a manutenção da qualidade de vida.

A incidência de reações indesejadas aumenta em pessoas idosas em consequência das alterações normais do envelhecimento na absorção (ácido gástrico reduzido, pH aumentado), metabolismo (débito cardíaco e perfusão hepática diminuídos), distribuição (sítios de albumina diminuídos), e excreção (fluxo sanguíneo renal diminuído, perda de néfrons funcionais, eficiência renal diminuída) dos medicamentos.

Os eventos adversos ocorrem principalmente devido a interações medicamentosas, múltiplos efeitos dos medicamentos, dosagens incorretas e usos múltiplos de medicamentos (polifarmácia).

O estado nutricional do idoso pode estar comprometido, como discutido anteriormente, por uma dieta marginal ou pela doença crônica e seu tratamento, o que somado ao uso de determinados medicamentos,

especialmente os inadequadamente prescritos, pode comportar altos riscos para esse paciente.

Os medicamentos podem desencadear náuseas, vômitos, perda de apetite, irritação no estômago, constipação, diarreia e diminuição na absorção de nutrientes, além de modificar o equilíbrio eletrolítico, o metabolismo de carboidratos e lipídios. A combinação de múltiplos medicamentos com o álcool e outros medicamentos populares e à base de ervas, podem agravar a situação (Smeltzer *et al.,* 2009).

Polifarmácia

O aumento do número de doenças crônicas, de consultas e de tratamento com vários especialistas explica a ocorrência da polifarmácia.

"Os medicamentos mais comumente utilizados pelos idosos são os que atuam no sistema cardiovascular (anti-hipertensivos, diuréticos, digitálicos e anticoagulantes) que representam, aproximadamente, 45% das prescrições, os de ação no trato gastrointestinal (antiácidos, laxativos) e os ansiolíticos" (Brasil, 2006).

Cuidados de enfermagem

- Verificar a compreensão do idoso e/ou familiar acerca de quando e como tomar cada medicamento;
- Avaliar o conhecimento do paciente e/ou familiar sobre a finalidade do medicamento e do regime terapêutico;
- Atentar para que as explicações concernentes ao esquema terapêutico sejam em linguagem acessível e simples;
- Orientar o paciente a informar ao médico em todas as consultas o uso de medicamentos populares e à base de ervas, álcool e drogas ilícitas, se for o caso. A pessoa idosa deve ser incentivada a ter uma lista de todos esses medicamentos no bolso ou na carteira;
- Atentar para duplicação ou contraindicações no regime medicamentoso;
- Indicar o uso de dispensador de medicamentos, para auxiliar o paciente a tomar a medicação corretamente, evitando-se possíveis esquecimentos.





6. IATROGENIA

A iatrogenia pode ser definida como uma alteração maléfica ou doença não intencional causada por uma intervenção ou omissão no cuidado, independente de justificação por parte da equipe multiprofissional de saúde, o que resulta em dano à saúde do paciente (Szlejf *et al*., 2008; Minas Gerais, 2006).

Iatrogenia Medicamentosa

As doenças crônicas, degenerativas e infectocontagiosas geram vários sintomas e incidem particularmente na pessoa idosa, levando à polifarmácia e, consequentemente, ao risco de iatrogenia.

Assim, faz-se necessária a capacitação dos profissionais de saúde para que saibam reconhecer os principais efeitos farmacológicos e os medicamentos que devem ser utilizados com cautela.

O sucesso terapêutico depende de vários fatores além da escolha da droga, como a presença de limitações físicas e cognitivas que impedem o idoso de usar a medicação corretamente, bem como a falta de condições econômicas para a aquisição do medicamento (Minas Gerais, 2006).

Cascata iatrogênica

- Uso de drogas para tratar efeitos colaterais;
- Realização sequencial de exames desnecessários;
- Eficácia duvidosa;
- Segurança não comprovada;
- Dose elevada;
- Custo elevado;
- Complacência duvidosa;
- Regime complexo;
- Outros procedimentos.

O profissional de saúde desempenha importante papel ao preencher corretamente a caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, principalmente no que se refere ao registro das medicações utilizadas. Através da racionalização da prescrição, os agravos advindos da polifarmácia são evitados, bem como a iatrogenia.

EFEITOS ADVERSOS DOS MEDICAMENTOS EM IDOSOS	
Medicamentos	Sinais e sintomas
Anticolinérgicos: antipsicóticos (tioridazina, Haloperidol); Antidepressivos tricíclicos (Amitriptilina, Imipramina, Nortriptilina); Antiparkinsonianos; Bloqueadores H2 (Cimetidina, Ranitidina), Corticosteroides; Digitálicos; Fenitoína; Benzodiazepínicos; Analgésicos narcóticos.	Confusão mental
Psicotrópicos: benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos, anticolinérgicos; Anti-hipertensivos.	Quedas
Anticolinérgicos, bloqueadores de canal de cálcio (Verapamil), analgésicos narcóticos, antiácidos com alumínio, diuréticos, cálcio e suplemento de ferro, AINE.	Constipação intestinal
Anticolinérgicos; Antiadrenérgicos; Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, imipramin, nortriptilina); Anti-hipertensivos; Anti-histamínicos; Álcool.	Hipotensão ortostática
Anticolinérgicos; Analgésicos narcóticos; Agonistas α-adrenérgicos; Bloqueadores de canal de cálcio; Agonistas β-adrenérgicos.	Retenção urinária aguda
Anticolinérgicos; analgésicos narcóticos; agonistas α-adrenérgicos; bloqueadores de canal de cálcio; agonistas β-adrenérgicos; Bloqueadores α-adrenérgicos; Diuréticos; Benzodiazepínicos, sedativos, hipnóticos.	Incontinência urinária
Antagonistas dopaminérgicos (cinarizina, flunarizina); Antipsicóticos (haloperidol, tioridazina, risperidona, olanzapina); Metoclopramida; Fluoxetina	Parkinsonismo
Anticolinérgicos; Antidepressivos tricíclicos; Anti-histamínicos; Anti-hipertensivos; Antiparkinsonianos; Ansiolíticos; Diuréticos.	Xerostomia
Anticolinérgicos; Antidepressivos tricíclicos; Anti-histamínicos; Anti-hipertensivos; Antiparkinsonianos; Ansiolíticos; Diuréticos	Tinnitus
Digoxina; Teofilina; Hidroclorotiazida; AINEs; Triantereno; Inibidores da enzima conversora.	Anorexia
Metformina; Cimetidina; Ranitidina; Colchicina.	Má absorção de vitamina B12
Metrotexato; Difenilhidantoína; Primidona; Carbamazepina; Fenobarbital; Isoniazida; Trimetropin; Sulfasalazina; Triantereno; Álcool; Metformina; Colestiramina.	Má absorção de ácido fólico
Óleo mineral.	Má absorção de vitaminas lipossolúveis

Fonte: Minas Gerais, 2006.

7. CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo a Organização Mundial de Saúde, Cuidados Paliativos consistem na abordagem dos pacientes com doença ativa, progressiva e avançada, para quem o prognóstico é limitado e a assistência é voltada para a qualidade de vida.

As ações são voltadas para a prevenção e alívio do sofrimento. Isto significa a identificação precoce e o tratamento da dor e outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Objetivos: maximizar benefícios; prevenir e curar a doença; aliviar o sofrimento; minimizar o que é oneroso e evitar a terapêutica fútil e inútil;

Inicialmente, é necessário definir o paciente terminal como um indivíduo com perspectivas de morte em um curto espaço de tempo. São exemplos de pacientes em fase terminal aqueles em fase avançada de câncer, com declínio funcional e com falência orgânica. O objetivo é conduzir cuidados de higiene e conforto, aliviando a dor e controlando qualquer outro sintoma que cause sofrimento.

Atualmente, existem vários conceitos relacionados à morte em discussão:

Eutanásia: abreviar a morte de maneira ativa ou passiva.

Distanásia: prolongamento da vida, podendo prolongar o sofrimento.

Ortotanásia: morte natural e em tempo certo, sem interferência da ciência.

Suicídio assistido: quando uma pessoa que não consegue concretizar sozinha sua intenção de morrer solicita o auxílio de um outro indivíduo.

Mistanásia: também chamada de eutanásia social, é a morte fora e antes da hora, geralmente relacionada à miséria e à violência.

No Brasil, não há nenhuma lei autorizando qualquer método de abreviação da vida.

Uma das mais bem-sucedidas iniciativas de aplicação dos cuidados paliativos tem sido o programa Hospice. Nesta abordagem, uma equipe interdisciplinar provê cuidados paliativos para os pacientes, ajudando-os e a seus familiares nos aspectos emocionais e espirituais, que fazem parte da experiência de morrer. Os pacientes continuam a ser tratados por seus próprios médicos, mas há uma ênfase no cuidado domiciliar dispensado por uma equipe treinada composta por enfermeiros, assistentes sociais, religiosos e voluntários. Os sintomas físicos são

tratados para que o paciente permaneça confortável e busca-se propiciar que o indivíduo e os familiares alcancem um crescimento pessoal com as vivências que o morrer oferece.

A abordagem deve ser individualizada e oferecer opções de domicílio, hospices, ILPIs, hospitais e unidades de cuidados paliativos, de acordo com a necessidade e a preferência de cada indivíduo.

Tratamento e cuidados de enfermagem

- Terapêutica antiálgica.
- Administração de opioides antes da manipulação em pacientes com lesões ou rigidez.
- Aconselhamento nutricional.
- Documentação da decisão de não ressuscitação.
- Suspender intervenções desnecessárias (exames, acesso venoso, etc).
- Permitir a ingestão de pequenas quantidades de alimentos de agrado do paciente em intervalos regulares, incentivando as refeições junto da família.
- Estimular pequenas atividades físicas para preservar a força muscular.
- Fortalecer e restaurar a autonomia.
- Valorizar a vida e considerar o morrer como um processo normal, encarando o fim da vida com dignidade e paz.
- Não buscar apressar a morte, tampouco encará-la como sinal de fracasso da equipe.
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados ao paciente e família.
- Apoiar o paciente a viver o mais ativamente possível até a sua morte.
- Oferecer um sistema de apoio à família para lidar com a doença do paciente e com o luto.
- Usar uma abordagem interdisciplinar e abrangente para atender às necessidades dos pacientes e familiares.
- Melhorar qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.

IDEIAS-CHAVE

Saúde bucal do idoso; Saúde nutricional; Suporte familiar e social; Avaliação do Estresse do Cuidador; Violência intrafamiliar e maus tratos contra a pessoa idosa; Envelhecimento e medicamentos; Iatrogenia; Cuidados paliativos.

RECAPITULANDO...

- A saúde bucal da pessoa idosa se reflete no bem-estar geral, na qualidade de vida e na autoestima, o que influencia de maneira direta a sua socialização.
- A dor e o desconforto na boca, a incapacidade de se alimentar e de falar confortavelmente são aspectos desaforáveis e negativos na interação social e na preservação da autoestima.
- Cárie dentária: é uma doença multifatorial caracterizada pela desmineralização do dente, que ocorre devido à presença de microrganismos (placa bacteriana), à concentração de flúor na cavidade bucal, a frequência de ingestão de açúcar, ao fluxo e à capacidade tampão da saliva.
- “Enfermidade periodontal”: é um termo geral utilizado para descrever um grupo de afecções das gengivas e das estruturas de suporte do dente (periodonto) - raiz dentária, ligamento e tecido ósseo alveolar.
- As alterações no estado nutricional são decorrentes de: doenças crônicas, consumo de medicamentos (alterações no apetite, olfato e paladar), dificuldades na habilidade mastigatória, dentição, processo de deglutição (hipossalivação, disfagias orofaríngeas, dentre outros), baixa renda, inabilidade para realizar as refeições diárias, e percepção sensorial.
- Funcionalidade familiar: os membros familiares desempenham importantes tarefas e funções, como prover e cuidar.
- Maus tratos são atos ou omissões (únicos ou repetidos, planejados ou não) que causam dano, prejuízo, aflição ou ameaça à saúde e bem-estar da pessoa.
- A violência intrafamiliar contra a pessoa idosa é aquela que acontece no meio familiar (filho/filha, marido/esposa, nora/genro, amigo/amiga, que moram na mesma casa).
- A violência apresenta-se em maiores proporções em idosos que apresentam maior dependência física ou mental, condição essa que se agrava pelo convívio familiar estressante e despreparo ou sobrecarrega de cuidadores.
- As pessoas idosas são as pessoas que mais utilizam medicamentos. A terapia farmacológica quando realizada adequadamente promove o bem-estar (alívio da dor, do desconforto, cura de processos infecciosos, tratamento de doenças crônicas), permitindo, assim, a manutenção da qualidade de vida.
- Os eventos adversos ocorrem principalmente devido a interações medicamentosas, múltiplos efeitos dos medicamentos, dosagens incorretas e usos múltiplos de medicamentos (polifarmácia).
- Iatrogenia: pode ser definida como uma alteração maléfica ou doença não intencional causada por uma intervenção ou omissão no cuidado, independente de justificação, por parte da equipe multiprofissional de saúde, que resulta em dano à saúde do paciente.
- Cuidados paliativos: consistem na abordagem dos pacientes com doença ativa, progressiva e avançada, para quem o prognóstico é limitado. A assistência é voltada para a qualidade de vida. As ações são voltadas para a prevenção e alívio do sofrimento.

PARA FIXAR O CONTEÚDO

A. Questões discursivas

1. Quais são as consequências da enfermidade bucal?

2. Defina cárie e enfermidade periodontal.

3. Quais são as alterações na mucosa dos pacientes idosos?

4. Explique sistemas familiares funcionais e disfuncionais.

5. Defina cuidador.

6. Cite as manifestações relacionadas a maus tratos.

7. A notificação de todo caso suspeito ou confirmado de violência deve ser feita conforme a rotina estabelecida em cada município. Quais são os possíveis encaminhamentos existentes de acordo com a organização da rede de serviços local?

8. Quais são os cuidados de enfermagem referente à farmacologia e envelhecimento?

9. Relacione iatrogenia e polifarmácia.

10. Defina cuidados paliativos.

B. Leia atentamente as afirmativas e marque V para as verdadeiras e F para as falsas.

a.( ) Xerostomia caracteriza-se por uma inflamação junto aos cantos da comissura labial e sangramento ao forçar a abertura da boca.

b.( ) A alimentação nutricionalmente adequada tem influência no bem-estar físico e mental, na prevenção e no tratamento de doenças.

c.( ) A violência apresenta-se de diferentes formas: agressão física, abuso sexual, violência psicológica, violência econômica, negligência, autonegligência e violência institucional.

d.( ) A incidência de reações adversas aumenta em pessoas idosas em consequência das alterações normais do envelhecimento na absorção, metabolismo, distribuição e excreção dos medicamentos.

e.( ) Iatrogenia pode ser definida a partir de atos ou omissões (únicos ou repetidos, planejados ou não), que causam dano, prejuízo, aflição ou ameaça à saúde e bem-estar da pessoa.

f.( ) Reações adversas “são os inerentes à própria

ação farmacológica do medicamento, porém, o aparecimento é indesejável num momento determinado de sua aplicação" (Organização Mundial de Saúde).

g.( ) A violência contra idosos se manifesta nas formas: estrutural, que ocorre pela desigualdade social; interpessoal, que se refere às relações cotidianas; e institucional, que se reflete na aplicação ou omissão da gestão das políticas sociais e pelas instituições de assistência.

C. Questões de múltipla escolha.

1. Atualmente, existem vários conceitos relacionados à morte. Marque as alternativas conforme o significado:

1- Eutanásia
2- Distanásia
3- Ortotanásia
4- Suicídio assistido
5- Mistanásia

( ). Quando uma pessoa, que não consegue concretizar sozinha sua intenção de morrer, solicita o auxílio de um outro indivíduo.
( ). Prolongamento da vida, podendo postergar o sofrimento.
( ). Também chamada de eutanásia social, é a morte fora e antes da hora, geralmente relacionada à miséria e à violência.
( ). Morte natural e em tempo certo, sem interferência da ciência.
( ). Abreviamento da morte de maneira ativa ou passiva.

Assinale a alternativa correta:

a. 4; 2; 5; 3; 1.
b. 1; 2; 5; 3; 4.
c. 4; 5; 2; 3; 1.
d. 4; 3; 5; 2; 1.

UNIDADE V
DISTÚRBIOS DA PRESSÃO ARTERIAL E PECULIARIDADES EM DIABETES MELLITUS NO IDOSO

1. DISTÚRBIOS DA PRESSÃO ARTERIAL NO IDOSO



Segundo o Ministério da Saúde, Hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial, assintomática (na grande maioria dos casos), que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos, capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por eles irrigados.

"A prevalência da hipertensão se correlaciona diretamente com a idade, sendo mais presente entre as mulheres e nas pessoas com sobrepeso ou obesidade" (Brasil, 2006).

Classificação diagnóstica:

Os números que representam a medida de pressão arterial são calibrados em milímetros de mercúrio (mmHg) e significam, respectivamente, pressão arterial sistólica ou máxima (pressão do sangue nos vasos quando o coração contrai) e pressão arterial diastólica ou mínima (pressão sanguínea nos vasos quando o coração encontra-se na fase de relaxamento).

Hipertensão sistólica isolada: é mais comum que a hipertensão diastólica isolada em pessoas idosas.

Hipotensão ortostática: não existe um consenso quanto à definição, mas admite-se a tomada da pressão entre a posição sentada e em ortostatismo em nível igual ou superior a 20 mm/Hg.

As complicações da HA são: nefropatia, retinopatia, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca, hipertrofia ventricular esquerda, diabetes e doença vascular arterial periférica. "O tratamento adequado dos pacientes idosos reduz em 70% a ocorrência de acidente vascular encefálico" (Minas Gerais, 2006).

Diagnóstico

Por ser uma enfermidade frequentemente assintomática, é na maioria das vezes diagnosticada quando já existem lesões de órgãos-alvo.
O diagnóstico é obtido através de duas medidas da PA em momentos distintos, com manguito apropriado (largura de 40% da circunferência do braço e borracha que envolva no mínimo 80% do braço).

PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA PAS (mmHg)	PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA PAD (mmHg)	CLASSIFICAÇÃO
<130	<85	Normal
130 – 139	85 – 89	Normal Limítrofe
140 – 159	90 – 99	Hipertensão Leve (Estágio 1)
160 – 179	100 – 109	Hipertensão Moderada (Estágio 2)
>180	>110	Hipertensão Grave (Estágio 3)
>140	<90	Hipertensão Sistólica (Isolada)

Fonte: Secretária Municipal de Saúde de Divinópolis, 2008.

Tratamento

Tratamento não farmacológico

Modificações do estilo de vida: dieta equilibrada, diminuição da ingestão de sal, prática de atividade física regular, controle do peso corporal, abandono do consumo de cigarros, álcool e outras drogas, quando for o caso.

Tratamento farmacológico

O tratamento é individualizado e deve promover a melhora da qualidade de vida do paciente.

CLASSES DE ANTI -HIPERTENSIVO	MEDICAMENTOS
Diuréticos	Hygroton, Hidrocloretiazida, Lasix, Espirinolactona.
Inibidores adrenérgicos	Metildopa, Clonidina, Propanolol, Metropolol.
Vasodilatadores arteriais diretos	Cloridato de Hidralazina, Minoxidil, Nitroprussiato de sódio.
Inibidores da enzima de conversão da angiotensina	Captopril, Enalapril.
Bloqueadores dos canais de cálcio	Cloridrato de Diltiazem, Verapamil, Nifedipina, Anlodipina.
Antagonistas do receptor da angiotensina II	Losartan, Diovam.

2. PECULIARIDADES EM DIABETES MELLITUS NO IDOSO

O diabetes mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos.

Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo I (10% dos casos) e o diabetes tipo II (90%).

Diabetes tipo I: com início na infância ou no adulto jovem. Resulta de resposta autoimune (produção de anticorpos) que destrói as células Beta das ilhotas de Langerhans pancreáticas, que em condições normais fabricam insulina. Neste caso, a insulina não é produzida. Quando há deficiência de insulina, os receptores não são estimulados e, consequentemente, há falta de glicose nas células.

Diabetes tipo II: decorre da produção deficiente de insulina pelo pâncreas ou da incapacidade do organismo em utilizar a insulina. Está relacionada à idade (geralmente > de 40 anos), sobrepeso ou obesidade, história familiar de diabetes, sedentarismo, hipertensão arterial, dislipidemia, entre outros. Na pessoa idosa, é a forma clínica mais frequente.

Etiopatogenia (Minas Gerais, 2006)

No idoso há aumento da intolerância a carboidratos, levando à elevação da glicemia.

Fatores associados ao metabolismo de carboidratos: fator genético; diminuição da secreção da insulina; maior resistência à insulina.

Fatores associados ao envelhecimento: aumento da massa adiposa; diminuição da massa magra; diminuição da atividade física; doenças coexistentes; polifarmácia.

Manifestações clínicas

Hiperglicemia (excesso de glicose no sangue), glicosúria (glicose na urina), poliúria (aumento de volume urinário), polidipsia (ingestão exagerada de água), fraqueza, hálito cetônico (a queima de gorduras para produzir energia gera um subproduto chamado acetona) cetonúria (corpos cetônicos na urina), perda de peso, entre outros.

Diagnóstico

- Clínico e laboratorial.
- Glicemia casual > 200 mg/dl, associada à poliúria, polidipsia, polifagia ou perda de peso inexplicada.

Classificação diagnóstica:

Glicemia	Jejum	2h após 75g de glicose
Normal	<100 mg/dl	<140 mg/dl
Tolerância à glicose diminuída.	100 à 126 mg/dl	140 à 200 mg/dl
Diabetes Mellitus	≥ 126 mg/dl*	≥ 200 mg/dl

*Deve ser confirmada com nova glicemia.

Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição. Algumas vezes o diagnóstico só é feito quando as complicações crônicas já se instalaram (Brasil, 2006).

Tratamento

O tratamento da pessoa idosa é o mesmo proposto para as outras idades. Inicialmente, recomenda-se dieta e exercício; somente se isso não for suficiente, cogita-se o uso de medicação (Brasil, 2006).

A terapia nutricional é parte importante do tratamento, especialmente para a pessoa idosa, visto que as alterações no estado nutricional nessa faixa etária são bastante comuns. O acompanhamento da prescrição médica deve contar com o apoio da nutricionista.

A restrição calórica moderada, de 250 a 500 kcal a menos que a ingestão diária habitual, só está indicada em casos de sobrepeso. Menos de 30% das calorias devem vir do consumo de gordura. Também recomenda-se que as refeições, especialmente a ingestão de carboidratos, sejam fracionadas ao longo do dia para evitar grandes cargas calóricas (Brasil, 2006).

A prática de exercícios físicos para a pessoa idosa parte de uma prescrição individualizada, que considere o risco de hipoglicemia, sobretudo nos que usam insulina, a exacerbação de doença cardiovascular preexistente e a piora das complicações crônicas (Brasil, 2006).

O tratamento farmacológico é feito com hipoglicemiantes orais (Metformina, Glibenclamida, Glicazida) ou insulina (NPH e Regular).

Complicações

Complicações agudas: descompensação hiperglicêmica aguda e hipoglicemia (glicemia < 60 a 70 mg/dl).

Complicações crônicas: microangiopatias (retinopatia diabética, a nefropatia diabética e a neuropatia diabética) e macroangiopatias (Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico, Insuficiência Arterial Periférica -membros inferiores - e o Pé Diabético).

Hipoglicemia

Esse risco encontra-se elevado em pessoas com padrão de dieta e exercício que variam muito (omissão de refeições, exercício vigoroso), que possuem longa duração do diabetes, ou que apresentam neuropatia diabética grave. Também é frequente sua ocorrência em indivíduos que utilizam antidiabéticos orais ou a insulina inadequadamente.

Sintomas: Adrenérgicos (tremores, taquicardia) e Neuroglicopênicos (convulsões, delírios).

Tratamento: Glicose oral ou endovenosa.

Descompensação Hiperglicêmica Aguda e Hipoglicemia

- Cetose e Cetoacidose: os fatores precipitantes são infecção, omissão da aplicação de insulina, abuso alimentar, uso de medicações hiperglicemiantes e outras intercorrências graves (AVC, infarto ou trauma), indivíduos em mau controle (hiperglicêmicos ou instáveis) (Brasil, 2006).
- Síndrome Hiperosmolar Não-Cetótica (> 600 a 800 mg/dL): os fatores precipitantes são doenças agudas (AVC, infarto do miocárdio ou infecções), uso de glicocorticoides ou diuréticos, cirurgia, ou elevadas doses de glicose (nutrição enteral ou parenteral, diálise peritoneal) (Brasil, 2006).

Pé diabético

"A avaliação neurológica de sensibilidade tátil, dolorosa, térmica, avaliação vascular (pulsos), avaliação tegumentar (pele, rachaduras, micoses) e observação de pontos de pressão devem ser efetuados no exame do pé de pacientes portadores de DM" (Minas Gerais, 2006).

- O diabetes afeta os pés através de duas formas principais: pode causar danos nos nervos ou enrijecimento dos vasos sanguíneos.
- Devido ao aumento anormal de açúcar no sangue, os nervos podem ser danificados, o que é conhecido como **diabetes neuropática**. Neste contexto, um paciente com diabetes pode não sentir um pequeno corte ou uma bolha. Uma lesão não tratada pode infeccionar, evoluindo para gangrena, ocasionando inclusive a amputação de parte do pé ou da perna.
- O diabetes também pode danificar os vasos sanguíneos, ocorrendo estreitamento com consequente baixa oferta de sangue, nutrientes e oxigênio. Este fenômeno é conhecido como **diabetes vasculopática**.
- Os sintomas do pé diabético são: sensação de dormência ou formigamento nos pés; frieza, palidez ou cianose (coloração azulada); e presença de hiperemia, inchaço e aumento da temperatura.

A prevenção é a melhor solução para o problema do pé diabético. Por isso, o diabético deve ser orientado a:

- Modificação do estilo de vida (suspender o fumo, evitar bebidas alcoólicas, fazer atividade física, realizar dieta restritiva adequada, atentar para deficiências nutricionais).
- Verificar os pés todos os dias.
- Lavar os pés com água morna e sabonete suave.
- Verificar temperatura da água com as mãos ou com o cotovelo.
- Secar os dedos cuidadosamente.
- Procurar assistência à saúde em sinais de infecção, como inchaço, drenagem, vermelhidão, calos, arranhões, unha encravada, febre ou calafrio.
- Cortar as unhas cuidadosamente em formato quadrado, sem machucar os cantos e sem tirar cutículas.

- Não usar lixas, raladores, lâminas, raspadores elétricos ou produtos químicos para retirar calos.
- Usar sapatos confortáveis e evitar sapatos abertos nos dedos e no calcanhar.
- Usar meias limpas e evitar as versões ásperas e de elástico apertado.
- Nunca andar descalço.
- Checar o interior dos sapatos antes de calçá-los.
- Evitar a exposição ao sol sem protetor solar (Brasil, 2006 b; Minas Gerais, 2006).

Curativos

Habilidade ou orientação para a realização de um curativo em uma lesão de membro inferior:

1. Lavar as mãos;
2. Reunir e organizar todo o material a ser utilizado no curativo, levando em consideração a cobertura prescrita;
3. Colocar o paciente em posição confortável, em local com boa iluminação e explicar o que será feito. Apoiar o membro afetado sobre uma bacia cirúrgica;
4. Calçar as luvas;
5. Lavar o ferimento com SF 0,9% em jato (sem muita pressão);
6. Remover os tecidos desvitalizados com o uso de gazes úmidas ou secas (previamente aderidas na lesão, tendo-se o cuidado com o tecido de granulação) e friccionar suavemente. Em caso de muita sujeira, pode-se associar sabão líquido hospitalar;
7. O Debridamento cirúrgico/instrumental deve ser realizado pelo médico com anestesia no ambulatório ou centro cirúrgico e pelo enfermeiro, segundo resolução do COREN MG 65/00. O técnico de enfermagem não está habilitado para realizar esse tipo de debridamento;
8. Aplicar coberturas conforme o tipo da lesão (seca ou com secreção, infectada ou não);
9. Ocluir a lesão com gaze fina, atadura e micropore ou esparadrapo (Minas Gerais, 2006).

IDEIAS-CHAVE

Distúrbios da pressão arterial no idoso; peculiaridades em diabetes mellitus no idoso.

RECAPITULANDO

- Hipertensão arterial é uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial, assintomática (na grande maioria dos casos), que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos, capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por eles irrigados.
- O diabetes mellitus é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos.
- *Diabetes tipo I:* resulta de resposta autoimune (produção de anticorpos) que destrói as células Beta das ilhotas de Langerhans pancreáticas, que em condições normais fabricam insulina; nesse caso, a insulina não é produzida.
- *Diabetes tipo II:* decorre da produção deficiente de insulina pelo pâncreas ou da incapacidade do organismo em utilizar a insulina. Está relacionada à idade (geralmente > de 40 anos), sobrepeso ou obesidade, história familiar de diabetes, sedentarismo, hipertensão arterial, dislipidemia, entre outros.

PARA FIXAR O CONTEÚDO

A. Questões discursivas

1. Defina hipertensão arterial.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Cite as complicações da hipertensão arterial.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. Diferencie Diabetes tipo I de Diabetes tipo II.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

4. Cite as manifestações clínicas do diabetes mellitus.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

5. Quais são os “4 Ps” clássicos do diabetes?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

B. Leia atentamente as afirmativas e marque V para as verdadeiras e F para as falsas.

a.( ) Pressão arterial sistólica é a pressão sanguínea nos vasos quando o coração encontra-se na fase de relaxamento.
b.( ) São classes de anti-hipertensivos: Diuréticos (hidrocloretiazida); Inibidores adrenérgicos (Propanolol); Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (captopril); Bloqueadores dos canais de cálcio (Nifedipina); Antagonistas do receptor da angiotensina II (Losartan).
c.( ) O tratamento farmacológico do diabetes mellitus é feito com hipoglicemiantes orais (Metformina, Glibenclamida, Glicazida) ou insulina (NPH e Regular).
d.( ) Dentre as complicações agudas do diabetes mellitus, podem ser citadas: Descompensação Hiperglicêm
e.( ) Hipoglicemia é uma condição em que os níveis glicêmicos baixam demais (geralmente < de 70 mg/dl).
f.( ) A síndrome hiperosmolar é um estado de hiperglicemia grave (> 600 a 800 mg/dL), desidratação e alteração do estado mental – na ausência de cetose.
g.( ) Diabete neuropática ocorre quando os nervos podem ser danificados, devido ao aumento anormal de açúcar no sangue.
h.( ) O pé diabético envolve alterações vasculares e neurológicas.
i.( ) Acetoacidose é uma complicação potencialmente letal, que geralmente ocorre em pessoas com diabetes tipo II, sendo algumas vezes a primeira manifestação da doença.
j.( ) Os sintomas do pé diabético são: sensação de dormência ou formigamento nos pés; frieza, palidez ou cianose (coloração azulada); presença de hiperemia, inchaço e aumento da temperatura.

C. Questões de múltipla escolha.

1. Considere a classificação da pressão arterial em adultos e complete o quadro abaixo:

PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA PAS (mmHg)	PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA PAD (mmHg)	CLASSIFICAÇÃO
<130		Normal
	85 – 89	Normal Limítrofe
140 – 159	90 – 99	
160 – 179		Hipertensão Moderada (Estágio 2)
>180	>110	Hipertensão Grave (Estágio 3)
	<90	

Assinale a alternativa correta:

a. <85; 130 – 139; Hipertensão Leve (Estágio 1); 100 – 109; >149; Hipertensão Sistólica (Isolada).
b. <85; 139 – 140; Hipertensão Leve (Estágio 1); 100 – 109; >140; Hipertensão Sistólica (Isolada).
c. <85; 130 – 139; Hipertensão Leve (Estágio 1); 100 – 109; >140; Hipertensão Sistólica (Isolada).
d. >85; 130 – 139; Hipertensão Leve (Estágio 1); 100 – 109; <140; Hipertensão Diastólica (Isolada).

UNIDADE VI
SÍNDROMES GERIÁTRICAS

1. INSTABILIDADE POSTURAL/MOBILIDADE COMPROMETIDA/ QUEDAS/ TONTEIRA

A instabilidade postural nos idosos é um desafio para os profissionais da área da saúde, pois traz como consequência quedas e traumas, que podem levar a alguma limitação. Além das limitações advindas da queda, há também a dificuldade para lidar com a insegurança e o medo de cair. Isto leva à reclusão e à limitação para as atividades habituais e devem ser abordadas (SES-MG, 2006).

A elevada incidência de quedas em idosos é um dos indicadores que merecem atenção devido ao aumento da mortalidade em idosos que caem com frequência, mesmo excluindo-se os óbitos causados pelo trauma.

As alterações na mobilidade e quedas podem ocorrer por disfunções motoras, de senso de percepção, de equilíbrio ou por déficit cognitivo. A amplitude dos movimentos se mostra reduzida com a idade, com modificação da marcha, passos curtos e lentos com tendência a arrastar os pés. A amplitude de movimentos dos braços também diminui, tendendo a ficar mais próxima do corpo. A base de sustentação se amplia e o centro de gravidade corporal tende a se adiantar, em busca de maior equilíbrio (MS, 2006).

Quedas representam elevados índices de morbimortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce entre idosos. O ambiente residencial pode aumentar o risco de quedas e deve ser avaliado. Presença de escadas, ausência de corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos, fios elétricos, pisos mal conservados, entre outros, no local de circulação, são alguns dos riscos comuns observados.

A etiologia da tontura em idosos possui múltiplos fatores predisponentes, estando relacionada direta ou indiretamente com disfunções vestibulares. No entanto, estas síndromes são frequentemente mal diagnosticadas, atribuindo-se a tontura exclusivamente ao envelhecimento. É de extrema importância seu diagnóstico e tratamento, tendo em vista que influencia diretamente nas quedas e lesões em idosos.

2. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Incontinência urinária é definida como a perda de urina involuntária em quantidade ou freqüência suficiente para originar um desconforto social ou problemas de saúde.

As causas de incontinência urinária na pessoa idosa podem ser divididas em agudas e crônicas.

Agudas:

- Endócrinas - hiperglicemia, hiperpotassemia, diabetes, vaginite, hipotrofia dos tecidos peri uretrais e vaginais.
- Psicológicas – depressão, ideias delirantes.
- Farmacológicas - efeitos adversos de tratamentos medicamentosos.
- Infecciosas - infecção do trato urinário (ITU) sintomática.
- Neurológicas: doença vascular cerebral, doença de Parkinson e hidrocefalia normotensa.
- Delírios.
- Redução da consciência – perda da capacidade voluntária de contração esfincteriana.
- Redução da mobilidade.
- Excesso de débito urinário - pode ocorrer em condições como hiperglicemia e hipercalcemia e com o uso de diuréticos, inclusive cafeína e álcool.
- Obstipação intestinal - fecaloma.

As principais consequências relacionadas à incontinência urinária são: insuficiência renal, Infecção do Trato urinário/ITU, sepse, aumento do risco de quedas e fraturas, maceração da pele, formação de feridas e o impacto psicossocial (isolamento social, depressão, vergonha).

Embora possa ocorrer em todas as faixas etárias, a incidência da incontinência urinária aumenta com o decorrer da idade. Calcula-se que de 8 a 34% das pessoas acima de 65 anos possuam algum grau de incontinência urinária. Este problema atinge cerca de 50% dos idosos institucionalizados e é mais prevalente em mulheres. Constata-se que apenas 50% dos portadores de incontinência urinária procuram consulta por esse motivo (SES-MG, 2006).

A incontinência urinária pode ser classificada como:

Urgência – caracteriza-se por perda urinária com desejo súbito e incontrolável de urinar. É a principal causa de incontinência urinária (cerca de 60%) em ambos os sexos.

Esforço – ocorre quando os músculos pélvicos e a uretra se tornam fracos ou devido a disfunções no esfíncter uretral, durante manobras de esforço que provocam aumento da pressão intra-abdominal (tosse, espirro, etc.). Representa 30% das causas de incontinência em idosos do sexo feminino. No homem, é comum após ressecção prostática ou radioterapia.

Mista - associação de incontinência por urgência à incontinência de esforço.

Paradoxal (transbordamento) - há hiperdistensão vesical, geralmente secundária à obstrução prostática. Não ocorrem micções eficazes, a bexiga permanece cheia e a urina é eliminada por transbordamento.

Total ou funcional - decorre de lesão esfincteriana, em consequência de cirurgias para hiperplasia prostática benigna e, principalmente, para câncer de próstata. Manifesta-se clinicamente por perdas urinárias contínuas sem globo vesical palpável ou resíduo significativo.

Um dos aspectos mais importante na incontinência urinária do paciente idoso é a caracterização da incontinência como transitória ou permanente.

Tratamento e Cuidados de enfermagem

- Dirigido à causa básica.
- Medicamentoso.
- Evitar ingestão de grandes quantidades de líquidos, quando não houver disponibilidade de banheiros acessíveis.
- Evitar alimentos como cafeína e bebidas alcoólicas.
- Tratar adequadamente quadros de constipação intestinal crônica.
- Facilitar o acesso e uso do banheiro ou de coletores à beira do leito.
- Fazer exercícios de musculatura pélvica e treinamento vesical.
- Realizar treinamento do hábito e micção programada.

3. INCONTINÊNCIA FECAL

A incontinência anal é a incapacidade, em graus variados, de reter a matéria fecal e de evacuá-la de forma voluntária. A perda de controle sobre a eliminação de fezes sólidas é denominada de incontinência anal total, enquanto a perda de controle restrito à eliminação de gases ou fezes líquidas é chamada de incontinência anal parcial (SES-MG, 2006).

A prevalência é maior em pessoas acima de 65 anos. A continência anal depende da musculatura esfincteriana anal e dos músculos do assoalho pélvico. Podem gerar incontinência as condições ou patologias que alterem qualquer um desses mecanismos, tais como diarreias, diabetes, doenças autoimunes, síndrome do cólon irritável, doenças inflamatórias intestinais, entre outras.

Deve-se perguntar sobre operações anais e abdominais, passado obstétrico e história pessoal de constipação. Recomenda-se inquirir também sobre consistência, frequência diária, percepção da vontade de evacuação, sintomas como dor e sangramento, bem como sensação de evacuação incompleta. Essas são informações que auxiliam no diagnóstico da causa da incontinência fecal.

Tratamento e Cuidados de enfermagem

- Clínico: alívio dos sintomas.
- Orientação dietética (evitar refeições volumosas, ricas em gordura ou excessivamente ricas em fibras).
- Farmacológico com uso de antiperistálticos
- Fisioterapia anal: aumenta a sensibilidade do reto ao conteúdo fecal e melhora a força de contração dos esfíncteres anais.
- Cirúrgico.

4. OSTEOPOROSE

Resulta da porosidade ou adelgaçamento dos ossos, que os torna frágeis. É comum em pessoas idosas (perda de massa óssea) e em pessoas do sexo feminino (condições hormonais).

As causas são: atrofia por imobilização, deficiências dietéticas do cálcio, síndrome de Cushing, uso prolongado de cortisona e vida sedentária. Predispõe a um aumento do risco de fratura.

Afeta indivíduos de maior idade, de ambos os sexos, principalmente mulheres na pós-menopausa, que também apresentam mais fraturas. As fraturas de corpos vertebrais e de quadril são as complicações mais graves. A osteoporose pode ser primária, que não apresenta causa bem definida; e secundária, quando é decorrente de uma causa bem definida como diabetes.

Fatores de risco: fratura anterior por trauma mínimo; sexo feminino; baixa massa óssea; raça branca; idade avançada; história familiar; menopausa precoce; uso de corticoides; menarca tardia; baixo IMC; baixa ingestão de cálcio; alta ingestão de sódio; pouca exposição ao sol; sedentarismo; tabagismo; alcoolismo; entre outros.

Diagnóstico: clínico, densitometria óssea, laboratorial.

Tratamento e Cuidados de Enfermagem

- Movimentar delicadamente o paciente evitando movimentos bruscos.
- Realizar terapia hormonal (estrógeno e progesterona) durante a menopausa em casos de alto risco para osteoporose.
- Alimentação adequada rica em cálcio (sardinha, laticínios, folhas verde-escuras), vitamina D (cereais, gema de ovo, fígado e peixe).
- Fazer exercícios físicos cuidadosos, prevenção de fraturas (quedas), exercícios aeróbicos e caminhada.

- Orientar o paciente quanto ao uso de calçados antiderrapantes.
- Medicamentos: bisfosfonatos (alendronato, risedronato, ibandronato), calcitonina (miacalcin), teriparatide (forteo) e estatinas.

5. FRATURAS

Ocorre quando há ruptura na continuidade de um osso, ou seja, perda da continuidade óssea. As fraturas podem ser abertas (expostas) e fechadas (simples), quando o osso quebrado não faz protusão na pele.

As fraturas entre pessoas idosas constituem um dos principais problemas clínicos e de saúde pública devido à sua alta incidência, às conseqüentes complicações para a saúde e aos altos custos assistenciais. As fraturas, além de produzirem uma importante perda de autonomia e de qualidade de vida entre os idosos, podem ainda repercutir entre os seus cuidadores, principalmente os familiares, que devem se mobilizar em torno de cuidados especiais, adaptando toda a rotina em função da recuperação ou adaptação após a queda.

Manifestações clínicas: dor, incapacidade funcional da parte fraturada, edema, hematoma local, deformidade e encurtamento da extremidade. Os sinais e sintomas variam conforme o tipo de fratura e localidade.

Diagnóstico: antecedente traumático, pelos sinais físicos principais e pelo exame radiológico.

Tratamento e Cuidados de Enfermagem

- Imobilização da articulação ainda no local de ocorrência, com talas acolchoadas e bandagens; em feridas abertas, realizar curativo estéril.
- Evitar ao máximo a mobilização da extremidade afetada.
- Redução aberta ou fechada (alinhamento do osso).
- Analgésico, anestesia.
- Imobilização do membro afetado com aplicação de gesso.
- Tração esquelética.

6. DISTÚRBIO DO SONO

Existem inúmeras causas de distúrbios do sono na terceira idade, como problemas relacionados ao próprio sono; problemas médicos e farmacológicos; e problemas sociais e psicológicos. Os distúrbios do sono podem ser intrínsecos (insônia, apneia do sono, hipersonia e movimento periódico das pernas) ou extrínsecos (higiene inadequada do sono, transtornos ambientais, de ajuste, hipnótico-dependente, estimulante-dependente e álcool dependente).

Causas:

Farmacológicas: a cafeína, o álcool, os corticoides, as tiroxinas, alguns neurolépticos e antidepressivos, os anti-histamínicos e os tranquilizantes diazepínicos

Psicológicas: o estresse que leva ao estado depressivo, por diversos motivos como a viuvez, perda do seu espaço social e financeiro, sentimento de abandono, entre outros motivos.

Alterações psiquiátricas: ansiedade, depressão e demência.

Ambientais: assistir à televisão até tarde, ficar lendo, dormir tarde, entre outros.

Tratamento e Cuidados de Enfermagem

- Orientar o paciente quanto à higiene para dormir, horários regulares, silêncio. Pedir que evitem bebidas alcoólicas e café antes de dormir; estresse; e passar muito tempo na cama durante o dia.
- Fazer atividades físicas.
- Reduzir o tabagismo.
- Tratar as doenças associadas.
- Realizar tratamento farmacológico específico para o problema do sono.

7. PROBLEMAS NOS PÉS

Os idosos, assim como todas as pessoas, estão sujeitos a ter alguns problemas nos pés, tais como: calos, unha encravada, hálux vago, pé cavo, esporão e lesões.

Todas merecem especial atenção, principalmente as lesões em portadores de diabetes mellitus, que possuem diminuição da sensibilidade e, muitas vezes, não percebem o ferimento. Nestes casos, o processo de cicatrização é comprometido, aumentando o risco do chamado “pé-diabético”, que pode levar a algumas complicações e até amputação.

Tratamento e Cuidados de Enfermagem

- Lavagem do pé com observação criteriosa quanto a lesões.
- As unhas devem ser cortadas retas e bem lixadas no canto de forma a acompanhar o contorno do artelho.
- Uso de calçados ajustáveis à forma e tamanho dos pés.
- Uso de sapatos confortáveis com acolchoamento, palmilha, etc.

8. PIROSE E INDIGESTÃO

O ácido clorídrico proveniente do estômago pode irritar a parede do esôfago, resultando em uma

sensação de queimação chamada azia ou pirose, que, embora não esteja relacionada com qualquer problema cardíaco, é experimentada em uma região muito próxima do coração. (TORTORA; GRABOWSKI, 2000). O estômago produz uma substância chamada mucina que protege a mucosa da ação abrasiva do ácido clorídrico. No esôfago, não existe a mesma proteção. Por isso, o ácido clorídrico provoca ardor.

A indigestão, ou dispepsia, caracteriza-se por dor no abdome, sensação de estômago cheio, enjoos, eructações, vômitos, etc.

Manifestações clínicas: dor na região epigástrica.

Tratamento e Cuidados de Enfermagem

- Realizar refeições mais leves, com boa mastigação dos alimentos.
- Não praticar exercícios físicos, abaixar-se ou curvar-se após as refeições.
- Evitar ingerir líquidos durante as refeições.
- Evitar chás, café, bebidas alcoólicas, chocolate e comidas gordurosas.
- Analisar os alimentos ingeridos antes das crises para identificar os possíveis causadores dos sintomas.
- Não fumar.
- Evitar refeições perto do horário de deitar.
- Dormir com travesseiros mais altos ou elevar a cabeceira da cama.
- Ingerir antiácidos.

9. AIDS EM IDOSOS

Doença caracterizada por um agrupamento de infecções reveladoras, resultantes da destruição progressiva das células do sistema imune pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (TORTORA; GRABOWSKI, 2000).

A epidemia de HIV e AIDS em pessoas idosas no Brasil tem emergido como um problema de saúde pública, nos últimos anos, devido a dois aspectos emergentes: incremento da notificação de transmissão do HIV após os 60 anos de idade e o envelhecimento de pessoas infectadas pelo HIV. A relação sexual é a forma predominante de infecção pelo HIV nesta faixa etária (MS, 2006).

No que tange à relação entre envelhecimento e AIDS, a primeira questão a ser abordada é a sexualidade das pessoas idosas. Entretanto, esta questão não é exclusiva e está relacionada a outros fatores, que também são determinantes da infecção pelo HIV.

Não é a sexualidade que torna as pessoas vulneráveis ao HIV, mas as práticas sexuais que são realizadas de forma desprotegida. Este é um pressuposto válido para todas as idades. No entanto, convém ressaltar que o profissional de saúde deve estar atento para as queixas específicas das pessoas idosas. É responsabilidade pública colocar à disposição das pessoas idosas os insumos necessários à adoção de práticas sexuais mais seguras, como o uso dos preservativos masculino e feminino e do gel lubrificante.

Atualmente, são muitos os fatores que estimulam o prolongamento da atividade sexual desse grupo populacional: maior expectativa de vida saudável, incremento da vida social e, consequentemente, da vida sexual, em decorrência de novas drogas para a disfunção erétil, medicamentos que minimizam os efeitos da menopausa, lubrificantes vaginais, próteses, correção e prolongamento peniano, cirurgias plásticas estéticas e exames preventivos de câncer de próstata. Este contexto faz com que homens e mulheres frequentem mais os serviços de saúde. A crescente difusão da prática de exercícios físicos (musculação, hidroginástica, yoga etc) o turismo direcionado para esse segmento e outros recursos vêm permitindo que os homens e as mulheres idosos prolonguem ainda mais o exercício de sua sexualidade.

Modo de transmissão: a transmissão ocorre através de ações e práticas (sexual, mãe-feto, aleitamento materno, acidente com perfurocortante, uso de drogas intravenosas) que envolvem a troca de sangue ou líquidos do corpo. Os fatores de risco associados são: vários parceiros sexuais, não uso de preservativos, compartilhamento de seringas e agulhas não estéreis, entre outros.

Manifestações clínicas: as mais comuns são febre, cansaço persistente, erupção da pele, cefaleia, artralgia (dor articular), dor de garganta, sudorese noturna, diarreia, lesões gengivais, distúrbios visuais, perda de peso, linfonodos aumentados e infecções oportunistas.

Diagnóstico: laboratorial, realizada por meio de técnicas que pesquisem anticorpos, antígenos, material genético (biologia molecular) ou que isolem o vírus (cultura).

Tratamento e cuidados de enfermagem:

O tratamento é realizado com o uso de antirretrovirais distribuídos pelo SUS:

- Nacionais: Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC), AZT+3TC, Estavudina, Indinavir, Nevirapina, Saquinavir;
- Importados: Abacavir, Atazanavir, Darunavir, Didanosina, Efavirenz (em produção nacional a partir de 2009), Enfuvirtida, Fosamprenavir, Lopinavir/Ritonavir, Ritonavir e Tenofovir.

Esse tratamento não proporciona a cura, porém

diminui a quantidade de vírus e, com isso, o número de células de defesa aumenta.

- Tratamento das infecções oportunistas.
- Apoio psicológico ao indivíduo e à família.
- Orientação referente à administração dos medicamentos conforme prescrição.

Prevenção:

- Estímulo ao acesso e utilização correta dos preservativos masculino e feminino e de lubrificantes.
- Testagem, diagnóstico e tratamento com procedimentos que levem em consideração as necessidades desse grupo populacional.
- Inclusão da prevenção de DST-HIV/AIDS, focando nas especificidades desse grupo.
- Fomento da mobilização de organizações da sociedade civil e do protagonismo, para a realização de trabalhos preventivos específicos para idosos.
- Articulação intra e intersetoriais para a garantia de ampliação e continuidade das ações.
- Educação quanto às ações prejudiciais do consumo de álcool e drogas. Essas substâncias deixam os indivíduos vulneráveis a riscos de contrair infecção pelo HIV.

IDEIAS-CHAVE

Instabilidade postural; Mobilidade comprometida; Quedas; Incontinência Urinária e Fecal; Osteoporose; Fraturas; Distúrbios do sono; AIDS em idosos.

RECAPITULANDO

- Inc
- ontinência urinária é definida como a perda de urina involuntária em quantidade suficiente para causar desconforto ou problemas de saúde.
- A incontinência anal é a incapacidade, em graus variados, de reter a matéria fecal e de evacuá-la de forma voluntária.
- Osteoporose é caracterizada pela porosidade ou adelgaçamento dos ossos, que os torna frágeis.
- Fraturas ocorrem quando há ruptura na continuidade de um osso, ou seja, perda da continuidade óssea.
- AIDS é caracterizada por um agrupamento de infecções reveladoras, resultantes da destruição progressiva das células do sistema imune pelo vírus da imunodeficiência humana.

PARA FIXAR O CONTEÚDO

A. Questões discursivas

1. Cite as formas de transmissão do HIV. Qual a mais prevalente nos idosos e por quê?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Que cuidados o idoso ou cuidador deve ter com os pés?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. Por que as fraturas são consideradas um problema de saúde pública entre os idosos?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

4. Cite dois dos principais fatores de risco para osteoporose. Explique o mecanismo de ocorrência dos mesmos. (Se necessário, pesquise outras fontes)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

5. Por que a incontinência fecal é mais prevalente em idosos?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

6. Quais são a maior preocupação e os riscos da instabilidade postural?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

7. Cite três tratamentos para incontinência urinária.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

8. Relacione mobilidade prejudicada X tonteira X fraturas.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

9. Por que ocorre a pirose? (mecanismo de ocorrência)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

B. Leia atentamente as afirmativas e marque V para as verdadeiras e F para as falsas.

a.( ) Quedas representam baixos índices de morbimortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce entre idosos.
b.( ) As principais consequências relacionadas à incontinência urinária são: insuficiência renal, Infecção do Trato Urinário/ITU, sepse, aumento do risco de quedas e fraturas, maceração da pele e formação de feridas e o impacto psicossocial (isolamento social, depressão, vergonha).
c.( ) A incontinência urinária mista é uma associação de incontinência paradoxal à incontinência de esforço.
d.( ) Os distúrbios do sono podem ser intrínsecos ou extrínsecos.
e.( ) A osteoporose afeta indivíduos de maior idade, de ambos os sexos, principalmente mulheres na pós-menopausa, que também apresentam mais fraturas.
f.( ) A incontinência urinária de esforço é a mais prevalente entre idosos.
g.( ) A dispepsia caracteriza-se por dor no abdome, sensação de estômago cheio, enjoos, eructações, vômitos, etc.

C. Questões de múltipla escolha.

1. Analise as afirmativas abaixo com relação ao idoso e marque a **incorreta**:

a. A amplitude dos movimentos se mostra reduzida com a idade.
b. A marcha se modifica, com passos curtos e lentos e tendência a arrastar os pés.
c. A amplitude de movimentos dos braços também diminui, tendendo a ficar mais próxima do corpo.
d. A base de sustentação também diminui e o centro de gravidade corporal tende a se adiantar, em busca de maior equilíbrio.

2. São fatores de risco para osteoporose, **exceto**:

a. Tabagismo e alcoolismo.
b. Menarca e menopausa precoce.
c. Pouca exposição ao sol e sedentarismo.
d. Sexo feminino e baixa ingestão de cálcio.

3. Marque a opção que contém as recomendações adequadas para idosos portadores de distúrbios do sono:

a. Orientar o paciente quanto à higiene para dormir, horários regulares, silêncio. Pedir que evitem bebidas alcoólicas e café antes de dormir, estresse e passar muito tempo na cama durante o dia.
b. Não realizar atividades físicas, para não ficar agitado.
c. Ficar assistindo à TV até tarde e ler antes de dormir.
d. Não é necessário tratamento farmacológico específico para o problema do sono, pois este problema é normal em idosos.

4. Relacione as colunas:

1- Urgência
2- Esforço
3- Mista
4- Paradoxal
5- Total ou funcional

( ) Caracteriza-se por perda urinária com desejo súbito e incontrolável de urinar. É a principal causa de incontinência urinária (cerca de 60%) em ambos os sexos.
( ) Há hiperdistensão vesical geralmente secundária à obstrução prostática. Não ocorrem micções eficazes, a bexiga permanece cheia e a urina é eliminada por transbordamento.
( ) Ocorre quando os músculos pélvicos e a uretra se tornam fracos ou devido a disfunções no esfíncter uretral, durante manobras de esforço que provocam aumento da pressão intra-abdominal (tosse, espirro, etc.). Representa 30% das causas de incontinência em idosos

do sexo feminino. No homem, é comum após ressecção prostática ou radioterapia.

( ) Decorre de lesão esfincteriana, em consequência de cirurgias para hiperplasia prostática benigna e, principalmente, para câncer de próstata. Manifesta-se clinicamente por perdas urinárias contínuas sem globo vesical palpável ou resíduo significativo.

( ) Há associação de incontinência por urgência à incontinência de esforço.

a. 1,4,2,5,3.
b. 1,5,2,4,3.
c. 2,4,1,5,3.
d. 2,1,4,5,3.

UNIDADE VII
DISTÚRBIOS NA SAÚDE MENTAL DO IDOSO

1. INSUFICIÊNCIA CEREBRAL – INCAPACIDADE COGNITIVA

Segundo Smeltzer *et al* (2009), as pessoas idosas procuram com menos frequência o atendimento para tratamento de sintomas relacionados à saúde mental. Entretanto, o índice de demência e a suscetibilidade à depressão e ao delírio aumentam com a idade.

2. DEPRESSÃO

A depressão não é apenas tristeza, tampouco inerente ao processo de envelhecimento; é um transtorno afetivo ou do humor, que deve ser tratado.

As pessoas idosas são mais vulneráveis aos distúrbios psiquiátricos que os jovens, sendo que a depressão é mais frequente nos anos que precedem a aposentadoria. A incidência de quadros depressivos diminui na década seguinte à aposentadoria até os 75 anos, quando então sua prevalência aumenta (Brasil, 2006).

Fatores de risco: isolamento, conflitos com a família e com outras pessoas, dificuldades econômicas, estresse, falta de diálogo e atenção para como o idoso, solidão, violência intrafamiliar, consumo de bebida alcoólica, antecedentes depressivos prévios, doença incapacitante, institucionalização, perda de familiares ou pessoas próximas, uso de determinados medicamentos (benzodiazepínicos, betabloqueadores, metildopa, reserpina, clonidina, cinarizina, flunarizina, digoxina e esteroides).

Manifestações Clínicas: sensação de tristeza, fadiga, déficits de memória, concentração diminuída, sentimento de culpa, alteração do sono, alteração do apetite com ganho ou perda de peso, inquietação, ansiedade, ideação suicida, síndromes álgicas.

Diagnóstico

Para a avaliação do estado mental da pessoa idosa existem dois instrumentos valiosos que podem ser utilizados na Atenção Básica: Miniexame do Estado Mental e a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada. (Smeltzer *et al.,* 2009; Brasil, 2006) (ANEXO A e B)

Tratamento e Cuidados de Enfermagem

- Orientação e acompanhamento;
- Antidepressivos com doses iniciais baixas: inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), antidepressivos tricíclicos (ADT), inibidores da monoaminoxidase (IMAO), antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de noradrenalina (ISRN), inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) e alguns antidepressivos atípicos.
- Psicoterapia;
- Atividades comunitárias;
- Atendimento à família.

3. DELÍRIO

"Estado clínico caracterizado por distúrbios da cognição, humor, consciência, atenção, memória (imediata, registro e retenção), de início agudo ou em sobreposição a distúrbios crônicos da cognição" (Minas Gerais, 2006).

Causas: é desencadeado por inúmeras causas, infecções, distúrbios metabólicos, lesões estruturais do SNC, intoxicação (medicamento, álcool), desidratação e desnutrição.

Manifestações Clínicas: confusão, desorientação, estupor, atividade excessiva, alucinações, ilusões, ansiedade, paranoia e medo.

Tratamento e Cuidados de Enfermagem

- O delírio é uma emergência médica, pois quando não reconhecido ou não tratada a causa subjacente, pode ocorrer dano cerebral irreversível ou óbito (Smeltzer *et al*., 2009);
- Os profissionais de enfermagem devem saber reconhecer os sintomas e relatá-los de imediato;
- Tratamento da causa subjacente;
- Atentar para a segurança do paciente (risco de quedas);
- Suspensão de medicamentos não essenciais;
- Manutenção de um ambiente calmo e acolhedor, visando o conforto do paciente.

4. DEMÊNCIA

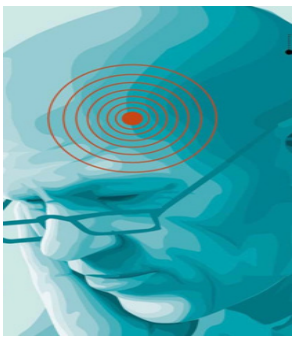
A demência é uma síndrome clínica de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas (memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento) (Brasil, 2006).

Existem vários tipos de demência, sendo as mais comuns a doença de Alzheimer e a demência vascular (multi-infarto). Outras formas de demência que podem acometer os idosos incluem a doença de Parkinson e a demência relacionada com a síndrome de Pick.

Esses transtornos do sistema nervoso central e periférico causam a deterioração das células normais

ou da função do sistema nervoso.

5. DOENÇA DE ALZHEIMER



A doença de Alzheimer (DA) é uma doença cerebral degenerativa, irreversível, de etiologia desconhecida, caracterizada por perdas graduais da função cognitiva e distúrbios no comportamento e afetivos. A DA tem início entre 40 e 90 anos de idade, sendo o risco aumentado com o avançar da idade.

Causas: combinação de vários fatores, que incluem genes, alterações no neurotransmissor, anormalidades vasculares, hormônios de estresse, alterações circadianas, traumatismo craniano e convulsões.

Manifestações Clínicas

Estágio inicial: comprometimento da memória recente; perda de objetos pessoais, como chave, carteira e óculos; desorientação em relação ao tempo e ao espaço; falta de concentração, depressão, ansiedade, irritabilidade, retraimento e hiperatividade.

Estágio intermediário: afasia (inabilidade em expressar a linguagem escrita e verbal), agnosia (incapacidade para reconhecimento de objetos) e apraxia (movimentos incoordenados); declínio funcional, necessidade de assistência para a maioria das AVDs, disfagia, incontinência, perambulação, agressividade e agitação.

Estágio terminal: dependência total para as AVD, imobilidade, mutismo.

Complicações: pneumonia, desnutrição, desidratação e óbito.

Diagnóstico: clínico, laboratorial, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

Tratamento e Cuidados de Enfermagem

- A DA não tem cura; não existem formas para interferir na progressão da doença.
- Os medicamentos para a demência têm alguma utilidade no estágio inicial da doença, mantendo as habilidades de memória por certo intervalo de tempo.
- Realização de terapias comportamentais e psicossociais.
- Uso de medicamentos antidepressivos e neurolépticos.
- Educação e orientação dos cuidadores e da família:
- Manutenção de um ambiente calmo e estabelecimento de uma rotina regular;
- A comunicação com o paciente deve ser simples e clara;
- Promoção da participação ativa e da independência do paciente (atividade física e comunicação);
- Promoção da segurança física: instalação de corrimões, iluminação adequada, portas externas trancadas, uso de bracelete de identificação quando da saída de casa;
- Os comportamentos indevidos podem ser evitados com a distração ou persuasão suave;
- Simplificação das atividades diárias, visando manter a autonomia;
- Não insistir ou forçar o paciente a realizar atividades quando apresentar-se resistente; preferir adiar para mais tarde;
- O uso de música, afago, carinho e distração proporcionam sentimentos de tranquilidade e segurança;
- Limitação do número de visitas, bem como do número de visitantes.

6. DOENÇA DE PARKINSON

Doença de Parkinson (DP) é uma doença degenerativa neurológica, do movimento e progressiva, que eventualmente leva à incapacidade. A forma degenerativa ou idiopática é a mais comum. A doença de Parkinson está associada à morte de neurônios dopaminérgicos.

Dentre os fatores causais, incluem-se genética, aterosclerose, acúmulo excessivo de radicais livres de oxigênio, infecções virais, traumatismo craniano, uso crônico de medicamento antipsicótico e algumas exposições ambientais.

Manifestações Clínicas: tremor de repouso, bradicinesia (movimentos anormalmente lentos), rigidez e anormalidades posturais e o fenômeno do congelamento (incapacidade transitória de efetuar movimentos).

Os outros aspectos incluem: hipocinesia (movimento anormalmente diminuído), sudorese excessiva, rubor facial, hipotensão postural, constipação, retenção gástrica e urinária, disfunção sexual, depressão, sintomas psicóticos, demência, alucinação, distúrbios do sono, prejuízos cognitivos, entre outros.

Diagnóstico: clínico.

Tratamento e Cuidados de Enfermagem

- Uma vez que a DP tenha sido diagnosticada, o tratamento busca reduzir a progressão (neuroproteção), parar ou mesmo reverter a morte neuronal.
- Tratamento farmacológico: levodopa/carbidopa, levodopa/benserazida, selegilina, bromocriptina, agonistas dopaminérgicos, pramipexol, amantadina, tolcapona/entacapona, biperideno/ triexifenidil (Brasil, 2010).
- Tratamento cirúrgico.
- Atividade física (alongamentos, caminhadas, exercícios posturais); um fisioterapeuta pode elaborar um programa de exercícios diários, mantendo períodos de repouso, que também são benéficos.
- Incentivo à ingestão líquida adequada e de alimentos ricos em fibra.
- Manutenção de um ambiente seguro, prevenção de quedas.
- Incentivo ao autocuidado e à independência, com o uso de dispositivos auxiliares (utensílios com alças).

IDEIAS-CHAVE

Depressão; Delírio; Demência; Doença de Alzheimer; Doença de Parkinson.

RECAPITULANDO...

- Depressão não é apenas tristeza, nem inerente ao processo de envelhecimento; é um transtorno afetivo ou do humor que deve ser tratado.
- Delírio: estado clínico caracterizado por distúrbios da cognição, humor, consciência, atenção, memória (imediata, registro e retenção), de início agudo ou em sobreposição a distúrbios crônicos da cognição.
- Demência: é uma síndrome clínica de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas.
- Doença de Alzheimer: é uma doença cerebral degenerativa, irreversível, de etiologia desconhecida, caracterizada por perdas graduais da função cognitiva e distúrbios no comportamento e afetivos.
- Doença de Parkinson: é uma doença degenerativa neurológica, do movimento e progressiva, que eventualmente leva à incapacidade, cuja causa é ainda desconhecida. A forma degenerativa ou idiopática é a mais comum.
- Na disfunção das vias sensoriais aferentes, a visão da pessoa idosa apresenta-se diminuída devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, ao estreitamento do campo visual e a doenças de retina.

PARA FIXAR O CONTEÚDO

A. Questões discursivas

1. Quais são os fatores de risco para depressão?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Explique qual a finalidade do Miniexame do Estado Mental e da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. Defina delírio.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

4. Caracterize doença de Alzheimer e doença de Parkinson.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

B. Leia atentamente as afirmativas e marque V para as verdadeiras e F para as falsas.

a.( ) Para a avaliação do estado mental da pessoa idosa, o Ministério da Saúde recomenda o uso da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, que pode ser utilizada por qualquer profissional da Atenção Básica (entrevistadores leigos ou mesmo ser autoaplicável). Sua aplicação pode melhorar a detecção da depressão nesse nível de atenção.

b.( ) Existem vários tipos de demência, sendo as mais comuns a doença de Alzheimer e a demência vascular (multi-infarto). Podem incidir no idoso também a doença de Parkinson e a demência relacionada com a síndrome de Pick.

c.( ) Propriocepção é um termo que descreve todas as informações neurais originadas nos

proprioceptores das articulações, músculos, tendões, cápsulas e ligamentos, de modo consciente ou inconsciente, as quais podem influenciar no tônus muscular, no equilíbrio postural e na memória recente.

d.( ) Doença de Alzheimer é uma doença degenerativa neurológica, do movimento e progressiva, que eventualmente leva à incapacidade, cuja causa é ainda desconhecida. A forma degenerativa ou idiopática é a mais comum.

e.( ) As pessoas idosas são mais vulneráveis aos distúrbios psiquiátricos que os jovens. A depressão é mais frequente nos anos que precedem a aposentadoria, diminuindo na década seguinte até os 75 anos, quando então sua prevalência volta a aumentar.

f.( ) Segundo Smeltzer *et al*. (2009), as pessoas idosas procuram com mais frequência o atendimento para tratamento de sintomas relacionados à saúde mental.

g.( ) A demência é uma síndrome clínica de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas (memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento).

h.( ) O sistema vestibular desempenha funções importantes para o equilíbrio, para a orientação espacial, inclusive em repouso e durante aceleração, além de controlar a fixação do olhar durante o movimento.

i.( ) O sinal de Romberg comprova a presença de quadro depressivo.

C. Questões de múltipla escolha.

1. A Doença de Parkinson é uma doença degenerativa neurológica, do movimento e progressiva, cujas manifestações clínicas estão relacionadas abaixo. Assinale a alternativa correta:

a. Expressão facial sem espontaneidade, diminuição da frequência de piscar o olho e rinite alérgica.
b. Prurido, lacrimejamento, convulsões e hipocinesia.
c. Tremor de repouso, bradicinesia, rigidez e anormalidades posturais.
d. Fenômeno do congelamento, hipocinesia, propriocepção e alucinações.

ESTUDOS DE CASO

CASO 1

Nome: D.F.R. Idade: 70 anos
Sexo: feminino Renda: Pensão

Escolaridade: ensino fundamental incompleto.
Trabalhos anteriores: trabalhadora rural.

Filhos: 5 filhos* (filha relata 3 do primeiro e 4 do segundo casamento – dos quais 1 aborto e 1 óbito)

Queixa principal: esquecimento por causa da idade.
Doenças atuais: hipertensão arterial.

Medicações: Captopril – 50mg – 2x/dia.
Hidroclorotiazida: 25mg – 1x/dia.

Filha relata que "essa não é mais a minha mãe"; alega que há menos de um ano a mãe reclamava de que estava esquecendo as coisas, porém achava que era da idade. "De uns meses para cá a situação tem ficado difícil por causa da agressividade e desorganização; acho que é depressão".

Exame Físico Geral: Regular, apresentando-se corada e hidratada. Temperatura axilar de 36,2ºC; PA: 130x90mmHg; Frequência cardíaca: 70bpm; Peso: 65kg; Estatura: 1,55m; Glicemia: 90mg/dl. Pele: íntegra; Segmento cefálico: sem alterações. Tórax: pulmões livres. Coração: bulhas normorrítmicas e normofonéticas. Abdome: indolor, sem visceromegalias.

Exame dos processos cognitivos: consciente, desorientada no tempo e espaço, pensamento coerente, memória de curto e longo prazo prejudicadas.

1- Você desconfiará de alguma doença? Qual?
2- Quais cuidados de enfermagem e orientações devem ser prestados nesse caso?
3- Cite os fatores de risco para a saúde a que a paciente está exposta. Justifique.

CASO 2

Durante a realização de um trabalho em grupo com pessoas idosas, você se depara com o relato das várias medicações em uso. Surge o desejo de realizar uma "revisão desses medicamentos"; resolve, então, dar início à atividade, solicitando que os idosos tragam na próxima reunião a caderneta de saúde da pessoa idosa e os medicamentos que eles estão tomando, para verificar as medicações.

1- Como você prepararia essa reunião?
2- Que profissionais de saúde convidaria para a reunião?
3- Que informações concernentes às medicações solicitaria ao idoso?
4- Que tipo de orientações forneceria para os idosos?

Nota: O Estudo de Caso 2 foi adaptado da obra: SMELTZER, S. C. *et al.* **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Trad. BRUNER e SUDDARTH'S. Vol. 1. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SITES E LINKS ÚTEIS

Caderno de Atenção Básica - **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/.../manual_de_preenchimento_idoso.pdf> . Acesso em: 18/11/10.

BIBLIOGRAFIA

ANTES, D.L. *et al*. Coordenação motora fina e propriocepção de idosas praticantes de hidroginástica**. RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n. 2, 2008, p. 24-32. Disponível em: <http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/109/244> Acesso em: 25/11/2010.

BRASIL. Portaria SAS/MS nº 228, **de** 10 de maio de 2010. **Doença de Parkinson**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_doenca_parkinson_livro_2010.pdf> Acesso em: 24/11/2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 290 p.

MURTA, G.F. (Org). **Saberes e Práticas, Guia para Ensino e Aprendizado de Enfermagem**. Vol. 2. 4. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008. 550 p.

SMELTZER, S. C. *et al.* **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Trad. BRUNER e SUDDARTH'S. Vol. 1. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 461 p.

SZLEJF, C. *et al.* Fatores relacionados com a ocorrência de iatrogenia em idosos internados em enfermaria geriátrica: estudo prospectivo**. Einstein**, vol. 6, n. 3, 2008, p. 337-42. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/.../PDF/966-v6n3aAO966portp337-42.pdf >. Acesso em: 23/11/2010.

*T*RENTINI, M. *et al.* Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 13, n. 1, Ribeirão Preto, 2005.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: Aspectos Biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000. 232 p.

ANEXOS

ANEXO A

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1. Orientação temporal(0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial(0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras(0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	1 1
4a. Cálculo(0 - 5 pontos)	Se de R$100,00 fossem tirados R$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: "feche os olhos". Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

Fonte: Brasil, 2006.

Teste normal:

- Maior que 4 anos de escolaridade: igual ou maior que 25 pontos;
- Menor que 4 anos de escolaridade: igual ou maior que 18 pontos.

ANEXO B

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA

1. Está satisfeito (a) com sua vida? Sim ( ) Não ( )
2. Interrompeu muitas de suas atividades? Sim ( ) Não ( )
3. Acha sua vida vazia? Sim ( ) Não ( )
4. Aborrece-se com frequência? Sim ( ) Não ( )
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo? Sim ( ) Não ( )
6. Teme que algo ruim lhe aconteça? Sim ( ) Não ( )
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? Sim ( ) Não ( )
8. Sente-se desamparado com frequência? Sim ( ) Não ( )
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Sim ( ) Não ( )
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? Sim ( ) Não ( )
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)? Sim ( ) Não ( )
12. Sente-se inútil? Sim ( ) Não ( )
13. Sente-se cheio/a de energia? Sim ( ) Não ( )
14. Sente-se sem esperança? Sim ( ) Não ( )
15. Acha que os outros tem mais sorte que você? Sim ( ) Não ( )

Somar um ponto a cada resposta afirmativa. As perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento.
Objetivo: verificar a presença de quadro depressivo.
Avaliações dos resultados: Uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal, de 6 a 10 indica depressão leve, e de 11 a 15, depressão severa.
Providências com os achados/resultados: escores elevados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

Fonte: Brasil, 2006.

ANEXO C

Cartão de Jaeger



Fonte: Brasil, 2006.

A pessoa idosa que fizer uso de óculos deve mantê-los ao realizar o exame. O cartão é colocado a uma distância de 35 cm da pessoa. O teste é realizado em cada olho separadamente e depois em conjunto.

Objetivo: Identificar possível disfunção visual.
Avaliações dos resultados: as pessoas que lerem até o nível 20/40 serão consideradas sem disfunção.
Providências com os achados/resultados: em caso de alterações, encaminhar para avaliação no oftalmologista.