

Curso de Especialização

Saúde da Família

Unidade 2 - Cuidado Integral à Saúde do Idoso



Unidade 2

Cuidado Integral à
Saúde do Idoso

Módulo 7

Cuidado Integral à Saúde do Idoso

Créditos

Governo Federal

Ministro da Saúde
Secretária de Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde (SGTES)
Responsável Técnico pelo Projeto
UNA-SUS

Arthur Chioro

Heider Pinto

Francisco Campos

Universidade de Brasília

Reitor
Vice-Reitor
Decano de Pesquisa e Pós-Graduação

Ivan Marques de Toledo Camargo

Sônia Nair Bão

Jaime Martins de Santana

Faculdade de Medicina

Diretor
Vice-Diretoria

Paulo César de Jesus

Verônica Moreira Amado

Faculdade de Ciências da Saúde

Diretora
Vice-Diretora

Maria Fátima Souza

Karin Sávio

Faculdade Ceilândia

Diretora
Vice-Diretora

Diana Lúcia Pinho

Araken dos S. Werneck

Comitê Gestor do Projeto UNA-SUS-UnB

Coordenação Geral
Coordenação Administrativa
Coordenação Pedagógica
Coordenação de Tecnologias
Coordenação de Tutoria e Supervisão
Coordenação de Assuntos Acadêmicos
Secretária Geral

Gilvânia Feijó

Celeste Aida Nogueira

Maria da Glória Lima

Rafael Mota Pinheiro

Juliana Faria Fracon e Romão

Kátia Crestine Poças

Suellaine Maria Silva Santos

Equipe Técnica

Analista Sênior
Produtor de Material Didático
Programador
Programador

Jonathan Gomes P. Santos

Lucas de Albuquerque Silva

Rafael Silva Brito

Ismael Lima Pereira

Créditos

Programador	Rafael Bastos de Carvalho
Programador	Thiago Alves
Produtor de Material Didático	Nayara dos Santos Gaston
Gestão AVA (Ambiente Virtual de Aprendizagem)	Luma Camila Rocha de Oliveira
Repositórios Digitais	Flávia Nunes Sarmanho
Apoio Linguístico	Tainá Narô da Silva de Moura
Produção e Finalização de Material Áudio Visual	Mozair dos Passos Costa
Gerente de Projetos	Aurélio Guedes de Souza
Web Designer	Francisco William Sales Lopes
Design Instrucional	Arthur Colaço Pires de Andrade
Web Designer	Maria do Socorro de Lima
Diagramador	Rafael Brito dos Santos
Gerente de Produção de Educação a Distância	Jitone Leonidas Soares

Sumário

MÓDULO 7 – CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO



Apresentação

Objetivos Pedagógicos

Eixo 1 – Envelhecimento da população Brasileira

Lição 1 – Processo de envelhecimento.....10

Lição 2 – Epidemiologia do Envelhecimento.....13

Eixo 2 – Cuidado Integral a pessoa idosa

Lição 3 – Senescência - aspectos anatômicos e fisiológicos do envelhecimento.....21

Lição 4 – Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa.25

Lição 5 – Promoção de Saúde.....30

Lição 6 – 5 Is da Geriatria.....36

Lição 7 – Cuidados Paliativos.....46

Eixo 3 - Aspectos sociais e cuidado com o idoso

Lição 8 – Violência..... 47

Lição 9 – Grupos de Convivência.....51

Lição 10 – Atenção ao cuidador.....53

Lição 11 – Relações familiares.....57

APRESENTAÇÃO

Esse módulo está organizado em três eixos: envelhecimento da população brasileira; cuidado integral à pessoa idosa e aspectos sociais e cuidado com o idoso. Cada lição foi organizada com temas específicos e relevantes para o cotidiano da atenção à saúde do idoso.

Destacamos novamente que, apesar da separação didática entre os eixos, os conteúdos não são restritos aos idosos. Existe uma articulação entre os eixos e também com outros módulos do curso ampliando a importância desse conhecimento para o trabalho da Equipe de Saúde da Família.

Objetivos Pedagógicos

- Refletir sobre os determinantes do processo de envelhecimento.
- Abordar sobre o papel das práticas de cuidado integral à saúde do idoso.
- Reconhecer a ferramenta de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa.
- Reconhecer a influência social e sua potencialidade no cuidado ao idoso.

EIXO 1: ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Kátia Crestine Poças

Maria Luiza Barros Bezerra

Lição 1 – Processo de Envelhecimento

*Os que se amam profundamente, jamais envelhecem; podem morrer de velhice,
mas morrem jovens.*

– Martinho Lutero



O critério cronológico adotado pela Organização Mundial de Saúde - OMS para definir o limite de idade entre o indivíduo adulto e idoso é 60 anos para os países em desenvolvimento. Tal critério tem por base as condições orgânicas do indivíduo nesta idade uma vez que as pessoas acima de sessenta anos encontram-se mais propensas a apresentar alterações no seu estado de saúde frente a um agressor externo ou interno, tornando-as alvo maior de doenças.

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.

A idade avançada abrange aspectos e valores próprios nos quais ocorrem mudanças nas pessoas, tanto de forma orgânica, como no metabolismo, imunidade, nutrição, características intelectuais, sociais e emocionais.

Os diversos fatores que envolvem o envelhecimento tais como as mudanças corporais, os fatores emocionais, cognitivos e sociais poderão configurar de uma velhice bem sucedida, normal ou patológica.

O avanço da idade aumenta a chance de ocorrência de doenças e de prejuízos à funcionalidade física, psíquica e social. No entanto, se os indivíduos envelhecerem com autonomia e independência, com boa condição de saúde, desempenhando papéis sociais, permanecendo ativos e desfrutando de senso de significado pessoal, a qualidade de sua vida pode ser alcançada com êxito.



FIQUE DE OLHO

Os profissionais da Atenção Básica têm um papel estratégico em promover o envelhecimento bem sucedido não apenas na saúde física e funcional, mas também na cognição e na saúde mental.



PARA REFLETIR

Convidamos você a assistir ao vídeo: O Farol. Ele está disponível em sua biblioteca ou no endereço:

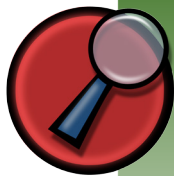
<https://www.youtube.com/watch?v=w4t-CbO2-Q4&spfreload=1>

O que você pensa sobre o envelhecimento? A sua percepção interfere na sua prática de cuidado?

A Saúde do Idoso e o SUS

A saúde da pessoa idosa e o envelhecimento são preocupações relevantes do Ministério da Saúde; é uma das áreas estratégicas do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPEs) do Ministério da Saúde, onde se incluem: Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher, do Homem, do Penitenciário, do Deficiente e Saúde Mental.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.



FIQUE DE OLHO

Importante ressaltar que a Área Técnica Saúde do Idoso reafirma a necessidade de mudanças na linha de cuidados e da atenção a essa população, através da humanização do atendimento, bem como do fomento de inovações, através da disseminação de conhecimentos específicos para gestores e profissionais de saúde que atuam na rede, buscando parcerias e divulgando a ideia do Envelhecimento Ativo.

No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social.

O Estatuto do Idoso



ESTATUTO DO IDOSO

Lei nº 10.741, de 1º.10.2003
publicado no DOU de 3.10.2003

O Estatuto do Idoso é destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, sendo-lhe asseguradas, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. A LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003 dispõe sobre o Estatuto do Idoso.

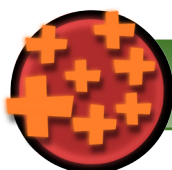
Em seu artigo 3º determina que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

E em seguida detalha que a garantia de prioridade compreende:

1. atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

2. preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;
3. destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;
4. viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;
5. priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;
6. capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;
7. estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;
8. garantia de acesso às redes locais de serviços de saúde e de assistência social;
9. prioridade no recebimento da restituição do imposto de renda.

Também segundo o estatuto, nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei. Além disso, preconiza que é dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.



SAIBA MAIS

Para saber mais, consulte o Estatuto na íntegra, disponível em sua biblioteca.

Lição 2 – Epidemiologia do Envelhecimento

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo,

é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado.

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas (comorbidades). Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos.

I – Envelhecimento Humano

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia.

Alguns aspectos são interessantes de serem observados, listamos a seguir uma série de informações que são úteis para o entendimento do envelhecimento humano.

O aumento da expectativa de vida deve-se a vários fatores, entre eles podemos destacar as medidas sanitárias e o desenvolvimento tecnológico que se reflete na área de saúde no desenvolvimento de medicamentos, vacinas e até mesmo na melhoria dos processos curativos como cirurgias, transplantes, dentre outros.



FIQUE DE OLHO

Assista a seguir como se comporta a expectativa de vida no Brasil na reportagem da NBR exibida em dezembro de 2014:

<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/12/expectativa-de-vida-do-brasileiro-subiu-para-74-9-anos>

A expectativa de vida do brasileiro de ambos os sexos ao nascer passou de 74,6 anos em 2012 para 74,9 anos em 2013, segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O aumento, embora pequeno, mantém a tendência de crescimento da taxa por anos consecutivos.

Em 2011, a esperança de vida do brasileiro era de 74,1 anos. Em 2002, há cerca de dez anos, por exemplo, o índice era de 71 anos.

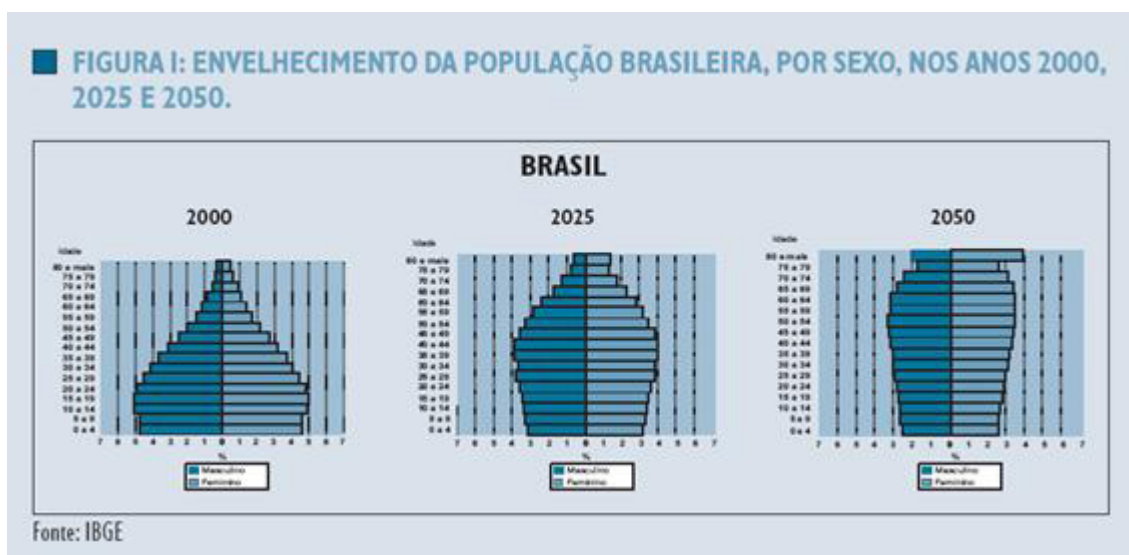
O envelhecimento faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo, estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento.



SAIBA MAIS

Atualmente é considerado como idoso no Brasil o indivíduo com > 60 anos. Em 2025 o Brasil terá a sexta maior população de idosos do mundo (cerca de 32 milhões de pessoas com > de 60 anos).

No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos. O retrato e o crescimento da população idosa brasileira em um período de 50 anos podem ser observados na figura 1:



II – Transição Demográfica e Epidemiológica

Para discutirmos sobre esse assunto que se mostra tão relevante quando tratamos da atenção à saúde dos idosos, buscamos escrever uma análise que Mendes (2011) compila em seu livro sobre essa temática que é de extrema importância quando pensamos em cuidado à saúde e de como os serviços de saúde podem se organizar para prestar uma atenção mais eficiente e de qualidade.



SAIBA MAIS

Esse livro está disponível em sua biblioteca: Mendes, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

Em todo o mundo, as taxas de fecundidade diminuem, as populações envelhecem e as expectativas de vida aumentam. Isso leva ao incremento das condições crônicas pelo aumento dos riscos de exposição aos problemas crônicos. O que muda em relação aos países é a velocidade com que esse processo é desenvolvido.

Há que se ressaltar que há uma correlação direta entre os processos de Transição demográfica e epidemiológica. A princípio, o declínio da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e beneficia os grupos mais jovens que passam a conviver com fatores de risco associados às doenças crônicas e, à medida que cresce a população idosa, incrementando a expectativa de vida, as doenças crônicas tornam-se mais prevalentes.

A modificação dos padrões de consumo repercute nos comportamentos e nos estilos de vida. Padrões de consumo e de comportamentos não saudáveis vão se impondo e incrementando as condições crônicas. Dentre eles, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o sexo inseguro, a inatividade física, o excesso de peso, a alimentação inadequada e o estresse social.

No Brasil, a transição demográfica é muito acelerada, o efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resulta numa transformação da pirâmide etária da população. O formato triangular, com base alargada, do início dos anos 2000, irá ceder lugar, em 2030, a uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas.

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas e, especialmente, das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade.



A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD/2003) mostram que, em 2003, 77,6% dos brasileiros de 65 ou mais anos de idade relataram ser portadores de doenças crônicas, sendo que um terço deles, de mais de uma doença crônica.

Os resultados da PNAD 2008 mostraram que 71,9% das pessoas de 65 anos ou mais declararam ter, pelo menos, um dos 12 tipos de doenças crônicas selecionadas. Do total de pessoas, 31,3% reportaram doenças crônicas, o que significa 59,5 milhões de brasileiros. Quase 6% da população declararam ter três ou mais doenças crônicas.

O autor discute a premissa de que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar uma elevação progressiva da morbimortalidade por condições crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos, como relativos.

A situação epidemiológica brasileira pode ser analisada por várias vertentes: a mortalidade, a morbidade, os fatores de risco e a carga das doenças.

A mortalidade proporcional, em 2004, foi determinada em 13,1% pelas doenças infecciosas e maternas, perinatais e nutricionais; em 12,6% por causas externas; e em 74,3% por doenças não transmissíveis. Isso significa que se somando as causas maternas e perinatais (3,2%) e as doenças não transmissíveis, 77,5% das mortes foram por condições crônicas.

A análise da carga de doença no Brasil mostra que o somatório das doenças crônicas e das condições maternas e perinatais – que constituem condições crônicas – representam 75% da carga global de doenças no país, medidas em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAls). Enquanto isso, as condições agudas, expressas nas doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição e causas externas, representam 25% da carga de doença. Mas deve-se observar, ainda, que uma parte significativa das doenças infecciosas, aquelas de longo curso, deve ser considerada como condições crônicas, o que aumenta, além de dois terços, a presença relativa das condições crônicas na carga de doenças.

A prevalência dos fatores de risco no Brasil aponta no sentido de uma produção social de condições crônicas, já que eles respondem pela grande maioria das mortes por doenças crônicas e por fração significativa da carga de doenças devida a essas condições de saúde.

Observa-se, no Brasil, um processo de transição nutricional que resultou de mudanças substanciais na alimentação, com a crescente oferta de alimentos industrializados, facilidade de acesso a alimentos caloricamente densos e mais baratos e redução generalizada da atividade física. Essa transição nutricional favorece o incremento das condições crônicas.

Mendes (2011) afirma que a situação epidemiológica brasileira esconde uma epidemia oculta: a epidemia das doenças crônicas, e concluindo, afirma que, a partir das informações analisadas, o mundo e o Brasil apresentam um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição das condições de saúde, caracterizados pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas.

Ou seja, manifesta-se, universalmente, o fenômeno da **transição epidemiológica**.



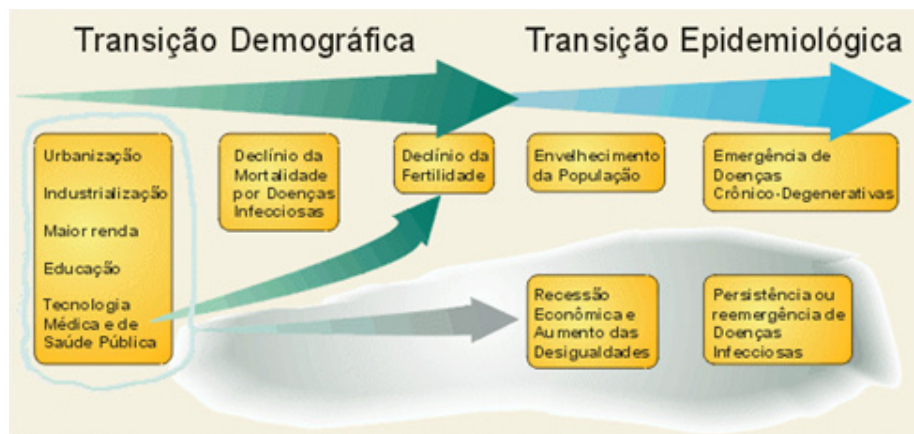
SAIBA MAIS

Entende-se por **transição epidemiológica** as mudanças ocorridas, temporalmente, na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde e que se expressam nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, acontecem, concomitantemente, com outras transformações demográficas, sociais e econômicas.

Há, contudo, padrões diferenciados de transição epidemiológica, especialmente, verificáveis nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, adverte Mendes (2011). Nos países desenvolvidos a transição fez-se, classicamente, por etapas sequenciais, já nos países em desenvolvimento em geral, e no Brasil, em particular, apresenta características específicas em relação aos países desenvolvidos, ao se superporem uma agenda tradicional e uma nova agenda da saúde pública.

Por isso, em vez de falar transição epidemiológica nos países em desenvolvimento, é melhor dizer de acumulação epidemiológica ou modelo prolongado e polarizado ou de dupla carga de doenças ou de duplo risco, caracterizada pela persistência de doenças infecciosas e desnutrição e pela escalada rápida das doenças crônicas.

Essa situação epidemiológica singular dos países em desenvolvimento – que se manifesta claramente no Brasil – define-se por alguns atributos fundamentais: a superposição de etapas, com a persistência concomitante das doenças infecciosas e carenciais e das doenças crônicas; as contratransições, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas, as doenças reemergentes como a dengue e febre amarela; a transição prolongada, a falta de resolução da transição num sentido definitivo; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento das novas doenças ou enfermidades.



Essa complexa situação epidemiológica tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças, porque envolve, ao mesmo tempo: primeiro, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; segundo, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada; e terceiro, o forte crescimento da violência e das causas externas.



ATENÇÃO!

A emergência de uma situação de condições de saúde, caracterizada pela tripla carga de doenças, com forte predomínio relativo de condições crônicas, convoca mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde.

Esperamos que essa discussão tenha sido útil para você repensar as práticas de saúde que estão sendo oferecidas, em especial às pessoas idosas.



**PARA
REFLETIR**

Será que a atenção que ofertamos é a atenção que as pessoas realmente necessitam?

Para encerrarmos esse tema, gostaríamos que alguns aspectos fossem destacados:

Transição Demográfica

- Transformação de uma população considerada jovem para uma envelhecida.
- Fatores envolvidos
 - ↓ Fecundidade (principal fator da transição demográfica)
 - ↑ Expectativa de vida
- A transição demográfica ocorreu no Brasil em um período em torno de 50 anos, devendo-se principalmente a urbanização → inclusão das mulheres no mercado de trabalho e uma maior aceitação do planejamento familiar → ↓ da fecundidade.
- A faixa etária que mais cresce no Brasil é a de > 80 anos, em uma porcentagem de 3.570%.

Transição Epidemiológica

- É a mudança do perfil de morbimortalidade que acompanha a transição demográfica.
 - ↓ Doenças infectocontagiosas na população jovem.
 - ↑ Doenças crônicas não transmissíveis na população idosa.
- As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em todas as regiões do Brasil.
- A principal causa de internação no Brasil é a ICC.

- Estudos epidemiológicos mostram que as principais (77%) causas de morte são AVC, Câncer, Diabetes e Hipertensão.

Condição Feminina

- Viuvez precoce (3 – 4x mais viúva que viúvo)
- Solidão
- Mais longevidade
 - Ação protetora hormonal
 - ↓ exposição a: Acidentes de trabalho, de trânsito, geral; homicídio, suicídio, quedas.
 - ↓ etilismo
 - ↓ tabagismo
 - Mais atentas a saúde (procuram o médico mais precocemente)
- Maior prevalência de Doenças crônicas (estão mais sujeitas a doenças físicas e mentais)
- Cuidar e sustentar a família
- Pobreza

Fatores de Risco para Mortalidade

- Idade avançada (principal fator)
- Sexo masculino
- Incapacidade funcional
- Hospitalização no último ano
- Auto-avaliação negativa de saúde

Estrutura Familiar

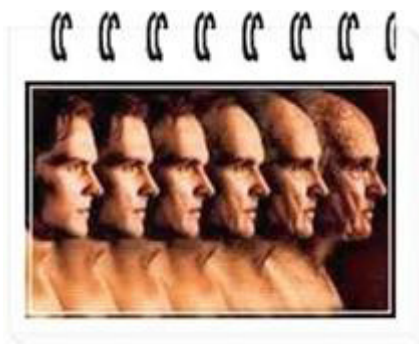
- Observa-se aumento dos domicílios sob responsabilidade de idosos
- Famílias brasileiras que contêm idosos estão em melhores condições econômicas.

- Há relativamente ↓ pobres e indigentes entre as famílias chefiadas por idosos do que idosos.
- Total de famílias com idosos: 24%

EIXO 2: CUIDADO INTEGRAL A PESSOA IDOSA

Kátia Crestine Poças

Maria Luiza Barros Bezerra



Lição 3 – Senescência: aspectos anatômicos e fisiológicos do envelhecimento.

I – Introdução

A Atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família quer por demanda espontânea, quer por busca ativa 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.

É de fundamental importância que o profissional interessado nesta área esteja atualizado nas peculiaridades anatômicas e funcionais do envelhecimento, sabendo discernir com máxima precisão os efeitos naturais deste processo (**senescência**) das alterações produzidas pelas inúmeras afecções que podem acometer o idoso (**senilidade**).



Assista ao vídeo e observe os efeitos naturais do processo de envelhecimento acontecendo em menos de 5 minutos:

<https://www.youtube.com/watch?v=4mIO1NOCMpE>

II – Composição e Forma do Corpo

A seguir apresentaremos as peculiaridades dos efeitos naturais relacionados ao envelhecimento e suas características anatômicas e funcionais, ou seja, vamos reconhecer o processo de senescência.

II.1 – Aspectos Gerais

- Estatura começa a diminuir a partir dos 40 anos cerca de 1 cm por década.
 - Diminuição dos arcos dos pés
 - Aumento da curvatura da coluna
 - Encurtamento da coluna vertebral devido a alterações nos discos intervertebrais
- Os diâmetros da caixa torácica e do crânio tendem a aumentar.
- O nariz e os pavilhões auditivos continuam a crescer, dando a conformação facial típica.
- Redução da água corporal em até 15%.
- Aumento do tecido adiposo (baixa densidade)

II.2 – Pele e Pêlos

- Diminuição da atividade das glândulas sudoríparas e sebáceas resultando em pele seca e áspera, mais sujeita as infecções e mais sensível às variações térmicas.
- Diminuição do número de melanócitos e de alças capilares levando a uma pele pálida.
- Aparecimento de manchas hiperpigmentadas, marrons, lisas e achatadas principalmente em face e dorso das mãos devido à alteração no funcionamento dos melanócitos. É comum também o aparecimento de equimoses com manchas vermelhas ou

púrpuras salientes aos menores traumas devido à epiderme está mais fina e o aparecimento de manchas escuras ou marrons, salientes, conhecidas em conjunto como queratose seborréica.

- Há diminuição geral de pêlos no corpo. Fazem exceção às narinas, orelhas e sobrancelhas.
- Pode surgir a calvície e despigmentação dos pêlos. (cabelo branco).

II.3 – Sistema Ósseo

- Os osteócitos que controlam todo o metabolismo da matriz extracelular ↓ em número e atividade com o envelhecimento. Com isso, o metabolismo se desequilibra e há perda de cálcio na matriz.
- A perda de tecido ósseo ocorre de maneira diferente no homem e na mulher. Na mulher não há perda óssea significativa antes da menopausa, porém após este fenômeno, o processo é mais intenso do que nos homens.

II.4 – Sistema Muscular

- Diminuição do número de fibras musculares (sarcopenia).
- Substituição muscular por colágeno e gordura.

II.5 – Sistema Articular

- As suturas do crânio, os ossos são unidos por tecido fibroso. Com o envelhecimento, esse tecido vai sendo substituído por osso, processo que começa por volta dos 30 anos, desaparecendo por completo em épocas diferentes em cada sutura. O crânio tende, portanto, a apresentar menor número de ossos, o que diminui sua resistência a fraturas.
- Existe diminuição da espessura do disco intervertebral, acentuando-se as curvas da coluna, especialmente a torácica, contribuindo para a cifose.
- Ocorrem adelgaçamento, rachaduras e fendas na cartilagem das articulações sinoviais.

II.6 – Sistema Nervoso

- Cérebro: Atrofia. O volume cerebral em relação a caixa craniana

permanece constante até os 60 anos, decrescendo a partir de então, sendo de forma mais acentuada por volta dos 70 – 90 anos quando pode chegar a 80%.

- Os Sulcos Corticais: Alargamento e aprofundamento (mais nos lobos fronto-temporal e menos no occipital)
- Líquor: Aumento.
- Meninges: Espessamento.

II.7 – Sistema Caridovascular

- Coração: Peso aumenta, Aumento da espessura da parede do Ventrículo Esquerdo
- Valvas: Calcificação (10% em > 50 anos e 50% em > 90 anos)
- Aorta: Dilata (diâmetro interno ↑), ↓ das fibras elásticas e ↑ do número de colágeno e uma deposição de cálcio em toda a parede. (processo arteriosclerótico)
- Aumento da espessura e rigidez da parede vascular.

II.8 – Sistema Respiratório

No pulmão observamos:

- Aumento do espaço morto
- Redução da área de superfície de volume
- Discreta diminuição da superfície total dos alvéolos
- Redução do Clearance mucociliar

Quanto à parede torácica:

- ↓ complacência = ↑ da Rigidez (fibrocalcificações das articulações)
- ↓ da mobilidade do gradeado costal

Nos músculos respiratórios:

- Redução da força e massa muscular

II.9 – Sistema Digestivo

- Redução da acidez gástrica
- Menor absorção de vitamina B12 e ferro
- Elevação do tempo de esvaziamento gástrico
- Cavidade oral → a boca sofre mudanças em todas as suas estruturas, ocorre perda da elasticidade da mucosa, perda do paladar, desgastes dos dentes, aumento das doenças periodontais, perda das papilas linguais.

II.10 – Sistema Urinário

- Devido à falta de dilatação, a bexiga do idoso tem a capacidade de reter somente cerca de 250 mL de urina (jovem: 600 mL) e devido a perda da força de contração da bexiga, o idoso sempre retém cerca de 100 mL de urina, após a micção.
- Em cerca de 75% dos idosos, a próstata aumenta de volume, independente da ocorrência de enfermidades.
- Perda de 10% da massa renal a cada 10 anos e redução no número de néfrons funcionantes.
- Perda de 1% da função renal por ano, após os 30 anos de idade, em 70% dos idosos;
- Há redução da creatinina em virtude da sarcopenia.

II.11 – Sistema Reprodutor

- Menopausa ocorre próximo aos 50 anos.
- A vagina diminui de comprimento e largura. Seu revestimento interno normalmente torna-se menos umidificado, atrófico, podendo favorecer a ocorrência de infecções.
- O útero, aos 50 anos, pesa a metade do que aos 30 anos e sua elasticidade é perdida à medida que o tecido elástico é substituído por feixes de tecido colágeno fibroso. Os ligamentos que mantêm o útero, bexiga e reto em posição podem torna-se fracos na mulher idosa, permitindo queda destes órgãos.
- As glândulas mamárias são substituídas por tecido fibroso.

- A quantidade de pêlos púbicos gradualmente ↓, semelhante ao tec. adiposo na região.
- O nº de espermatozoide cai pela metade, mas a fertilidade perdura.
- A secreção de testosterona diminui, sem ultrapassar os limites da normalidade.

II.12 – Sistema Endócrino

- Presença de nódulos palpáveis na tireoide numa incidência em torno de 4 – 6% em indivíduos > 50 anos. O câncer de tireóide, no entanto é raro.
- Tireoide mais retroesternal e menor em tamanho.

II. 13 - Modificações visuais

- Redução da Acuidade visual
- Aumento da sensibilidade à luz
- Perda de nitidez das cores
- Perda da capacidade de adaptação noturna
- Eventualmente, redução do campo visual

II.14 – Modificações Auditivas

- Presbiacusia, geralmente bilateral
- Perda da discriminação dos sons mais baixos
- Redução auditiva por rolhas ceruminosas.

Lição 4 – Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa



Para a realização da Avaliação Multidimensional é necessário uma equipe multiprofissional que atue de forma interdisciplinar. Ela tem por objetivo quantificar as capacidades e os problemas de saúde, psicossociais e funcionais e com isso impedir a progressão da doença, evitar incapacidade funcional e promover a inserção do paciente nos programas de reabilitação, produzindo efeitos psicológicos positivos para os pacientes e a família.

Com este instrumento é possível detectar sinais de demência, delirium, depressão, efeitos colaterais medicamentosos, déficit de ordem visual e auditiva etc., bem como a presença das grandes síndromes geriátricas. A partir daí é possível desenvolver um plano adequado de intervenção que visa ao tratamento das doenças diagnosticadas, evitando seu agravamento e, portanto, retardando o aparecimento das limitações funcionais.

Os itens a serem avaliados levam em consideração a prevalência das disfunções, sua vulnerabilidade à intervenção, a relação com aspectos de prevenção dos agravos mais frequentes e a capacidade de identificação de alguns problemas de grande repercussão funcional, geralmente assintomáticos ou não registrados de maneira sistemática, que repercutem na qualidade de vida do idoso (Lemos, C. P; Sirena, S.A., 2012).

Os domínios que serão pesquisados, segundo esses autores estão descritos a seguir e representados na figura abaixo:

- Visão
- Audição
- Função dos membros superiores e inferiores
- Estado mental

- Risco de queda domiciliar
- Atividades de vida diária
- Incontinência urinária
- Estado nutricional
- Suporte social



Fonte: Sirena, A.S. (2008)

Visão

O processo de envelhecimento está associado a uma diminuição da acuidade visual. Isto se deve por vários motivos, entre eles: alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual, doenças da retina. Mais de 90% dos idosos necessitam de óculos.

Audição

A causa mais frequente de deficiência auditiva é a presbiacusia, que é uma perda progressiva da audição de alta frequência. Devemos estar atentos pois o déficit auditivo muitas vezes não é motivo de queixa do idoso, pois não é reconhecido pelo mesmo.

Função dos Membros Superiores

As limitações na movimentação dos ombros e a incapacidade de empunhar e exercer a função de pinça digital são as principais disfunções a serem observadas e

que dificultam a execução de tarefas simples e cotidianas, refletindo na diminuição da qualidade de vida do idoso.

Função dos Membros Inferiores

Problemas de mobilidade e quedas são muito frequentes em idosos, e podem estar relacionados a disfunções de diversas ordens, que podem ser desde problemas de sensopercepção e déficit cognitivo até problemas próprios de membros inferiores.

Estado Mental

A perda de memória recente e de habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de diminuição de funções cognitivas. Essas perdas funcionais e psicossociais que acompanham o envelhecimento podem frequentemente resultar em depressão.

Risco de Queda Domiciliar

As condições do ambiente domiciliar podem aumentar o risco de quedas em idosos. As escadas são particularmente perigosas, tapetes soltos, fios elétricos, cacos de ladrilhos no chão podem contribuir para o aumento nas quedas.

É importante perguntar ao idoso sobre essas condições, além da presença de materiais de apoio (corrimão, barras nos banheiros), e quando necessário realizar visita domiciliar para análise do ambiente e ajustes necessários.

Atividades de Vida Diária

A incapacidade no desempenho de atividades diárias (AVDs) tem sido identificadas como fator de risco para queda e institucionalização. As atividades diárias são as habilidades necessárias para a manutenção independente das funções básicas de banho, alimentação, vestir-se, ir ao banheiro, locomover-se e caminhar.

Incontinência Urinária

Esse problema tem uma prevalência importante entre idosos (cerca de 30% dos idosos não institucionalizados), porém frequentemente não é identificado. Os pacientes não costumam relatar e o questionamento é essencial. A frequência e a importância do evento deverão ser relacionadas à repercussão emocional e social. As causas mais comuns reversíveis devem ser investigadas, como delírio, restrição da mobilidade e retenção urinária, infecção e efeitos de medicação.

Estado Nutricional

A manutenção de uma adequada nutrição é essencial na prevenção de doenças e declínio funcional. O peso corporal é um sinal vital na avaliação da saúde do idoso. Emagrecimento sugere que o paciente não está bem, por problemas médicos, sociais ou emocionais.

O indicador de estado nutricional mais útil em idosos é a variação de peso em relação ao basal ou a presença de anorexia. Uma perda de peso de mais de 5% em um mês ou mais de 10% em seis meses é significativa. A aferição do peso deve ser feita regularmente a cada consulta ou no máximo a cada 12 meses.

Na lição 5, sobre promoção à saúde, abordaremos questões relacionadas à alimentação saudável.

Suporte Social

A identificação de cuidadores ativos ou em potencial revela a rede social de que o paciente pode dispor em caso de incapacidades temporárias ou internação hospitalar, assim como nos casos de perda ou incapacidade de familiares próximos.

Nas lições 9 e 10 abordaremos temas que dialogam diretamente com o suporte social.

No quadro a seguir apresentamos um resumo da avaliação multifuncional da pessoa idosa.

Quadro 1: Avaliação Multifuncional da Pessoa Idosa

VISÃO	O(a) Sr(a) tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, aplicar o cartão de Jaeger: OD: _____ OE: _____
AUDIÇÃO	Aplicar o teste do sussurro. A pessoa idosa responde à pergunta feita? Ouvido D: _____ Ouvido E: _____ Se não, verificar a presença de cerume. Ouvido D: _____ Ouvido E: _____
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se o paciente é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: _____ Caminhar 3,5m: _____ Voltar e sentar: _____
ESTADO MENTAL	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa Maçã Dinheiro Após 3 minutos pedir que os repita. Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM.
HUMOR	O(A) Sr(a) se sente triste ou desanimado(a) <i>frequentemente</i> ? Se sim, Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica.
DOMICILIO	Sofreu queda em casa nos últimos 12 meses? _____ Quantas vezes? _____ Na sua casa há: Escadas? nº _____ Tapetes soltos? _____ Corrimão no banheiro? _____
ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio, o(a) Sr(a) é capaz de: Sair da cama? _____ Vestir-se? _____ Preparar suas refeições? _____ Fazer compras? _____
INCONTINENCIA	O(a) Sr(a), às vezes, perde urina ou fica molhado(a)? Se sim, pergunte: Quantas vezes? _____ Isso provoca algum incômodo ou embaraço? _____
NUTRIÇÃO	O(a) Sr(a) perdeu mais de 4 kg no último ano? _____ Peso atual: _____ kg Altura: _____ cm IMC = _____
SUORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo(a) caso fique doente ou incapacitado? _____ Quem poderia ajudá-lo(a)? _____ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo(a) Sr(a) caso não seja capaz de fazê-lo? _____

Fonte: Caderno de Atenção Básica No 19 (2006)

No próximo quadro destacamos alguns procedimentos a serem adotados em caso de respostas positivas na avaliação multidimensional:

Quadro 2: Procedimentos a serem adotados quando do rastreamento positivo para a pessoa idosa.

RISCO DOMICILIAR	Resposta afirmativa	Avaliar segurança domiciliar e instituir adaptações necessária.
ATIVIDADES DIÁRIAS	Resposta afirmativa	Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares. Instituir intervenções médicas, sociais e ambientais apropriadas.
CONTINÊNCIA	Resposta afirmativa	Definir quantidade e frequência. Pesquisar causas reversíveis, incluindo irritação local, estados políuricos e medicações.
NUTRIÇÃO	Resposta afirmativa ou peso abaixo do aceitável	Fazer avaliação detalhada.
SUPOORTE SOCIAL	-	Identificar as pessoas no prontuário da pessoa idosa. Familiarizar-se com os recursos disponíveis na comunidade.
ATIVIDADE SEXUAL	Tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.

Fonte: Caderno de Atenção Básica No 19 (2006)

Avaliar os antecedentes diagnósticos, com ênfase nas doenças crônicas que se mantêm ativas é prática cotidiana na atenção ao idoso.

Dada sua prevalência, devem ser sempre investigadas sistematicamente, para serem descartadas:

- Afecções cardiovasculares (HAS > 50%)
- Diabetes e complicações
- Déficits sensoriais (visual [90%] e auditivo [33%])
- Afecções osteoarticulares
- Déficits cognitivos



FIQUE DE OLHO

Importante lembrar que 10% dos idosos negam queixas, que existe uma frágil correlação entre os sintomas e sua gravidade e que sempre devemos aferir o peso, a altura e a pressão, assim como calcular seu Índice de Massa Corporal (IMC).

Outro tema importantes de ser considerado diz respeito a comunicação, assim a seguir faremos breve um comentário que contribuirá para seu exercício de aproximação com as peculiaridades no cuidado à pessoa idosa. Vamos observar o

que relata o CAB nº 19 - Caderno de Atenção Básica sobre Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde (2006) que esta disponível na biblioteca. Lembre-se, já fizemos uma conversa sobre comunicação em saúde e sua importância no início do nosso curso.

A comunicação é considerada uma necessidade fundamental, cuja satisfação envolve um conjunto de condições bio-psicossociais. É mais do que uma troca de palavras, trata-se de um processo dinâmico que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações.

Comunicar envolve, além das palavras que são expressas por meio da fala ou da escrita, todos os sinais transmitidos pelas expressões faciais, pelo corpo, postura corporal e distância que se mantém entre as pessoas; a capacidade e jeito de tocar ou mesmo o silêncio em uma conversa. A comunicação é essencial na área de saúde, pois, por meio dela são obtidas informações valiosas para a condução terapêutica.

No quadro abaixo algumas dicas para a comunicação com a pessoa idosa:

Quadro 3: Dicas para a comunicação com a pessoa idosa

Use frases curtas e objetivas.
Chame-o pelo próprio nome ou da forma como ele preferir.
Evite infantilizá-lo utilizando termos inapropriados como "vovô", "querido", ou ainda, utilizando termos diminutivos desnecessários ("bonitinho", "lindinho" etc.)
Pergunte se entendeu bem a explicação, se houve alguma dúvida.
Repita a informação, quando essa for erroneamente interpretada, utilizando palavras diferentes e, de preferência, uma linguagem mais apropriada à sua compreensão.
Fale de frente, sem cobrir sua boca e, não se vire ou se afaste enquanto fala.
Aguarde a resposta da primeira pergunta antes de elaborar a segunda, pois, a pessoa idosa pode necessitar de um tempo maior para responder.
Não interrompa a pessoa idosa no meio de sua fala, demonstrando pressa ou impaciência. É necessário permitir que ele conclua o seu próprio pensamento.

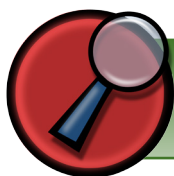
Fonte: Caderno de Atenção Básica No 19 (2006)

Lição 5 – Promoção de Saúde

A atenção deve ser especial ao cuidar de um idoso, devemos evitar alguns equívocos que refletem diretamente na qualidade dessa atenção. Assim, devemos ter cuidado ao considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, com essa atitude podemos impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças.

Outra questão importante é pensar que o envelhecimento natural é uma doença, essa atitude pode levar a prática de realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência.

Temos muitos desafios a ser superados na atenção à pessoa idosa, conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, as pessoas idosas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível é um dos maiores. 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.



Parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita.

FIQUE DE OLHO

Ao se considerar a integralidade na atenção à pessoa idosa, devemos destacar que no trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social.

Nesse sentido é importante apresentarmos alguns subsídios para que os profissionais da atenção básica possam elaborar estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde com o objetivo de alcançar um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida, em especial da população idosa.

Pensando nisso destacamos a seguir alguns temas importantes a serem trabalhados pela equipe multidisciplinar:

Alimentação Saudável para Pessoas Idosas

Em relação à alimentação da pessoa idosa saudável, sem doenças que requeiram cuidados alimentares específicos, uma orientação adequada pode ser trabalhada por meio dos “Dez Passos para uma Alimentação Saudável” adaptados para a pessoa idosa.



SAIBA MAIS

Vá até a biblioteca desse módulo e abra o arquivo Envelhecimento e saúde da pessoa idosa da série dos Cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde. Esse caderno tem muitas orientações da atenção a ser prestada à população idosa. Explore esse rico material e verifique o anexo 14: Dez passos para uma alimentação saudável para as pessoas idosas.

Existem outros materiais técnicos que podem dar suporte ao trabalho da equipe de saúde com relação à alimentação do idoso. São eles: o Guia Alimentar para a População Brasileira, material que traz as diretrizes da alimentação saudável e o Caderno de Atenção Básica de Obesidade, e o Caderno de Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica Obesidade que trabalham a questão da prevenção, tratamento e acompanhamento do sobrepeso e da obesidade na atenção básica.

Os materiais estão disponíveis na sua biblioteca.

Os profissionais da Atenção Básica/Saúde da família devem dar orientações gerais relacionadas à alimentação da pessoa idosa, em especial nas situações de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, obesidade e hipercolesterolemia. Caso sejam necessárias orientações nutricionais específicas, as equipes do município que possuem nutricionista na Atenção Básica devem desenvolver um planejamento da ação conjunta. Caso o município esteja organizado de forma a ter o nutricionista apenas na atenção especializada, deve, quando necessário, ser garantido ao usuário o atendimento nível de atenção.

Um tema importante a ser trabalhado sobre alimentação saudável 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.

O Guia Alimentar para a População Brasileira (lembre-se que ele está disponível em sua biblioteca) apresenta um capítulo sobre esse tema, que pode ser usado para trabalhar as escolhas mais saudáveis por meio da leitura e interpretação da informação contida nos rótulos dos alimentos.



Prática Corporal/Atividade Física

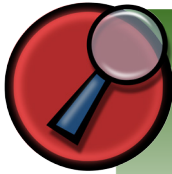


A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associadas à dieta inadequada e uso do fumo. É bastante prevalente a inatividade física entre os idosos.

O estilo de vida moderno propicia o gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, como por exemplo, assistir televisão.

É preciso lembrar que saúde não é apenas uma questão de assistência médica e de acesso a medicamentos. A promoção de “estilos de vida saudáveis” é encarada pelo sistema de saúde como uma ação estratégica.

Nesse processo, alguns aspectos são facilitadores para a incorporação da prática corporal / atividade física, como 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 corporal/ atividade física para a saúde têm sido amplamente documentados.



FIQUE DE OLHO

A pessoa que deixa de ser sedentária diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares e, associada a uma dieta adequada, é capaz de reduzir em 58% o risco de progressão do diabetes tipo II.

Recomenda-se que haja sempre uma avaliação de saúde antes de iniciar qualquer prática corporal/atividade física. 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 o engajamento da pessoa idosa na sua realização.

Apesar da importância e do estímulo que sempre precisamos dar para a prática física, ainda não está claro qual o melhor tipo e 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.

O que podemos orientar com tranquilidade de uma forma geral, é o desenvolvimento de exercícios de flexibilidade, equilíbrio e força muscular. A prática corporal/atividade física deve ser de fácil realização e não provocar lesões. 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 práticas corporais/atividades físicas 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 prática corporal/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.



ATENÇÃO!

Ao indicar uma prática corporal/atividade física para uma pessoa idosa, deve-se considerar vários aspectos, como: prazer em estar realizando esta ou aquela atividade, suas necessidades físicas, suas características sociais, psicológicas e físicas.

As atividades mais comuns envolvem: caminhada, ciclismo ou o simples pedalar da bicicleta, natação, hidroginástica, dança, ioga, Tai Chi Chuan, Lian Gong, entre outras.

A caminhada merece maior destaque, por ser acessível a todos e não requerer habilidade especializada ou aprendizagem. Recomenda-se andar em locais planos, prestando atenção a temperaturas extremas (muito elevadas ou muito baixas) e umidade muito baixa, nesses casos, ingerir maior quantidade de líquidos.

Tai Chi Chuan e Lian Gong



SAIBA MAIS

O **Tai Chi Chuan** é uma arte marcial interna chinesa. Este estilo de arte marcial é reconhecido também como uma forma de meditação em movimento. O tai chi chuan tem suas raízes na China, sendo, atualmente, uma arte praticada no mundo todo. É apreciado no ocidente especialmente por sua relação com a meditação (tao yin) e com a promoção da saúde, oferecendo, aos que vivem no ritmo veloz das grandes cidades, uma referência de tranquilidade e equilíbrio.

O **Lian Gong** é um dos primeiros sistemas de prática corporal oriental que integra a tradição milenar das artes corporais chinesas aos modernos conhecimentos da medicina ocidental. Foi criado em 1974 pelo médico ortopedista chinês Dr. Zhuang Yuan Ming, que, por desenvolver esta técnica de exercícios para prevenir e tratar de dores no corpo e restaurar a sua movimentação natural, recebeu do governo chinês o Prêmio de Pesquisa Científica de Resultado Relevante.

Os exercícios de resistência ou treinamento da força muscular, além de contribuir na diminuição da incidência de quedas, incrementa a densidade óssea. Esse tipo de atividade pode ser concomitante às atividades aeróbicas ou ocorrer em dias intercalados.

O treinamento deve ser dirigido aos grandes grupos musculares e realizado lentamente, sempre com a orientação de um profissional habilitado. Qualquer tipo de resistência pode (e deve) ser utilizado. Pode-se utilizar 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 independência. Mas, lembre-se: as atividades que requerem maior resistência ou treinamento devem ser acompanhadas por um profissional habilitado.

Lição 6 – 5 Is da Geriatria

Os 5 Is da geriatria são condições de agravo à saúde do idoso consideradas como os Gigantes da Geriatria, os quais são resultado de múltiplas causas, e que comprometem significativamente na qualidade de vida, pois podem interferir na capacidade funcional e na independência do idoso, são eles:

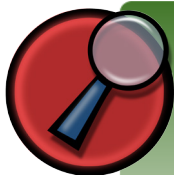
- Iatrogenia
- Incontinência
- Instabilidade (quedas)
- Imobilidade
- Insuficiência (declínio) das funções cognitivas - demência

A seguir vamos conhecer um pouco mais sobre cada Gigante da Geriatria.

Iatrogenia

A iatrogenia é um termo do vocabulário médico, de origem grega, que significa “médico (iatro) que produz (geno) moléstia (ia)”.

São afecções iatrogênicas aquelas intervenções do médico ou da equipe de saúde da qual resultam consequências prejudiciais à saúde do paciente. São decorrentes da intervenção do médico e/ou de seus auxiliares, seja ela certa ou errada, justificada ou não, mas da qual resultam consequências prejudiciais para a saúde do paciente.



FIQUE DE OLHO

Observe, nem sempre uma iatrogenia acontece por erro médico, veja alguns exemplos: mialgias após caminhada com grupos de hipertensos, alergia provocada após vacina contra o tétano, fraturas decorrentes por manobras da fisioterapia, cistite após passagem de sonda vesical de alívio, etc.

Há mais chance de iatrogenia em idosos por diversos motivos, entre eles: eles apresentam mais condições que leva a procura de um serviço médico, possuímos altas taxas de analfabetismo entre os idosos, a comunicação muitas vezes fica limitada e prejudica a compreensão da orientação, etc.

A iatrogenia causada pelo uso de medicamentos é muito relevante em idosos, por isso vamos destacar algumas questões relacionadas à polifarmácia (uso excessivo

de medicamentos), a qual produz muitos casos iatrogênicos, uma verdadeira ameaça à saúde do idoso.

O risco farmacológico é acrescido no paciente idoso, principalmente os que possuem comorbidades. Os problemas estão relacionados às reações adversas, interações medicamentosas e interações entre o fármaco e os problemas de saúde já instalados.

A abordagem para a polifarmácia deve considerar a compreensão das origens e o que desencadeia o uso excessivo de medicamentos (cultura, prática profissional, política, abordagem adotada e outros) e o desenvolvimento de uma abordagem minimamente disruptiva para os cuidados clínicos individuais.

Algumas questões precisam ter a atenção dos profissionais de saúde, a exemplo do tipo de abordagem, da escuta qualificada, na atenção diferenciada e o registro minucioso das decisões terapêuticas individual.

Incontinência Urinária



Incontinência Urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Incontinência como perda urinária involuntária objetivamente demonstrável, que representa um problema social ou higiênico para seu portador.

Acomete principalmente mulheres e pessoas idosas, com uma relação mulher: homem em torno de 4:1 em adultos e 1,5:1 em idosos. A prevalência varia nos estudos entre 15 e 41% em pessoas idosas da comunidade e ao redor de 50% das institucionalizadas.

As pessoas idosas são mais facilmente acometidas pela IU, pois o envelhecimento normal cursa com diminuição da contratilidade e da capacidade vesical, diminuição da capacidade renal de concentração urinária e aumento das contrações involuntárias do músculo detrusor e do volume residual pós-miccional.

A presença de co-morbidades e o uso de drogas que interferem na micção estão frequentemente associados e contribuem para o processo.

A IU é uma síndrome associada à estigmatização, sentimento de solidão, sintomas depressivos e institucionalização, além de predispor a outras condições mórbidas como dermatite perineal, úlceras de pressão, distúrbios do sono, infecção urinária, quedas e fraturas.

A IU tem causas definitivas e transitórias. As transitórias são condições que, quando adequadamente tratadas, promovem a restauração da continência normal. Quando a IU não pode ser curada pela remoção de um fator desencadeante identificável, é chamada de permanente.

As principais causas de Incontinência urinária transitória:

- Efeitos metabólicos e neurológicos:
 - Delirium / Hipoxemia / Hiperglicemia / Hipercalemia
 - Consumo excessivo de fluidos
- Inflamações:
 - Infecções do trato urinário
 - Uretrite e vaginites atróficas
- Medicamentos (causa mais comum):
 - Diuréticos / Cafeína / Sedativos / Álcool
 - Alfa-bloqueadores (doxazosin) e Beta-agonistas → disfunção do esfíncter
 - Antidepressivo tricíclico / Fenotiazinas / Anti-histamínicos / Atropina / Bloqueadores do canal de Cálcio / Agonistas alfa-adrenérgicos / Antagonistas Beta-adrenérgico / narcóticos e sedativos.
- Restrição da mobilidade
- Excesso de líquidos (aumento do débito urinário)
- Distúrbios psíquicos
- Impactação fecal

A incontinência permanente apresenta-se sob três formas principais: incontinência de urgência, incontinência de esforço, e refluxo ou transbordamento. Outras classificações incluem as incontinências funcional e mista.

Na incontinência funcional os pacientes não tem comprometimento dos mecanismos controladores da micção. Esta relacionada à incapacidade destes pacientes atingirem o toalete a tempo – Barreiras físicas (ex.: imobilidade).

Instabilidade Postural (Quedas)



Instabilidade postural e quedas são fenômenos frequentes em pessoas idosas e com consequências potencialmente graves, por isso são considerados uma síndrome geriátrica (um dos “Gigantes da Geriatria”).

Cerca de 30% das pessoas idosas em geral, 40% das muito idosas (>80 anos) e 50% das idosas institucionalizadas caem pelo menos 1x/ano, mais de 10% das pessoas idosas caem várias vezes ao ano e mais de dois terços daqueles que têm uma queda caíram novamente nos seis meses subsequentes. Sua frequência é maior em mulheres do que em homens da mesma faixa etária.

Em indivíduos idosos hospitalizados a média é de 1,4 quedas/por leito/por ano e pacientes internados por quedas permanecem o dobro do tempo se comparados aos que são admitidos por outra razão.

As consequências das quedas são inúmeras e podem ser muito graves. Em indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos, 5% das quedas resultam em fraturas, principalmente do punho, quadril, úmero ou pé. Dos sítios mais acometidos, o quadril (fêmur proximal) é o mais comum de fratura nas pessoas acima de 70 anos, quando a queda se dá para o lado.

O punho é o mais frequente de fratura em pessoas (principalmente mulheres) mais jovens, em torno de 50-55 anos, e ocorre quando a queda se dá para frente com o apoio das mãos. Até cerca de 24% dos pacientes que sofrem fraturas do quadril não sobrevivem ao final de um ano, cerca de 50% dos sobreviventes ficam permanentemente incapacitados em algum nível e aproximadamente 25% passam a requerer cuidados a longo prazo.

Outros 5% das quedas em pessoas idosas resultam em lesões graves de partes moles, incluindo contusões cerebrais, hematomas subdurais, hemartroses, deslocamentos articulares ou distensões graves. Outra complicação comum das quedas é a incapacidade para se levantar sozinho, o que pode causar desidratação, pneumonia, rabdomiólise ou úlceras de pressão, quando prolongada.

A queda frequentemente traduz ao indivíduo significados de decadência e fracasso pela percepção da perda de capacidades do corpo, potencializando sentimentos de vulnerabilidade, ameaça e humilhação e facilitando o aparecimento de depressão. É ainda importante causa de institucionalização e internação.

A maior facilidade de as pessoas idosas sofrerem lesões (e mais graves) decorrentes de quedas deve-se à alta prevalência de comorbidades, incluindo a osteoporose, associado ao declínio funcional decorrente do processo de envelhecimento, com aumento do tempo de reação e diminuição da eficácia das estratégias motoras do equilíbrio corporal.

Evitar quedas é uma conduta de boa prática de saúde, em hospitais e em instituições de longa permanência, sendo considerado um dos indicadores de qualidade de serviços para pessoas idosas.

Constitui-se em política pública indispensável, porque afeta de maneira desastrosa a vida dos indivíduos idosos e de suas famílias, e drena grandes volumes de recursos econômicos no tratamento de suas consequências.

As quedas devem-se à combinação de fatores extrínsecos (ambientais) e intrínsecos (alterações orgânicas que prejudiquem o controle postural). Pessoas idosas independentes e saudáveis caem mais por influência de fatores extrínsecos, enquanto as fragilizadas ou com múltiplas patologias caem por fatores intrínsecos isolados ou pela combinação de ambos.

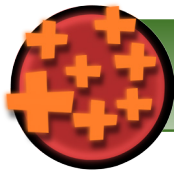
A estabilidade do corpo depende da recepção adequada de informações de componentes sensoriais (visão, audição, propriocepção), cognitivos (orientação têmporo-espacial, memória, planejamento e decisão), integrativos centrais (principalmente cerebelo) e musculoesqueléticos (músculos, articulações), de forma altamente integrada.

Mais de 70% das quedas acidentais ocorrem dentro de casa ou seus arredores, geralmente durante o desempenho de atividades cotidianas. Cerca de 10% ocorrem em escadas, sendo que descê-las apresenta maior risco do que subi-las.

Intervenções que podem ser adotadas para prevenção de quedas:

- Treinamento de marcha e equilíbrio
- Exercício de fortalecimento muscular
- Descontinuação gradual de medicamentos psicotrópicos.

- Modificação dos riscos ambientais
- Revisão e modificação de medicações
- Tratar doenças subjacentes
- Uso apropriado de órteses
- Prevenção de osteoporose



SAIBA MAIS

Visite a biblioteca do curso e conheça o folder: Prevenção de quedas em pessoas idosas: Cair não é normal!

Imobilidade

Trata-se da incapacidade de se deslocar sem o auxílio de outra pessoa, com finalidade de atender às necessidades da vida diária. Pode o paciente estar restrito a uma poltrona ou ao leito.



A Síndrome de imobilidade é um problema geriátrico caracterizado por sinais e sintomas de intolerância ao exercício resultante do confinamento crônico e mudança postural muito limitada. Tem prevalência indefinida devido a dificuldade de consenso na sua conceituação.

Possui grande importância na faixa etária geriátrica por se tornar progressivamente mais prevalente com o aumento da idade e por determinar alta complexidade, morbidade e mortalidade. É grande fator de risco para institucionalização e internação.

Imobilidade é frequentemente de etiologia multifatorial. Vários estudos demonstram que exercícios e atividade física em geral são os principais componentes da sua prevenção.

As causas variam entre diminuição da capacidade cardiorrespiratória, déficits do sistema locomotor, incapacidade neurológica ou sensorial, redução da motivação, doenças sistêmicas e a combinação de várias dessas.

Os fatores predisponentes podem ser listados: Osteoartrose; Doenças reumáticas; Sequelas de fraturas; DPOC, ICC, AVC e Infecções; Desnutrição e Desidratação; Parkinson, Demência e Depressão; longos períodos acamado.

A imobilidade pode alterar todos os órgãos e sistemas, levando a múltiplas complicações: retenção urinária, disfagia, constipação intestinal, hipotensão postural, piora do condicionamento cardiovascular, trombose venosa profunda, depressão, alteração do ciclo sono-vigília, redução da capacidade pulmonar e do clearance mucociliar, desnutrição, propensão a infecções, isolamento social e institucionalização, e as temidas úlceras de decúbito.

Em relação a úlcera por pressão algumas considerações são importantes:

- INCIDÊNCIA: 10 - 20% em idosos acamados;
- Taxa de mortalidade: 70% ao ano;
- Fator desencadeante: compressão por mais de 2h;
- Classificação:
 - I → Hiperemia que não empalidece a compressão
 - II → Erosão parcial, aparecimento de bolhas ou abrasão
 - III → Exposição de fáscia e músculo
 - IV → Exposição óssea com necrose de partes moles
- Prevenção:
 - Mudança de decúbito
 - Uso de colchões apropriados
 - Uso de apoios para tronco e membros
 - Manter pele hidratada, aquecida e boa higiene
 - Minimizar exposição de urina, sudorese ou drenagem de feridas
 - Correção dos efeitos agravantes: desnutrição, desidratação, anemia, obesidade, doenças crônicas, sedação excessiva, hipoalbuminemia.

A Síndrome de Imobilidade é causa de grande sofrimento para o paciente e sua família, diminui a qualidade de vida e determina grande aumento da mortalidade. Cuidados clínicos e familiares, além da mobilização dentro dos limites do paciente (ativa ou passiva), previnem complicações e reduzem a incapacidade.

Insuficiência

Durante o envelhecimento existem mudanças estruturais cerebrais, com a diminuição de peso e volume, perda seletiva de neurônios, diminuição no número de sinapses e decréscimo na plasticidade neuronal. Isso leva a alterações no funcionamento cognitivo (intelectual) do indivíduo, em níveis que variam do normal e discreto e a insuficiências:

- Memória (imediata e de evocação)
- Atenção
- Julgamento
- Abstração
- Linguagem
- Executiva - soluciona problemas
- Gnosia - habilidade de reconhecer gestos e pessoas.



Queixas de memória, especialmente, são muito comuns na população idosa, fatores como depressão e ansiedade, ou o uso de certos medicamentos, podem aumentar ainda mais a frequência dessas reclamações.

A capacidade cognitiva na pessoa idosa pode variar de forma persistente entre alterações normais do envelhecimento, comprometimento cognitivo leve (CCL) e demência, e pode manifestar alterações transitórias chamadas de quadro confusional agudo ou *delirium*.

O envelhecimento normal determina um maior tempo, em média, para a realização de tarefas cronometradas e reação a estímulos. Pode haver dificuldade para lembrar nomes ou onde um objeto foi colocado, número de telefone e palavras, mas a informação é em geral lembrada posteriormente e não há declínio na capacidade de aprendizagem no envelhecimento normal.

Não há prejuízo na memória de procedimentos (capacidade de dirigir, ler, realizar tarefas de completar palavras e velocidade de nomeação, entre outras) e não há comprometimento funcional.

O comprometimento cognitivo leve (CCL) ultrapassa os limites da normalidade para o nível de escolaridade do indivíduo, mas não pode ser classificado como demência. Há queixa subjetiva de déficit de memória, preferencialmente confirmada por outra pessoa, evidência objetiva de alteração da memória sem comprometimento de outras áreas da cognição (linguagem, capacidade executiva, e visuo-espacial, etc.) e não há comprometimento funcional.

Demência é o quadro mais grave de declínio cognitivo, e caracteriza-se por déficit irreversível em várias áreas da cognição, sendo um a memória, que representa perda em relação ao estado prévio e leva a prejuízo funcional do indivíduo, ocorrendo há pelo menos seis meses.

Tem grande impacto social, pois leva a perda da autonomia e da independência, geram altos custos de saúde, demanda a dedicação de um cuidador (que sofre grande estresse e fica impossibilitado de realizar uma atividade remunerada em caso de ser da família), aumenta a mortalidade, o risco de institucionalização, quedas, depressão, imobilidade e internações, entre outros.

Há várias causas distintas de demência, sendo a Doença de Alzheimer responsável por 60 a 70% dos casos.

É necessária atenção para o diagnóstico diferencial com as causas potencialmente reversíveis, como depressão, hipotireoidismo e déficit de vitamina B12, nas chamadas “pseudo-demências”.

O diagnóstico de demência é clínico, podendo ser auxiliado por testes neuropsicológicos (bateria de testes detalhados que examinam cada área da cognição).

A Doença de Alzheimer é importante causa de mortalidade e incapacidade em pacientes idosos no mundo. Manifesta-se como um quadro demencial de início sutil em que comumente há lapsos de memória os quais progridem e juntam-se a outras dificuldades até um estado de dependência completa, com incapacidade inclusive para atividades básicas do dia-a-dia (comer, deambular, controlar a evacuação e micção, etc.). Tem duração média de oito a dez anos, podendo variar entre dois a vinte anos até o óbito.

Lição 7 – Cuidados paliativos



FIQUE DE OLHO

Para iniciar esse tema, convidamos você para assistir: A morte é um dia que vale a pena viver, uma palestra de Ana Claudia Quintana Arantes.

Acesse no link: <https://www.youtube.com/watch?v=ep354ZXKBEs>

Por um lado, aliviar a dor e o sofrimento de doentes e familiares. Por outro, resgatar a biografia de pacientes. Esse é o exercício diário de Ana Claudia Quintana Arantes, médica formada pela FMUSP e especialista em Cuidados Paliativos pelo Instituto Pallium e Universidade de Oxford, além de pós-graduada em Intervenções em Luto.

Após essa palestra, a qual mostra com muita clareza do que se trata os cuidados paliativos, pensamos em destacar algumas informações relacionadas à esse cuidado que se aplicam aos profissionais na atenção básica, principalmente na identificação de casos que precisarão desse cuidado. Essas considerações são dos autores Santos, C.E; Teixeira, F.M. e Mattos, L.F.; e estão disponíveis no capítulo sobre Cuidados Paliativos do Tratado de Medicina de Família e Comunidade (2012).

O cuidado paliativo é uma abordagem que objetiva a melhoria a qualidade de vida da pessoa enferma e de seus familiares, ao realizar a prevenção eo alívio de sofrimento, diante de uma doença que ameaça a vida. Para efetivá-la é necessária a identificação precoce da dor, assim como avaliações e tratamentos, além de abordar outros problemas físicos, psicológicos e espirituais.

Verifica-se carências de cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crônicas incapacitantes. Surgem novas necessidades sociais e de saúde, que requerem respostas novas e

diversificadas que venham a satisfazer o esperado pela procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de pacientes com patologia crônica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final da vida.

Para prestar cuidados paliativos, é necessária uma equipe multidisciplinar com as seguintes características:

- Um médico com formação diferenciada em Cuidados Paliativos;
- Um enfermeiro com formação diferenciada em Cuidados Paliativos;
- Apoio psiquiátrico/psicológico;
- Apoio do fisiatra/fisioterapeuta;
- Apoio social;
- Secretariado adequado.

Por outro lado, os pacientes que devem ser incluídos no serviço também precisam ter certas características, a saber:

- Sem perspectiva de tratamento curativo;
- Rápida progressão da doença e expectativa de vida limitada;
- Intenso sofrimento;
- Problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

Uma equipe com cuidados paliativos incorporados deve ter os membros com formação específica em cuidados paliativos. O serviço deve possuir fármacos considerados essenciais para as equipes e apoio todos os dias da semana. Os objetivos dessa equipe em relação aos cuidados podem ser assim descritos:

- Tratar a dor e outros sintomas físicos (náuseas, vômitos, delírios, convulsões, dispneias, etc.), assim como as necessidades emocionais, sociais e aspectos práticos dos cuidados dos pacientes;
- Informar, comunicar e dar apoio emocional, assegurando que o paciente seja escutado, que participe das decisões, que obtenha respostas claras e honestas e que possa sempre expressar os seus sentimentos;
- Melhorar a qualidade da atenção prestada aos pacientes em situação terminal e aos seus familiares, promovendo uma resposta integral, respeitando a autonomia e os valores de cada pessoa.

Para finalizar, os autores destacam que é necessário estar atento porque sempre há o que fazer para melhorar as condições de vida da pessoa: respeitar o direito da pessoa viver os seus últimos momentos, sem sofrimento, morrer em casa – se assim o desejar -, rodeada de seus entes queridos, com assistência do seu médico e um religioso. Enfim, da maneira mais digna possível.

Muitas pessoas idosas possivelmente chegarão ao final de suas vidas em seus locais de moradia junto de seus familiares. Aliás, seria essa, para muitos, a melhor forma de morrer. Nessa hora, muitos familiares ficam “perdidos”, sem saber como proceder. As orientações que são úteis para esse momento, desde questões relacionadas com o atestado de óbito até questões mais práticas sobre sepultamento estão disponíveis no Caderno de Atenção Básica sobre Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde (2006) que está disponível na biblioteca.

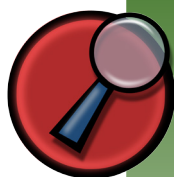
Eixo 3 – Aspectos sociais e cuidados com o idoso

Kátia Crestine Poças

Maria Luiza Barros Bezerra



Lição 8 – Violência contra o Idoso



FIQUE DE OLHO

Convidamos você para assistir ao vídeo: Novos idosos, velhos desafios - Caminhos da Reportagem, disponível na sua biblioteca e no endereço:

<https://www.youtube.com/watch?v=PCgvqiuQWuQ>

O Caminhos da Reportagem revela que população idosa ainda sofre com a falta de respeito nas ruas, tanto no transporte coletivo quanto no atendimento à saúde. As violações de direitos também ocorrem dentro de casa.



PARA REFLETIR

E você, já havia refletido sobre a realidade dos nossos idosos no Brasil?

Para abordar essa temática optamos por trazer as contribuições da discussão apresentada pelos autores Alfredo Cataldo Neto e Fernanda Azevedo em 2012, apresentados no livro Tratado de Medicina de Família e Comunidade.

Eles ressaltam que uma cultura que exalta a juventude e o sistema produtivo que constroi uma representação do idoso como sem valor e como peso social, bem como a concepção de que a família é uma instituição sagrada e inviolável podem contribuir com o caráter velado da violência contra os idosos.

Os profissionais de saúde devem estar atentos para identificar situações de violência e diferencia-las de outras circunstâncias.



ATENÇÃO!

É preciso cuidado para não ser negligente, igualmente é necessário cautela para não concluir precipitadamente a presença de violência!

A violência contra o idoso pode se expressar de diversos meios e ser classificada de muitas formas. Para fins práticos, pode-se classificar seu tipo de acordo com a natureza dos fatos, ou seja: violência física, psicológica, sexual, econômica ou financeira e abandono.

Embora a violência contra o idoso não seja uma situação nova, sua conscientização e notificação são recentes. Ainda que o Estatuto do Idoso preveja a notificação, ou seja, a comunicação obrigatória, de todo caso de maus-tratos ao idoso, a subnotificação ocorre por diversos motivos. Muitas vezes a própria vítima não presta queixa por ter uma relação afetiva com o agressor e depender dele, por exemplo.

A abordagem familiar, muitas vezes, pode dar pistas sobre um padrão de comportamento violento.

I – A violência física

A violência física caracteriza-se pelo uso da força física ou objetos para ferir, coagir, provocar dor, incapacidade ou morte. Pode se manifestar por tapas, socos, empurrões, chutes, entre outros.

As lesões físicas podem causar danos graves e permanentes ao idoso, pois seu organismo é mais vulnerável, requerendo um período maior de recuperação.

II – A violência psicológica

Entende-se por violência psicológica toda ação ou omissão a fim de causar prejuízo à identidade, à autoestima e ao desenvolvimento pessoal. Ocorre mediante insultos, humilhação, ridicularização, isolamento do convívio social, ameaças e restrição da liberdade.

As agressões psicológicas diminuem a confiança e a autoestima, produzindo isolamento social, sofrimento emocional e depressão.

III – A violência sexual

É qualquer ato ou jogo sexual, de caráter homo ou heterossexual, utilizando idosos a fim de excitação, relação sexual ou práticas eróticas mediante violência física, coerção ou aliciamento.

IV – A violência econômica ou financeira

É todo ato lesivo e/ou não autorizado aos bens e finanças do idoso. Frequentemente ocorre por meio de exploração imprópria, ilegal ou não consentida de recursos financeiros e patrimoniais do idoso.

V – O abandono

É a recusa ou a omissão de cuidados e proteção contra agravos evitáveis, devidos e necessários ao idoso, por seu responsável. Também é entendido como a recusa ou a falha da obrigação de cuidar do idoso. É a ausência ou deserção dos responsáveis de prestarem cuidados ao idoso que necessite de proteção e assistência.

Ainda podemos destacar segundo o Caderno de Atenção Básica sobre Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde (2006) que esta disponível na biblioteca:

VI - Violência institucional

É aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão.

Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários(as) e profissionais dentro das instituições.

Esse tipo de violência inclui:

- peregrinação por diversos serviços até receber atendimento;
- falta de escuta e tempo para o(a) idoso(a);
- frieza, rispidez, falta de atenção ou negligência;
- maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo questões de cor/etnia, idade, orientação sexual, gênero, deficiência física ou doença mental;
- desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico;
- violência física (por exemplo, negar acesso à anestesia como forma de punição, uso de medicamentos para adequar o paciente à necessidade do serviço ou do profissional);
- detrimento das necessidades e direitos da pessoa idosa;
- críticas ou agressões dirigidas a quem grita ou expressa dor e desespero, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa, fornecendo informações e buscando condições que lhe tragam maior segurança do atendimento ou durante a internação;
- diagnósticos imprecisos, acompanhado de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência.

VII – Auto-negligência

É a violência da pessoa idosa contra si mesma (conduta) ameaçando sua própria saúde ou segurança. Normalmente manifesta-se com a recusa ou o fracasso de prover a si próprio um cuidado adequado, mesmo tendo condições físicas para fazê-lo (não tomar banho, não se alimentar, não se movimentar).

Um agravamento muito comum é o fato da vítima sofrer mais de um tipo de violência concomitantemente.

De um modo geral, qualquer forma de violência produz impactos importantes na qualidade de vida do idoso, podendo culminar até mesmo em suicídio ou morte prematura.

É preciso ter em mente que em toda suspeita de maus-tratos devem-se buscar evidências, investigação e esclarecimento de todos os fatos.

A identificação de sinais de violência contra as pessoas idosas é frequentemente negligenciada no atendimento à saúde, quer pela dificuldade em identificá-los quer pela ausência de suporte formal para auxiliar tanto a(s) vítima(s) quanto os profissionais.

Essa identificação de sinais de violência contra as pessoas idosas é, também, com certa frequência, negligenciada no atendimento à saúde e deve ser notificada por meio de Ficha apropriada. Objetiva auxiliar a(s) vítima(s) na defesa de seus direitos; os profissionais para que não se configure omissão (passível de punição legal) e, ainda, contribuir para o registro epidemiológico desses agravos externos à saúde.

De acordo com a Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), no art. 19, está previsto que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória ao Conselho Municipal ou Estadual dos Direitos do Idoso, Delegacias de Polícia e Ministério Público.

Lição 9 – Grupos de Convivência



A principal característica do envelhecimento saudável é a capacidade de aceitar as mudanças fisiológicas decorrentes da idade, sendo que as doenças e limitações não impossibilitam a experiência pessoal de velhice bem-sucedida. O bem-estar subjetivo é um critério essencial para a velhice bem-sucedida, aproxima-se de um princípio organizacional para alcance de metas, expandindo-se em um *continuum* multidimensional, que ultrapassa a objetividade da saúde física.

O avanço da idade e a chegada da aposentadoria têm mobilizado os idosos a explorarem outros campos de desejos, anseios, projetos antes adormecidos, além de compartilharem suas experiências e saberes. Nos últimos anos, no Brasil, tem crescido o número de universidades e grupos de convivência da terceira idade, que promovem a redefinição de valores, atitudes e comportamentos dos idosos.

Os grupos de convivência têm sido uma alternativa estimulada em todo o Brasil. De maneira geral, inicialmente os idosos buscam, nesses grupos, melhoria física e mental, por meio de exercícios físicos. Posteriormente, as necessidades aumentam, e as atividades de lazer, como viagens, também ganham espaço, além do desenvolvimento de outras atividades, sempre promovendo atividades ocupacionais e lúdicas.

A percepção de uma boa qualidade de vida está diretamente interligada com a autoestima e ao bem-estar, e esses fatores estão associados à boa saúde física e

mental, a hábitos saudáveis, a lazer, à espiritualidade e principalmente à manutenção da capacidade funcional do indivíduo.

Neste sentido, os grupos de convivência são uma forma de interação, inclusão social e uma maneira de resgatar a autonomia, de viver com dignidade e dentro do âmbito de ser e estar saudável. Segundo alguns autores, os grupos de convivência estimulam o indivíduo a adquirir maior autonomia, melhorar sua autoestima, qualidade de vida, senso de humor e promover sua inclusão social. Este fator influencia bastante a continuidade dos idosos nos programas e nas mudanças positivas que ocorrem em suas vidas.

Um estudo de Wichmann et al. (2013) buscou conhecer a representação da população idosa sobre o grau de satisfação, quanto aos benefícios obtidos na melhoria da saúde, com a convivência em grupos, considerou que as redes de relações são importantes fontes de suporte social e satisfação com a vida e que o grau de satisfação como um dos indicadores de bem-estar no envelhecimento com qualidade de vida.

O estudo descreveu o nível de satisfação na participação social de idosos da Espanha e do Brasil que se filiam a grupos/centros de convivência. A população em estudo foi composta por 262 idosos do Brasil e 262 idosos da Espanha que faziam parte de grupos/centros de convivência onde as universidades tinham inserção.

A análise qualitativa das entrevistas foi realizada por meio da técnica da análise de conteúdo e os pesquisadores puderam observar que as relações sociais e o suporte social, sendo este emocional, instrumental ou informacional, favorecem a melhora da saúde. As atividades mais comentadas e realizadas pelos idosos, do Brasil e da Espanha, são as relacionadas à sociabilidade, expressas no contato com os amigos, ocasião em que buscam compartilhar alegrias, tristezas e conhecimentos.

Os grupos de convivência, portanto, podem ser considerados verdadeiros espaços de inclusão social onde o idoso participa, através de diversas atividades desenvolvidas, reflete sobre o processo de envelhecimento, sobre sua qualidade de vida e a valorização da própria vida, elementos que vem ao encontro da promoção do envelhecimento ativo, do objetivo de preservar as capacidades e o potencial de desenvolvimento do indivíduo idoso, como preconiza a Organização Mundial de Saúde.



Convidamos você para assistir o Filme: Eu Idoso, disponível na sua biblioteca ou no endereço <https://www.youtube.com/watch?v=y-YZxSWv9U0>

Eu Idoso é um documentário sobre o Grupo de Idosos Viver Mais: as inquietações da gerontóloga Assunção Lucas, que sentia falta de um instrumento de integração e socialização dos idosos do bairro de São Cristóvão, na cidade de Arcoverde - interior de Pernambuco.

Lição 10 – Atenção ao Cuidador

Kátia Crestine Poças

Maria Luiza Barros Bezerra



O Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado.

Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas ideias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada.

Esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada.

O Cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”.



É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa, de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração.

Nesta perspectiva mais ampla do cuidado, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário.

A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Ressaltando sempre que não fazem parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem.

Cabe ressaltar que nem sempre se pode escolher ser cuidador, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar ou amigo. É fundamental termos a compreensão de se tratar de tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios.

A seguir, algumas tarefas que fazem parte da rotina do cuidador:

- Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde.
- Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada.
- Ajudar nos cuidados de higiene.
- Estimular e ajudar na alimentação.
- Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos.
- Estimular atividades de lazer e ocupacionais.
- Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto.
- Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde.
- Comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada.
- Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

O ato de cuidar é voluntário e complexo, tomado por sentimentos diversos e contraditórios como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação e choro. Esses sentimentos podem ser simultâneos e devem ser compreendidos, fazendo parte da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada. É importante avaliar a presença de estresse entre os cuidadores. Isso pode ser um fator de risco da ocorrência de situações de violência contra os idosos ou de adoecimento do próprio cuidador.



SAIBA MAIS

Um instrumento desenvolvido por Zarit tem-se mostrado apropriado para esse fim – você pode conhecê-lo buscando o anexo 12, página 176, do Caderno de Atenção Básica sobre Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde (2006) que está disponível na biblioteca, convidamos você a conhecer esse instrumento, ele poderá ser útil para o seu trabalho ou para ajudar algum colega.

Quando um cuidador está disponível, a carga sobre ele pode ser muito significativa. É importante que outras opções assistenciais sejam oferecidas às famílias com o objetivo de adequar as necessidades emanadas pelos idosos. Os grupos de cuidadores podem ser uma estratégia útil para esse fim.



SAIBA MAIS

O Guia Prático do Cuidador, elaborado pelo Ministério da Saúde, oferece orientações práticas para o cuidador, inclusive com dicas de exercícios e atividades que contribuirão para uma melhor qualidade de vida do cuidador. Esse guia está disponível em sua biblioteca. Explore-o e realize uma leitura fácil e muito útil.

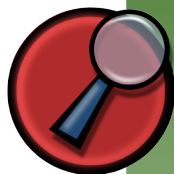
Estudos afirmam que a institucionalização da pessoa idosa é decorrente da inexistência de serviços suficientes capazes de assistir às necessidades tanto dos idosos quanto de seus membros familiares. A maioria das famílias assiste aos idosos pelo maior período de tempo e tão bem quanto possível, porém, quando a institucionalização é necessária, os cuidadores alegam terem chegado ao fim de suas capacidades assistenciais.

O planejamento programado para a manutenção da saúde dos cuidadores e das famílias dos idosos necessitados tem sido frequentemente negligenciado.

A tarefa de cuidar de alguém geralmente se soma às outras atividades do dia-a-dia. Assim, o cuidador fica sobrecarregado, pois muitas vezes assume sozinho a responsabilidade pelos cuidados, soma-se a isso, ainda, o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida.

Diante dessa situação é comum o cuidador passar por cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar.

A tensão e o cansaço sentidos pelo cuidador são prejudiciais não só a ele, mas também à família e à própria pessoa cuidada.



FIQUE DE OLHO

Algumas dicas podem ajudar a preservar a saúde e aliviar a tarefa do cuidador:

- O cuidador deve contar com a ajuda de outras pessoas, como a ajuda da família, amigos ou vizinhos, definir dias e horários para cada um assumir parte dos cuidados. Essa parceria permite ao cuidador ter um tempo livre para se cuidar, se distrair e recuperar as energias gastas no ato de cuidar do outro; peça ajuda sempre que algo não estiver bem.
- É fundamental que o cuidador reserve alguns momentos do seu dia para se cuidar, descansar, relaxar e praticar alguma atividade física e de lazer, tais como: caminhar, fazer ginástica, crochê, tricô, pinturas, desenhos, dançar, etc.



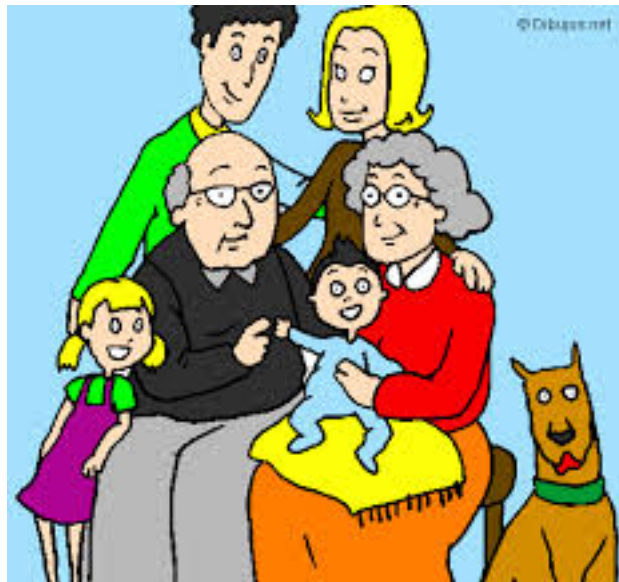
SAIBA MAIS

Convidamos você para assistir a uma belíssima e curta animação da Malásia, que conta a comovente história de uma idosa que vive sozinha em sua casa, até a chegada de uma encomenda curiosa.

Um vídeo para refletir não apenas sobre o poder da amizade, sobre o valor das pessoas, das máquinas, da vida, da educação e muito mais, inclusive sobre os cuidadores e os nossos idosos.

Acesse: <https://www.youtube.com/watch?v=gNAPC6MltCE>

Lição 11 – Relações Familiares



A função das Equipes de Saúde da Família é auxiliar os membros familiares a renegociarem seus papéis e funções de maneira a constituírem um Sistema Familiar mais harmônico e funcional.

As diversas realidades apresentadas para as famílias brasileiras tais como o aumento da mortalidade masculina em faixas etárias cada vez mais jovens, a necessária inserção das mulheres no mercado de trabalho formal e informal, afetam o balanço entre necessidades e a 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.

O idoso algumas vezes pode assumir o papel de “bode expiatório”, sendo culpabilizado por todas as crises familiares. Esta é uma situação bastante grave e deve ser trabalhada pela equipe Saúde da Família.

As entrevistas com as famílias são fontes muito ricas em informações e propiciam uma maior interação entre os envolvidos. Há necessidade de uma instrumentalização. Há necessidade de uma instrumentalização sistematizada que auxilie os profissionais de saúde, em especial na Atenção Básica, a direcionarem seu olhar para além dos indivíduos, buscando compreender a funcionalidade familiar como um componente essencial do planejamento assistencial para o alcance do sucesso terapêutico.

Observa-se a necessidade de serem estabelecidos esquemas assistenciais mais efetivos e dinâmicos, capazes de assistir as demandas crescentes dos idosos e de suas famílias. Dessa forma permite que ambos encontrem uma solução terapêutica

adequada, em que o equilíbrio familiar seja a meta, melhorando a assistência ao idoso e diminuindo os custos emocionais da própria família.

Com o objetivo de dimensionar a funcionalidade das famílias, alguns profissionais vêm desenvolvendo instrumentos com a proposta de avaliar a dinâmica de funcionamento de uma família para, a partir desse dado, intervir de maneira a auxiliar o restabelecimento do equilíbrio dessa unidade de relações, quando uma disfunção for detectada.

Os três instrumentos que, pela praticidade de uso e objetivos, são mais adequados na Atenção Básica são: APGAR de Família, o Genograma e o Ecomapa os quais se encontram disponíveis nos anexos 9, 10 e 11 do CAB nº 19 - Caderno de Atenção Básica sobre Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde (2006) que esta disponível na biblioteca.

Conheça os instrumentos, procure colegas que trabalhem com eles, participe de discussões que acontecem nas comunidades de práticas. Assim você poderá utilizar essas ferramentas tão úteis para o trabalho com as famílias.

REFLEXÕES FINAIS

Juliana de Faria Fracon

Maria Luiza Barros Bezerra

Marina Paula Maia

Ruth Helena G Aben-Athar

Ao chegarmos nessa etapa final de aproximação à temas que devem ser abordados pelas equipes de atenção básica nos cuidados à pessoa idosa, convidamos você a consolidar seus conhecimentos com três situações que podem ser vivenciadas no cotidiano da equipe de Saúde da Família.

Apresentaremos três casos, a proposta de elementos para a reflexão e alguns subsídios para compreender a abordagem e as necessidades para a condução do caso.

Esperamos proporcionar a você o alcance dos objetivos propostos nesse Módulo e uma maior tranquilidade ao acompanhar e cuidar de pessoas idosas na prática da atenção básica.

Caso 1 – Dona Maria

Dona Maria, 71 anos, viúva, reside em uma casa com o neto Samuel, 16 anos, que é estudante e filho de sua filha mais velha que constituiu família e reside em outra cidade.

Viúva há 10 anos, Dona Maria recebe um salário mínimo de pensão do seu marido. Parte dessa renda é gasta com medicamentos e o restante ela gasta com alimentação e despesas da casa. É ela quem cuida de suas finanças, da casa e do neto Samuel.

Dona Maria é assistida na ESF e frequenta um grupo de idosos que se reúne semanalmente nas terças-feiras pela manhã na UBS que fica próxima à sua casa. Nesse grupo ela recebe várias informações/orientações, tanto dos profissionais da ESF quanto de profissionais do NASF (Núcleo de apoio a saúde da família), voluntários (fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos), e faz exercícios físicos orientados por alguns desses profissionais. O restante do tempo Dona Maria passa em casa, praticamente sozinha.

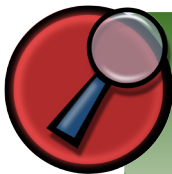
Nos últimos meses ela tem percebido uma mudança no comportamento de Samuel que tem ficado cada vez menos em casa e não tem frequentado regularmente a escola, segundo informações da coordenadora pedagógica que convidou Dona Maria para uma reunião na última sexta-feira pela manhã.

Quando retornou da reunião e foi conversar com Samuel sobre a sua ausência nas atividades escolares e questionando se ele estava se drogando, este reagiu com muita irritação, a xingou, lhe deu um empurrão que a derrubou no chão e saiu sem prestar socorro e falando palavrões.

A vizinha, que ouviu os gritos de Samuel, foi socorrer Dona Maria que machucou o braço esquerdo e sofreu um corte na região frontal (testa) ao bater na mesa durante a queda. Devido à dor intensa que sentia no braço e o sangramento do corte a vizinha a levou até a UBS onde foi feita uma sutura no corte e a encaminharam para o hospital regional para que fosse feita uma radiografia do seu braço, com suspeita de fratura. Quando indagaram a respeito da causa da queda Dona Maria disse ter tropeçado no tapete e caído.

A vizinha contou sua versão para a enfermeira enquanto era feita a sutura. A fratura foi confirmada pelo raio-x e foi colocada uma tala gessada em seu braço esquerdo.

O agente comunitário de saúde solicita à equipe que faça uma visita a essa família, pois está preocupado com a situação de Dona Maria que não voltou mais às reuniões do grupo e estava muito deprimida na última visita.



FIQUE DE OLHO

Para refletir sobre esta situação relatada torna-se necessário fazer uma revisão nos conteúdos dos Eixos 1 e 2, em especial as lições 1, 2 e 8.



PARA REFLETIR

Questões para reflexão:

1. Problema é tudo o que requeira diagnóstico, acompanhamento ou que interfira com a qualidade de vida do usuário, percebido por este como tal. Pode ser de ordem fisiológica, patológica, psicológica ou social. Elabore uma lista de problemas que podem ser encontrados no caso descrito.
2. Qual o papel da Equipe de Saúde da Família diante do ocorrido com Dona Maria?
3. Quais fatores de risco à violência familiar você identifica nesse caso?
4. Quais os tipos de violência foi identificado no caso?

Algumas considerações:

Quanto à reflexão 1, você poderia ter pensado em alguns problemas, tais qual:



FIQUE DE OLHO

- Morar com neto adolescente usuário de drogas sem mais apoio familiar;
- Idosa, viúva, baixa renda. Única responsável pelo sustento da casa;
- Independente para Atividade de Vida Diária até sofrer traumatismo;
- Depressão;
- Trauma Físico- ferida face e fratura em braço

Em relação ao papel da equipe de SF frente a essa situação podemos considerar algumas questões:

Tendo em vista que muitos idosos vítimas de violência buscam atendimento médico ambulatorial ou de emergência, torna-se necessário que os profissionais de saúde compreendam sua responsabilidade em prevenir, identificar e manejar essas situações.

A intervenção deve ser de forma interdisciplinar com foco principal em garantir a segurança do idoso, impedindo a reincidência da violência. Deve ser considerado o aspecto familiar do caso, com ações que contemplem vítima e agressor, promovendo, sempre que possível, a preservação dos vínculos familiares.

É importante que todos os profissionais de saúde estejam cientes de que o Estatuto do Idoso expressa sua obrigação em denunciar os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra o idoso, prevendo sanções legais ao seu descumprimento.

Deve sempre avaliar risco de dano grave e decidir sobre intervenção urgente, buscando o equilíbrio entre a sua proteção e o respeito às decisões do idoso. Julgar o agressor não é papel do profissional de saúde. A assistência deve propiciar apoio e alternativas, além de buscar o encaminhamento mais pertinente.

Dona Maria necessita de suporte multidisciplinar para assistir as suas necessidades clínicas, psicológicas, sociais e legais. Incentivar o retorno ao grupo de idosos que funciona como rede de apoio, com ajuda através das trocas de experiência, reduzindo o quadro depressivo.

Em relação aos fatores de risco, podemos destacar que morar unicamente com neto adolescente usuário de drogas é um gerador de risco para o idoso. Gerações diferentes com objetivos de vida diferentes, diferenças de valores e princípios podem predispor em conflitos, e também violência. Observa-se nesse caso uma relação desrespeitosa.



FIQUE DE OLHO

A World Health Organization-WHO (2008) afirma existirem ligações diretas entre o álcool e o abuso contra os idosos, e relata também que os dependentes químicos são pessoas financeiramente dependentes das vítimas e costumam ser negligentes, além de praticar violência física, psicológica e explorar a vítima financeiramente.

Outros fatores de risco presentes neste caso são recursos financeiros insuficientes, o neto dependente financeiramente da D. Maria e a falta de suporte de outros familiares.

A violência pode causar importantes consequências físicas, psicológicas e sociais. A violência física pode causar danos graves, pois o organismo mais vulnerável do idoso requer um período maior de recuperação. A violência psicológica diminui a confiança e autoestima provocando isolamento social, sofrimento emocional e depressão.

Dona Maria vítima de Violência Psicológica manifestada através de palavrões, insultos e do medo de denunciar o neto. Violência Física manifestada através do empurrão e Negligência pela omissão do cuidado não prestando socorro necessário.

Caso 2 – Dona Léa

Vejamos agora o caso a seguir.

Dona Léa, 66 anos, pensionista, analfabeta, mora sozinha na casa número 3A da Rua Nova Vida. É sabidamente hipertensa e participa regularmente das reuniões mensais do grupo de hipertensos da unidade. Na última reunião esteve ausente.

O agente comunitário de saúde realiza então visita domiciliar para verificar o motivo da ausência da tão assídua paciente.

Ao chegar ao domicílio é recebido por Francisca, uma “parenta distante” que veio da Paraíba auxiliar nos cuidados de Dona Léa, pois há 20 dias ela teve uma tontura na rua, caiu e fraturou o fêmur. Foi submetida à correção cirúrgica e está agora acamada, necessitando de auxílio para atividades da vida diária.

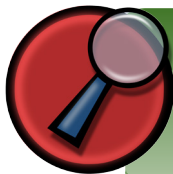
O agente de saúde solicita então à equipe, visita domiciliar a Dona Léa. Durante a visita a paciente relata como queixas dor no membro inferior e insônia. Em anamnese detalhada a equipe identifica que a história de insônia é antiga e há cerca de três meses está em uso de 5mg de Diazepan à noite, prescrito durante consulta no Pronto Socorro (PS) da região. Na ocasião, procurou o PS porque sentia angústia intensa.

Quando questionada pela equipe sobre o motivo da angústia, deu um largo suspiro e relatou que perdeu o namorado. Dona Léa já não apresentava disposição para o sexo e por isso, ele a deixara.

Além de Diazepan, ela estava em uso de Codeína 30mg para a dor e para a hipertensão Propranolol 40mg ao dia e Hidroclorotiazida 25mg ao dia. Na avaliação do domicílio para adaptá-lo às novas necessidades da paciente, agora acamada, a equipe sugere que o aparelho de televisão seja reposicionado, pois estava muito próximo à cama, dificultando o procedimento de transferência da paciente para a cadeira. Ela então relata que já não enxerga direito e precisa manter o aparelho bem perto.

Ao deixar o domicílio a equipe solicitou acompanhamento de fisioterapia pelo NASF e programou retorno para monitorização da pressão arterial. A avaliação

oftalmológica será realizada quando a paciente conseguir se deslocar até a unidade oftalmológica de referência.



FIQUE DE OLHO

Para a reflexão deste caso torna necessário fazer uma revisão Eixo 2, lições 4,5 e 6. Considerado o caso descrito, responda às seguintes perguntas:



PARA REFLETIR

1. A ocorrência de quedas em idoso é considerada um problema de saúde pública não somente por sua frequência, mas pela repercussão que esse evento tem na vida desses indivíduos. Prevenir queda em idoso é essencial, pois contribui para a diminuição da qualidade de vida dos idosos afetados e está associada à incapacidade, institucionalização e morte. Pode acarretar um gasto considerável tanto do ponto de vista financeiro quanto do familiar e social. No caso em questão, que fatores contribuíram para a ocorrência de queda em Dona Léa?
2. A queixa de disfunção sexual não foi abordada pela equipe. Faça uma reflexão sobre a abordagem sexual do idoso. Por que é pouco valorizada?

Algumas considerações:

A avaliação da circunstância e motivo da queda é de extrema importância para cuidado da pessoa idosa vítima de queda. Dona Léa referiu tontura no momento da queda. Refere também queixa visual e observa-se um caso de polifarmácia. A prescrição médica deve ser sempre avaliada em todas as consultas. Deve-se estimular para que o paciente informe todas as medicações que faz uso inclusive aquelas sem prescrição médica.

Quanto ao relato da tontura, sabe-se que a tontura acomete 30% de pessoas com mais de 65 anos e é uma das principais queixas dos idosos em consultas ambulatoriais e de emergência. Cerca de 50% dos casos de tontura são de etiologia multifatorial.

A tontura pode ser classificada da seguinte forma:

1. Vertigem- Paciente refere movimento em relação ao ambiente.
2. Pré-síncope/Síncope- Devido diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, com sensação de desfalecimento e de eminência de perda de sentidos. Acompanhado de escurecimento visual e palidez cutânea

3. Desequilíbrio- Sensação de perda de equilíbrio, andar como bêbado ou falta de firmeza ao andar. Geralmente multifatorial doença neurológica (Parkinson, AVC), sarcopenia, Deficit visual, drogas (hipnóticos, sedativos como benzodiazepínicos)
4. Atordoamento- Sensação vaga. “Cabeça pesada ou cabeça vazia”. Causas psiquiátricas, principalmente depressão, ou medicamentosas.

Em relação à etiologia divide-se em vestibular ou cardiovascular.

1 – VESTIBULAR

Periférica

- Vertigem posicional paroxística benigna
 - Mais comum entre os idosos
 - É uma vertigem
 - Condição episódica, autolimitada.
 - Produzida por movimentos súbitos da cabeça ou mudanças na posição corporal.
- Labirintite
 - Autolimitada, dura alguns dias a semanas.
 - É uma vertigem
 - Causada por infecção virótica e acredita-se que seja devida inflamação do nervo vestibular

Central

- Raras (10% dos pacientes idosos)
- É uma vertigem de intensidade moderada, início gradual, com duração de semanas a meses.
- Decorrentes de isquemia cerebrovasculares, tumores, enxaqueca.
- Quadro Clínico: tontura de instalação recente + cefaléia + distúrbios visuais + sintomas neurológicos, alteração visual, na fala e deglutição.

2 – CARDIOVASCULARES

São as pré-síncope: pacientes com tontura (Necessidade de sentar-se ou deitar na vigência dos sintomas) + história de doença cardíaca .

- Hipotensão ortostática
- Arritmia cardíaca
- Estenose aórtica

Em relação ao tratamento das tonturas, podemos observar as seguintes orientações: deve-se tratar a doença de base e de acordo com a etiologia. Também é aconselhável a suspensão de medicamentos potencialmente causadores, a exemplo dos vasodilatadores, Antidepressivos, Antibióticos- aminoglicosídeos e a Quimioterapia.

A mudanças de hábitos deve ser estimulada sendo uma dieta de 3/3h, evitar tabagismo, etilismo, diminuição do café e a prática de atividade física (treinamento de equilíbrio e evitar sarcopenia).

O tratamento medicamentoso deverá ser considerado para o controle de sintomas.

Em relação à questão sobre sexualidade:

A sexualidade é uma parte importante da existência humana, em qualquer etapa da vida. Algumas considerações como: alguns indivíduos envelhecem como se viveu, alguns incorporam os mitos e preconceitos, outros querem viver intensamente novos relacionamentos, questões de conflitos familiares, etc.

É necessário que os profissionais de saúde considerem a possível existência de alterações sexuais e interroguem efetivamente seus pacientes em todos os atendimentos. Perguntar e encaminhar se necessário para atendimento individual ou casal. Situações que interferem na sexualidade: Depressão, Medicamentos (antidepressivos, antipsicóticos e antihipertensivos), Doenças Degenerativas, Viuvez , Baixa auto-estima, Vergonha e sentimento de culpa, mudança Corporal.

Disfunções sexuais na mulher idosa:

- Dispareunia
- Diminuição da lubrificação vaginal
- Falta de desejo sexual

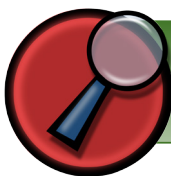
Tratamento para ansiedade, depressão, para dispareunia ou para aumento da libido. Psicoterapia e medicamentoso quando necessário. Discutir sobre DST e fazer o aconselhamento sexual são medidas que a equipe de atenção básica deve considerar no acompanhamento da pessoa idosa.

Caso 3 – Dona Marilda

Dona Marilda, 74 anos, moradora da casa n. 1 da Rua Nova Vida. Mora com seu esposo Senhor Sílvio, 78 anos. Casados há 50 anos, vivem sozinhos há 20 anos quando seu único filho, Marcelo mudou-se.

Dona Marilda e Senhor Sílvio levavam uma vida tranquila e organizada. Contudo nos últimos anos de vida, Dona Marilda, após investigação clínica de um acentuado desânimo recebeu o diagnóstico de câncer de intestino. A doença evoluiu com metástase hepática e Dona Marilda teve que conviver com aumento da intensidade da dor, que nos últimos meses tornou-se sua companheira, como também se tornou mais persistente e de difícil controle. O apetite também diminuiu muito e seu emagrecimento era notório.

Na terminalidade da vida, Dona Marilda referia uma imensa vontade de só ficar em casa e ser cuidada pelo marido. Senhor Sílvio na época, também se encontrava abatido e muito preocupado. Acompanhou a Dona Marilda em todo o tempo. E enquanto houve possibilidade de tratamento para o câncer, ela se beneficiou de cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Com a evolução da doença novas dificuldades surgiram como a incapacidade de realizar caminhadas e assim, ela seguiu somente com o acompanhamento realizado pela equipe de saúde da família da sua área. Nesses últimos dias ela já nem conseguia andar.



FIQUE DE OLHO

Para refletir sobre as questões faça uma revisão no Eixo 2 lições 4, 6 e 7.



PARA REFLETIR

1. Reflita sobre cuidado paliativo.
2. Como abordar a dor da Dona Marilda?
3. Quanto à diminuição do apetite apresentada pela Dona Marilda, faça uma revisão sobre a abordagem de sintomas gastrointestinais e cuidado paliativo.
4. Com a aproximação da morte da Dona Marilda, como você (integrante da equipe que a acompanha) abordaria essa questão com o Seu Sílvio e o seu filho Marcelo?

Existe um determinado momento na evolução de uma doença crônica em que, mesmo que se disponha de todos os recursos, o paciente, não passível de cura, está em processo de morte inevitável. Reconhecer o processo de morrer é tão importante como dar um diagnóstico.

Uma vez tomada a decisão de suspensão das medidas de manutenção da vida em paciente com doença terminal, a atenção da equipe deve ser dirigida para o alívio do seu sofrimento e angústia da família, bem como lhe assegurar uma morte digna. Deve-se ter em mente que os sintomas precisam ser priorizados, e só se intervém naqueles que realmente causem desconforto e angústia.

Objetivos do cuidado paliativo:

- Todas as decisões devem ser visando o paciente;
- Maximizar a qualidade de vida e não o tempo de vida.
- Minimizar o sofrimento do paciente e da família.

Fazendo uma revisão sobre Dor e cuidados paliativos:

- 50% dos pacientes com câncer morrem com dor de forte intensidade e desses, apenas metade recebem o alívio adequado.
- A escolha do analgésico vai depender do tipo da dor, da sua gravidade e intensidade, o importante é a administração regular dos analgésicos com horário fixo.
- A dor pode ser avaliada em pacientes com demência avançada por parâmetros como: pulso, PA, Frequência Respiratória, fácies.
- Medidas de relaxamento, meditação, suporte espiritual, hipnose, bloqueios de terminações nervosas e procedimentos neurocirúrgicos podem ser excelentes coadjuvantes.
- A morfina pode ser usada com sucesso por anos e o risco de dependência não é relevante.
- Tratamento indicado:
 - Leve : Paracetamol ou AINH + adjuvante.
 - Leve a moderada : Codeína ou oxicodona ou tramadol + AINH + adjuvante.
 - Moderada a intensa : Morfina ou oxicodona ou metadona ou fentanila + AINH + adjuvante.

Em relação aos Opióides, destacamos a seguir alguns princípios:

- Analgesia basal: drogas com meia vida longa → morfina liberação prolongada, fentanil transdérmico.
- Resgate: morfina de ação rápida
- Dose de resgate pode ser igual à dose de manutenção nas 24h.
- Mais que 03 doses de resgate: aumentar dose manutenção.
- Exemplo: Morfina 30mg (liberação prolongada - Tomar 1cp VO 2X/dia). Morfina 10mg (ação rápida. - Tomar 1cp VO até de 4/4h).
- Escolha da droga: considerar custo, preferências do paciente, via de administração.
- Evitar meperidina: meia vida muito pequena, alto risco de delirium e convulsões em idosos.
- Não tem dose máxima ou efeito teto.
- Quando trocar de classe, reduza a dose equianalgésica em 25 a 50%: tolerância incompleta.

Em relação aos efeitos colaterais dos opióides:

- Sonolência: melhora em 02 a 03 dias após estabilização da dose.
- Delirium.
- Náusea.
- Obstipação.
- Retenção urinária.
- Prurido: anti-histamínicos, troca por outro opióide.
- Mioclônus (altas doses).

Os Anti-inflamatórios não hormonais (AINH), considerações gerais:

- Redução dor óssea.
- Melhora dor com componente inflamatório.
- Permite redução dose de opióides.

- Preferência por inibidores da COX2.
- Aumentar até dose máxima permitida, se tolerado.
- Trocar de classe quando o primeiro não funcionar.
- Monitorizar função renal, perda GI de sangue, descompensação IC.

Podemos considerar outros tratamentos para a dor, destacamos:

- Prednisona 10 a 20mg/dia: redução edema peritumor.
- Radioterapia, cirurgia, Quimioterapia: direcionados para fonte da dor.
- Bifosfonatos: dor óssea metastática.
- Relaxamento, massagem, compressas, TENS.
- Analgesia neuroaxial.

Em relação a quais vias de administração de medicamentos que podem ser utilizadas em cuidados paliativos:

- Via oral: de eleição
- Via subcutânea - Hipodermólise: método mais indicado, após a via oral.
 - Locais de administração: parede abdominal, as faces anterior e lateral da coxa, a região do deltóide, a região escapular ou a face anterior do tórax.
 - O local deve ser trocado a cada 72h, ou antes, se necessário, o novo local deve ficar a no mínimo 05 cm do local anterior.
 - Infusão de líquido em uma velocidade de 40 – 60 mL/hora, podendo fazer um total de 1.000 – 1.500 mL/dia.
 - Medicamentos indicados por esta via: morfina, tramadol, hioscina, dexametasona, metoclopramida, haloperidol, levomepromazina, midazolam, octreotide.

Quanto à diminuição do apetite apresentada pela Dona Marilda, faremos uma breve revisão sobre a abordagem de sintomas gastrointestinais e cuidado paliativo a seguir.

ANOREXIA

- É muito freqüente no fim da vida, pode-se realizar algumas medidas:
 - Fracionar a dieta em pequenas quantidades a cada duas horas;
 - Preparar refeições com cheiro e aspecto apetitoso;
 - Alimentação artificial quando possível e necessário.

NÁUSEAS

- Causas:
 - Constipação crônica (causa mais comum)
 - Lentificação do esvaziamento gástrico (fisiológico na velhice)
 - Obstrução intestinal
 - Efeito colateral de opiáceos (deve-se prescrever um laxativo em conjunto para prevenir a constipação e náuseas secundárias ao uso)
 - Aumento da pressão intracraniana
 - Gastrite, úlcera péptica.
 - Hipercalcemia
 - Uremia
 - Efeito colateral de outros fármacos
- Tratamento farmacológico vai depender da causa:
 - Induzidos por quimioterapia ou radiação → Ondansetron.
 - Provocado por opióides → tentar evitar flutuações das doses. Haloperidol 0,5mg 3X/dia.
 - Paciente urêmico → Clorpromazina pode ser eficaz.
 - Obstrução intestinal extrínseca / edema: dexametasona 1 a 4 mg 4X/dia (VO ou SC). Octeotrideo

CONSTIPAÇÃO

- Causas:
 - Restrição no leito, inatividade.
 - Pouca alimentação
 - Desidratação
 - Uso de opiáceos e anticolinérgicos
- É fundamental prevenir a impactação com uso regular de laxativos e emolientes fecais. Os laxativos osmóticos do tipo lactulose são úteis para aumentar o conteúdo líquido nas fezes e melhorar a eliminação.
- Toque retal é importante após 03 dias de constipação pelo risco de impactação por fecaloma.
- Quando a desimpactação manual for necessária, recomenda-se analgesia prévia ou sedação leve para evitar piora do desconforto.

BOCA SECA

- Causas:
 - Desidratação
 - Debilidade
 - Respiração oral
 - Candidíase
- Tratamento:
 - Bochechos
 - Aumentar a oferta hídrica com bebidas estimulantes
 - Cândida → escovamento da língua com escova de dente e água oxigenada diluída, uso de nistatina suspensão oral.

CAQUEXIA E PERDA DE PESO

- Tratamento:

- Nenhum remédio efetivo foi encontrado para a caquexia. Deve-se oferecer pequenas porções dos alimentos nutritivos preferidos e de fácil deglutição.

O uso de grandes quantidades de líquidos hidratantes são mal tolerados. Uma administração de 1L de SF 0,9% em 24h pode proporcionar algum conforto.

Apesar de não ter sido mencionado no caso de Dona Marília algumas dicas sobre a abordagem da dispnéia, confusão mental, agitação e insônia em cuidados paliativos, a seguir.

DISPNÉIA

- Um dos sintomas mais frequentes no fim da vida e dos que causam mais angústia.
- Deve-se tentar descobrir a causa (infecção, compressiva, distúrbio metabólico).
- Deve-se intervir na ansiedade gerada com uso de ansiolítico se necessário.
- O uso de oxigênio tem um papel mais psicológico do que efetivo; o uso de ventilador ou a simples abertura da janela pode trazer um conforto muito grande.
- O uso de opiáceos (morfina em pequena dose e por via subcutânea) reduz a frequência respiratória e dá uma sensação de alívio e bem-estar ao paciente.

Medidas gerais a serem observadas:

- Elevar cabeceira da cama.
- Ventilador ou janela aberta, próxima ao paciente.
- Ensinar técnicas de relaxamento.
- Eliminar cigarros e alérgenos.

Em relação ao tratamento farmacológico:

- Via oral: morfina 05 a 10mg.Repetir em 10 a 15 min se necessário.
- Lorazepam 0,5 a 1mg/dia (tratamento componente de ansiedade).
- Manter ou introduzir drogas para ICC: função paliativa.

- Suplementação de O2 – não consensual.

CONFUSÃO MENTAL

- Causas:
 - Iatrogenia
 - Hipóxia
 - Distúrbio metabólico
 - Infecção
 - Doença primária do SNC
- Só se deve intervir farmacologicamente quando o paciente se encontra incomodado e a família ansiosa, no mais se deve dar preferência às medidas não farmacológicas e ambientais (a simples companhia pode ser benéfica).
- As opções terapêuticas são os benzodiazepínicos de meia-vida curta (lorazepam quando a causa for por ansiedade) ou os neurolépticos como o haloperidol, os neurolépticos atípicos são bem tolerados, porém só possuem apresentação oral, restringindo seu uso.

ANSIEDADE – AGITAÇÃO

Tentar indentificar a causa para correto manejo:

- Causas:
 - Dor
 - Retenção urinária
 - Impactação fecal
 - Ferida cutânea
 - Incapacidade de dormir
- Medicções utilizadas Benzodiazepínicos (BZD), neurolépticos.

INSÔNIA

Identificar a causa para correto manejo:

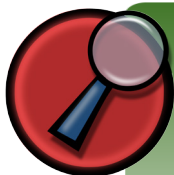
- Causas:
 - Depressão
 - Ansiedade
 - Barulho no ambiente
 - Dor física
 - Distúrbios metabólicos
 - Perda de atividade
 - Efeito colateral de fármacos
- Medicamentos utilizados: indutores do sono, antidepressivos que provoquem sonolência.

Com a aproximação da morte da Dona Marilda, a abordagem com a família é pautada em habilidades de comunicação.

A comunicação com idosos ao final de vida e seus familiares é tarefa delicada para o profissional. Os pacientes estão no equilíbrio de suas fragilidades e fortalezas e o profissional, seu interlocutor, é provocado a considerar sua própria terminalidade. Os familiares experimentam um processo de luto antecipatório pela perda próxima que irão sofrer. A tomada de decisões deve pautar-se por princípios científicos e éticos.

A comunicação deve ser clara, objetiva e adequada à capacidade de assimilação dos interlocutores. O protocolo Spikes é um guia metodológico para a comunicação das más notícias, composto por seis etapas:

1. postura do profissional;
2. percepção do paciente;
3. possibilidade de troca de informações;
4. conhecimento do assunto;
5. capacidade de explorar e enfatizar as emoções;
6. finalização da conversa, com estratégias e síntese.



FIQUE DE OLHO

Ressalte-se que, tão ou mais importante que o conteúdo a ser comunicado, é o modo como a comunicação é feita. O ser humano merece morrer com conforto e com seus entes queridos próximos em um ambiente tranquilo e amigável.



SAIBA MAIS

Se você se interessa por esse assunto e deseja ampliar seus conhecimentos, sugerimos a Leitura complementar: Peculiaridades da comunicação ao fim da vida de pacientes idosos. Disponível na sua biblioteca e em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/111/115.

Boa leitura!

Assim chegamos ao término dos temas relacionados à atenção e cuidado da pessoa idosa. Esperamos que as leituras, vídeos, dicas e informações tenham sido úteis ao seu aprendizado.

Enfatizamos a importância e o compromisso que os profissionais que atuam na atenção básica tem de estarem alinhados às políticas e exercerem suas atividades em consonância com todos os direitos sociais conquistados por nossos idosos.

REFERÊNCIAS

BRASIL.Presidência da República. Casa Civil. LEI No 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

BRASIL.GM/MS/PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.192 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 108 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 212 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 156 p. : il.

BURLÁ, C.; Py, L. Peculiaridades da comunicação ao fim da vida de pacientes idosos. Revista Bioética. Vol. 13, nº 2, 2005.

DIAS, Leda Chaves. Abordagem Familiar. In: TRATADO de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed 2012, p 221 – 232.

ESPÍRITO SANTO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. DIRETRIZES DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA. 1ª Edição. Vitória/ES, 2008.

FREITAS E. V. Demografia e Epidemiologia do envelhecimento. In: Py . et al, organizadores. Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nau; 2004. p. 19-38.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade 1980-2050. Revisão 2008. Rio de Janeiro; 2010.

LEMONS, C.P.; SIRENA, S.A. Saúde do idoso. In: TRATADO de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed 2012, p 686 – 692.

MANGIN, D.; Heath, I. Polifarmácia. In: TRATADO de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed 2012, p 198 – 204.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

NETO, A.C.; AZEVEDO, F. Abordagem aos abusos e maus-tratos em idosos. In: TRATADO de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed 2012, p 638 -644.

SANTOS, C.E.; TEIXEIRA, F.M.; MATTOS, L.F. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde. In: TRATADO de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed 2012, p 810 – 816.

SIRENA, A.S. Avaliação multidimensional do idoso: uma abordagem em Atenção Primária à Saúde. 8º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, junho de 2008.

TRATADO de Geriatria e Gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. xliii, 1741 p.

TRATADO de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Organizadores Gustavo Gusso e José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Artmed 2012. 2v, 1354p.

WHO - World Health Organization. Elder Abuse and Alcohol, 2008. Disponível em: www.inis.ie.

