

RESUMO PIS IV SAÚDE DO IDOSO

NYARA MOURÃO – T. XXVII

PROF: DRA. MILAGROS

MEDICINA UFAC

EPIDEMIOLOGIA E DEMOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO
AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO IDOSO
VIOLÊNCIA E MAUS TRATOS COM O IDOSO
FARMACOLOGIA

Sumário

EPIDEMIOLOGIA	3
TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA	3
DEMOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO	3
TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	4
ESTILO DE VIDA E LONGEVIDADE	4
CONSEQUENCIAS DO ENVELHECIMENTO	4
AValiação FUNCIONAL DO IDOSO	5
AValiação MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO	5
TESTES ESPECÍFICOS	8
Estado Funcional	8
Mobilidade	10
Estado mental	10
Avaliação do humor	12
Avaliação nutricional	12
Avaliação visual e auditiva	13
Suporte social	14
CLASSIFICAÇÃO DO IDOSO	15
Situações de risco – idosos frágeis	15
SÍNDROME DA INSTABILIDADE POSTURAL - QUEDAS	15
QUEDA	15
MUDANÇAS NA ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO	16
CLASSIFICAÇÃO DAS QUEDAS	16
CAUSA DE QUEDA	16
ABORDAGEM DO IDOSO COM INSTABILIDADE POSTURAL E/OU QUEDAS	17
Testes	17
INTERVENÇÃO E REDUÇÃO DE QUEDAS	18
COMPLICAÇÕES DAS QUEDAS	18
VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA	19
TIPOS DE VIOLENCIA	19
Violência física	19
Violência Psicológica	19
Violência Sexual	19
Violência Financeira ou econômica	19
Negligência	19
Abandono	19
Auto negligência	19
Violência Medicamentosa	19
Violência Emocional e Social	20

MODALIDADES DE VIOLÊNCIA	20
Estrutural.....	20
Familiar.....	20
Institucional.....	20
FATORES DE RISO	20
IDENTIFICANDO A VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO	20
Indicativos que podem ser uma suspeita de violência contra o idoso	21
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO	21
FARMACOLOGIA	22
FARMACOCINÉTICA	22
FARMACODINÂMICA.....	23
CRÍTRIO DE BEERS	23
CRITÉRIO STOOP - STAR.....	23

EPIDEMIOLOGIA

- **ENVELHECIMENTO**: Processo **intrínseco dinâmico e progressivo** no qual há **modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas** que determinam **perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente**, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

- Há o conceito simplista, biológico e cronológico

- **Simplista**: Adulto se transforma em idoso
- **Biológico**: Redução da capacidade de adaptação a sobrecarga funcionais
- **Cronológico**: Idosos Jovens, idosos velhos, idoso muito velhos -> Dividido de acordo com a idade

- Idosos jovens → **60 a 74 anos**

- Idosos velhos → **75 a 84 anos**

- Idosos muito velhos ou muito idosos → **acima de 85 anos** (4ta idade)

- **SENESCÊNCIA** - Envelhecimento **fisiológico normal**

- **SENILIDADE** - Envelhecimento **patológico** (perdas associadas as doenças que o idoso porta)

TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

- Processo pelo qual a população envelhece, estando relacionada às taxas de natalidade e mortalidade de um país ou região

1. Elevada fecundidade e elevada mortalidade – início do século passado
2. Queda da mortalidade e crescimento populacional - 1940- 1970
3. Queda da fecundidade e envelhecimento populacional – 1970
4. **Mortalidade baixa, fecundidade baixa, aumento expressivo da % de idosos 2000-2050**

DEMOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO

- A característica mais marcante da atual dinâmica demográfica mundial é o processo de envelhecimento populacional -> O futuro do século XXI será grisalho.

- **Brasil** → terá um verdadeiro **BOOM de idosos até o 2025** → **6ª população de idosos do mundo** → **36 milhões de idosos** *(é um crescimento rápido e explosivo, diferentemente dos países desenvolvidos)*

- 1980 → 10 idosos pra 100 jovens

- 2050 → **172** idosos para cada **100 jovens**

- Os idosos muito idosos >80 anos é o segmento populacional que **mais cresce** no Brasil

- Queda da natalidade + Queda da mortalidade

- Uma população torna-se mais idosa à medida que aumenta a proporção de indivíduos idosos e diminui a proporção de indivíduos mais jovens,

- **Expectativa de vida** no brasil atualmente **≈74/75 anos** -> expectativa de vida média dos brasileiros **aumentou em quase 25 anos**, nos últimos 50 anos, *sem que tenhamos melhoras significativas nas condições de vida e de saúde da população*

- A população mais idosa é FEMININA, em 2050, no grupo > 80 anos, terá 2 idosas para cada idoso

- Urbanização da velhice: *na década de 1940, apenas 20% viviam em regiões urbanas e em menos de 40 anos, ela passa a ser eminentemente urbana.*

TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

- Mudança no perfil de morbidade e mortalidade

- Diminuição da morbimortalidade por doenças infecciosas e aumento por doenças crônicas

- **População senescente** -> Várias doenças crônicas - **POLICOMORBIDADES**

- As doenças crônicas não tem tratamento eficaz e esses não são curativos e a longo prazo gera incapacidade, perda de autonomies, dependência na vida diária, e tratamento prolongados que pode resultar em **intensas internações e hospitalização.**

- **Aumento da demanda dos serviços de saúde** de 30-40% para aproximadamente 70% em 2020.

- Dessa forma surge a necessidade de aprender a controlar as doenças do idoso

- Conceitos de envelhecimento

- **Bem sucedido** - modificações fisiológicas do envelhecimento (senescência) sem perdas funcionais significativas
- **Mal sucedido** - Alterações provocadas por doenças (senilidade) associadas a perdas funcionais significativas
- **Usual** - doenças interagindo com perdas funcionais

- **DIABETES** - *doença crônica que mais envelhece*

ESTILO DE VIDA E LONGEVIDADE

- Fatores que podem modificar o envelhecimento

- Fatores ambientais
- Estilo de vida
- Dieta/restrrição calórica
- Manipulação genética
- Drogas (medicamentos)

- O envelhecimento é um processo:

- Universal
- Individual
- Heterogêneo
- Irreversível
- De vulnerabilidade

CONSEQUENCIAS DO ENVELHECIMENTO

- Consequências econômicas

- < % de população produtiva
- > % de população dependente
- > despesa com a segurança social

- Consequências Sociais

- < mobilidade
- Alterações das relações profissionais
- Alterações das relações familiares
- Conflito de gerações
- > necessidade de instituições de assistência ao idoso

-Consequências Sanitárias

- > n° de doentes ou em risco.
- > consumo de cuidados primários, consumo de cuidados diferenciados/ paliativos .

- > consumo de medicamentos.
- > necessidade de pessoal especializado e Necessidade de instituições especializadas

- Consequências Éticas

- Problemas do doente crônico e terminal.
- Problemas da morte

AValiação Funcional do Idoso

- A **capacidade funcional** consiste **na capacidade do indivíduo em desempenhar atividades cotidianas que lhe permita cuidar de si mesmo e ter uma vida independente em seu meio**. A funcionalidade do idoso é determinada pelo seu grau de autonomia e independência, sendo avaliada por instrumentos específicos.

- Suporte de saúde ideal para o idoso:



Saúde para Idoso:

- A **capacidade funcional** é particularmente útil no contexto do envelhecimento, uma vez que envelhecer **mantendo todas as funções não significa problema para o indivíduo ou sociedade**. O problema se inicia quando as funções começam a deteriorar.

- **Idoso saudável:** **AUTONOMIA** e **INDEPENDÊNCIA**, capacidade de decisão, de ir e vir, capaz de gerir sua própria vida.

AValiação Multidimensional do Idoso

- A Avaliação Multidimensional (AMD) auxilia na compreensão do processo de envelhecimento nas diferentes dimensões da saúde e suas consequências funcionais, de forma que os profissionais das diferentes áreas possam direcionar suas intervenções de acordo com as necessidades específicas do indivíduo e de sua família.

- Deverá ir além da avaliação clínica, o idoso deve ser **avaliado globalmente**.

Seus órgãos e sistemas não podem ser vistos separadamente. Assim, como a sua capacidade funcional e aspectos sociais, psicológicos e culturais nunca devem ser deixados para o segundo plano.

- Uso de instrumentos/escalas

- Deverá avaliar se áreas onde há habitualmente déficits no idoso como:

- Estado **FÍSICO**

- Estado **NUTRICIONAL**
- Estado **MENTAL**
- Estado **FUNCIONAL**
- Estado **SOCIAL**

- **Objetivos:** Otimiza a identificação dos problemas de saúde, diminuir o risco iatrogênico, Estimar prognósticos, Facilitar condutas preventiva, Orientar os tipos de intervenção/ decisão terapêutica, Facilitar o acompanhamento, Coordenação integrada do cuidado, Melhorar a qualidade de vida.

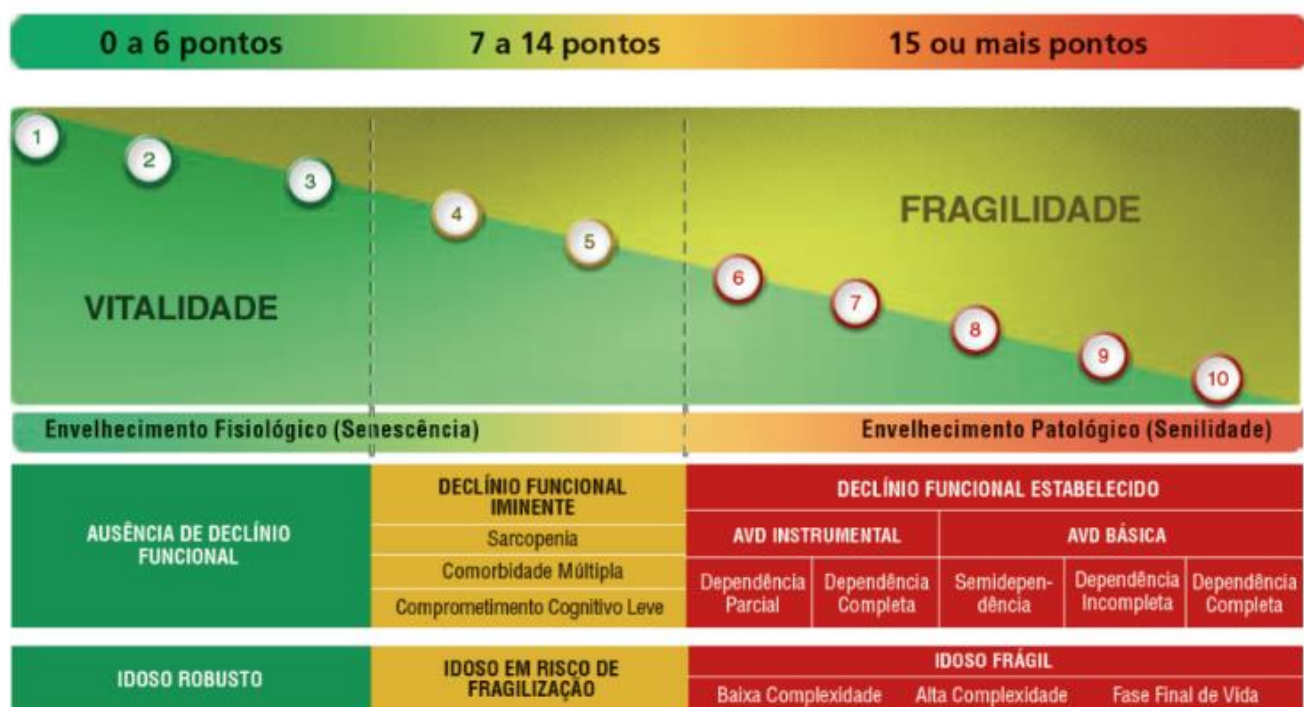
- **Quando fazer:**

- Idoso avaliado pela 1ª vez
- Periodicamente:
 - Idosos estáveis - **anualmente**
 - Idosos > 80 anos - **intervalos regulares**
- Sempre que o idoso encontre em **situação de risco**:
 - Perdas de qualquer tipo,
 - Alterações significativas do seu modo de vida
 - Institucionalização
 - Pós alta hospitalar

IMPORTANTE

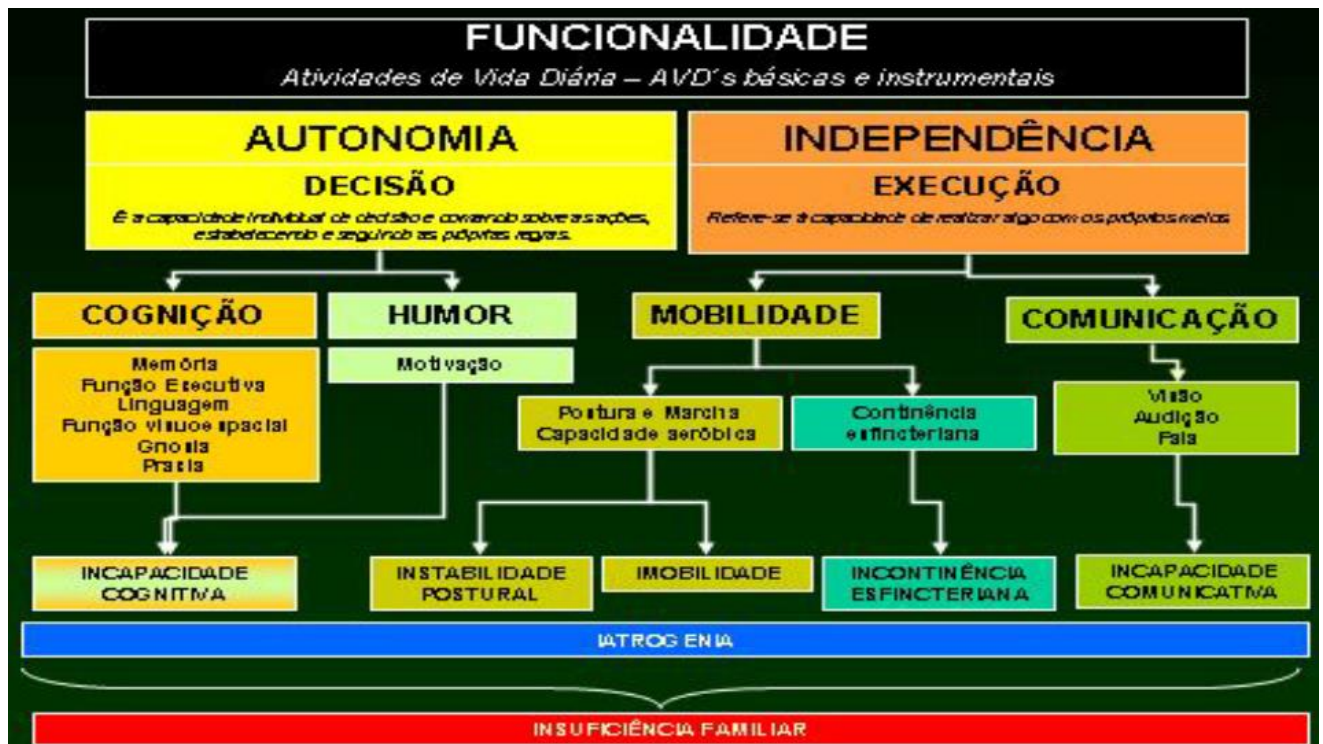
- **AGA: Avaliação Geriátrica Ampla** -> “Coração da geriatria” – É um processo **diagnóstico multidimensional**, que avalia diversos aspectos da vida do idoso, como o estado físico, mental, social, funcional e o ambiental. Assim, detecta as incapacidades e auxilia no **planejamento terapêutico e de reabilitação** o a fim de **melhorar a funcionalidade e qualidade de vida** e promove a **independência** em idoso

- A AGA pode ser aplicada em Hospitais, CRAI, APS, Serviço de urgência (AGA C10), oncogeriatria, perioperatório, etc.
- Domínios avaliados pela AGA: Funcionalidade, cognição, humor, órgãos dos sentidos, mobilidade, equilíbrio, quedas, autoavaliação da saúde, estado nutricional, suporte social,
- **APS:** Aplica o **Índice de vulnerabilidade clínico funcional -20 (Adotado pelo MS)** – Pontua até 40
 - ✓ **0-6** - Idoso robusto, fica na atenção primária
 - ✓ **7-14** - idoso com risco de fragilização (ou semifrágil), deve ser encaminhada para um serviço de geriatria, para sair do processo de fragilização
 - ✓ **≥ 15** - idoso Frágil



TESTES ESPECÍFICOS

- Vão avaliar a funcionalidade:



- 5 "I" da geriatria: **Incapacidade cognitiva**, **Instabilidade postural**, **Imobilidade**, **Incontinência Esfincteriana**, **Incapacidade comunicativa**.

- **Iatrogenia**: Condutas inapropriadas para idosos

- **Insuficiência familiar**: abandono, violência, maus tratos, etc.

- Escalas existentes:

- **Equilíbrio e marcha**: Escala de TINETTI, GET UP AND GO velocidade de marcha de 4m
- **Estado Funcional**: Atividades da vida diária - AVD (escala de KATZ) e Atividades Instrumentais da vida diária – AIVD (escala de Lawton)
- **Saúde mental**: MEEM e EGD
- **Deficiências sensoriais**
- **Avaliação nutricional**: MAN? Antropometria
- **Avaliação do suporte familiar social**: APGAR
- **Fatores sócio ambientais**
- **Estresse do cuidador**: Escala de Zarit

Estado Funcional

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

- Avalia a capacidade do indivíduo de viver em comunidade de **forma independente e autônoma, capaz de ministrar o ambiente em que vive**.

- Escala AIVD de **Lawton**

- Usar o telefone
- Fazer compras
- Preparar a comida
- Cuidados da casa
- Lavar roupa
- Transporte
- Medicamentos
- Finanças

- Resultado:

Pontuação máxima = 27 e Pontuação mínima = 9

- **27-25:** independentes
- **24-10:** dependência parcial
- **< 9:** dependência total

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD-Lawton)	
Sr(a) _____	Data ____/____/____
1. Habilidade para usar o telefone	6. Responsabilidade com seus medicamentos
Sem ajuda 3	Sem ajuda 3
Com ajuda parcial 2	Com ajuda parcial 2
Não consegue 1	Não consegue 1
2. Meios de transporte	7. Habilidade para administrar finanças
Sem ajuda 3	Sem ajuda 3
Com ajuda parcial 2	Com ajuda parcial 2
Não consegue 1	Não consegue 1
3. Fazer compras	8. Preparo da alimentação
Sem ajuda 3	Sem ajuda 3
Com ajuda parcial 2	Com ajuda parcial 2
Não consegue 1	Não consegue 1
4. Manutenção da casa	9. Trabalhos domésticos
Sem ajuda 3	Sem ajuda 3
Com ajuda parcial 2	Com ajuda parcial 2
Não consegue 1	Não consegue 1
5. Lavanderia	
Sem ajuda 3	
Com ajuda parcial 2	
Não consegue 1	

AVD - Atividades da Vida Diária

- Representa a capacidade do indivíduo em ser **independente** na provisão de **seu autocuidado**

- AVD - Escala de **KATZ**

- Banho
- Vestir-se
- Usar o banheiro
- Transferência: locomover-se, cama- cadeira
- Continência urinária e fecal
- Alimentar-se

- Resultado

Pontuação máxima = 6 e Pontuação mínima = 0

- **6 pontos:** independência
- **4 pontos:** dependência parcial
- **<2 pontos:** dependência importante

ATIVIDADE	INDEPENDENTE	SIM	NÃO
1. Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para 01 parte do corpo		
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos		
3. Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)		
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)		
5. Continência	Controla completamente urina e fezes		
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)		

Mobilidade

Teste GET UP AND GO

- Levantar se da cadeira, **andar 3 metros**, girar e retornar para a cadeira e sentar se novamente.
- **Observa-se:** Lentidão excessiva, hesitação, excessiva oscilação do tronco, necessidade de apoio, tropeço → indicam disfunção de marcha e desequilíbrio, avaliar a amplitude de movimento e dor.

- Resultado

- **< 10 s:** Normal – *Baixo Risco de Queda*
 - **11-20 s:** Provável ausência de distúrbio da marcha (senescência)/dependência parcial - *Médio Risco de queda*
 - **≥20 s:** Presença de distúrbio da marcha/déficit de mobilidade - *Alto risco de queda*
- História de 2 ou mais quedas no último ano -> **Idoso CAIDOR (síndrome Geriátrica)**

VM – Velocidade da Marcha

- Idoso **caminha 4** metros e avalia-se o tempo e calcula a velocidade.

- Resultado

- **>1,3m/s:** Excelente forma física
- **> 1,0m/s:** Idosos saudáveis, menor risco de eventos adversos e melhor sobrevivência
- **<0,7m/s:** morte, hospitalização e queda
- **< 0,6m/s:** Declínio funcional e cognitivo, institucionalização e morte
- **<0,42m/s:** Dependência funcional grave e incapacidade para caminhar

Classificação da VM quanto ao **risco de queda:**

- Baixo risco de queda **VM > 1,0 m/s**
- Risco de queda **VM 0,7 a 1,0 m/s**
- Risco cinco vezes maior de sofrer queda **VM < 0,7 m**

Obs: A cada 0,1 m/s de diminuição da VM houve associação com o aumento de risco de 7% para ocorrência de quedas

Escala de TINNETI

- Avalia **equilíbrio** e **marcha**;
- Equilíbrio: Inicia com a pessoa idosa sentada em uma cadeira sem braços e fazem manobras, depois com a pessoa em pé
- Marcha: Idoso em pé, caminha pelo corredor ou pela sala e volta com passos rápidos.
- Menor a pontuação, maior o problema
- Utilizado mais por fisioterapeutas
- Pontuação total = 28
- Valores <19 indica 5 vezes maior risco de queda

Estado mental

- Deve ser feito **anualmente**
- Auxilia na identificação das principais alterações de **saúde mental do idoso**
- Alta prevalência de demência **> 80 anos**
- Geralmente os pacientes com demências não se queixam de distúrbio de memória

- Bateria de rastreio: **MEEM, teste do relógio, teste de fluência verbal teste de reconhecimento de figuras.**

- **Teste rápido -> (memória imediata, e evocação):** solicitar a pessoa idosa que repita o nome de 3 objetos (vaso, carro, tijolo), e após 3 min, pedir que os fale novamente, se for incapaz ► fazer o MEEM (**Sinal que a memória recente está prejudicada**)

MEEM - Mini Exame do Estado Mental de Folstein

- Avaliação de **função cognitiva e rastreio de demências**, exame Rápido e de RASTREIO, **não faz diagnóstico**

MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

Paciente: _____
Avaliador: _____ Data da Avaliação: ____/____/____

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (5 pontos)

- Dia da semana (1 ponto) _____
- Dia do mês (1 ponto) _____
- Mês (1 ponto) _____
- Ano (1 ponto) _____
- Hora aproximada (1 ponto) _____

ORIENTAÇÃO ESPACIAL (5 pontos)

- Local genérico (residência, hospital, clínica) (1 ponto) _____
- Local específico (andar ou setor) (1 ponto) _____
- Bairro ou rua próxima (1 ponto) _____
- Cidade (1 ponto) _____
- Estado (1 ponto) _____

MEMÓRIA DE FIXAÇÃO (3 pontos)

- Repetir: Vaso, carro, tijolo.
1 ponto para cada palavra repetida na primeira tentativa _____
Repita até as três palavras serem repetidas (máximo de 5 tentativas)

ATENÇÃO E CÁLCULO (5 pontos)

- Subtração: 100-7 sucessivamente, por 5 vezes
(1 ponto para cada cálculo correto) _____

MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO (3 pontos)

- Lembrar as 3 palavras repetidas anteriormente (em MEMÓRIA DE FIXAÇÃO)
(1 ponto por palavra certa) _____

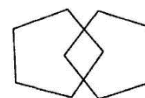
LINGUAGEM (8 pontos)

- Nomear objetos: um relógio e uma caneta (2 pontos) _____
- Repetir: "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) _____
- Seguir comando verbal: "pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão" (3 pontos) _____
- Ler e seguir comando escrito (FRASE): "feche os olhos" (1 ponto) _____
- Escrever uma frase (1 ponto) _____

PRAXIA CONSTRUTIVA (1 ponto)

- Copiar um desenho (1 ponto) _____

ESCORE: ____/30



- Resultado

- **Pontuação total = 30**

- **<24 altamente escolarizado:** possível Demência
- **<18 ensino fundamental:** possível Demência
- **<14 Analfabeto:** possível Demência

Teste do relógio

- Testa funções executivas e habilidade visuoespacial

- Leva poucos minutos para aplicação

- **Comando:** desenhe um relógio com todos os números e ponteiros, marcando **11h 10 min/02h50**

- Resultado

- **Pontuar de 0 a 5**

- **5** - Perfeito – pequenos desvios
- **4** - Erros menores- tolera-se omissão ou repetição
- **3** - Representação incorreta da hora
- **2** - Desorganização moderada de números semelhança remota
- **1** – Semelhança remota
- **0** - Não guarda semelhança ou paciente recusa

Teste da fluência Verbal

- No teste da FV pede-se para o paciente falar em voz alta, **em 1 minuto**, o maior número de palavras pertencente a um determinado grupo semântico, por exemplo, **nome de animais**, vegetais, coisas encontradas num supermercado, etc. Trata-se de um método simples e eficaz para testar **funções executivas e a linguagem**.

- Resultado

- Ponto de corte:

- <9 animais em idosos com menos de 8 anos de escolaridade
- < 13 animais em idosos com mais de 8 anos de escolaridade

Teste da figura

- Folha com 10 figuras é apresentada 3 vezes

- 1ª – Pede para nomear
- 2ª e 3ª – deixa por 30 s e orienta que vai perguntar depois
- Usa algo para distrair e depois pergunte das figuras

Avaliação do humor

- As perdas funcionais e psicossociais podem resultar em **depressão**.

- A depressão é um dos transtornos mentais mais comum em idosos.

- **Rastreamento**: Você se sente triste ou desanimado frequentemente?

- Se **SIM** -> **EGD** - teste breve de rastreamento, parece ser capaz de detectar a maioria dos pacientes deprimidos.

EGD – Escala Geriátrica de Depressão

- Somar 1 o que está em negrito

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (GDS-15 E GDS-5) (Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas)				
GDS-5	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	Sim	NÃO	GDS-15
	Você se aborrece com frequência?	SIM	Não	
	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	SIM	Não	
	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	SIM	Não	
	Você sente que sua situação não tem saída?	SIM	Não	
	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	SIM	Não	
	Você acha que sua situação é sem esperanças?	SIM	Não	
	Você acha maravilhoso estar vivo?	Sim	NÃO	
	Você sente que sua vida está vazia?	SIM	Não	
	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	SIM	Não	
	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	SIM	Não	
	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	SIM	Não	
	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	Sim	NÃO	
	Você se sente cheio de energia?	Sim	NÃO	
	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim	NÃO	

- Resultado:

- Pontuação total = 15

- **Até 5**: Normal -> **Acima de 5 depressão**
- **> 7**: Depressão leve
- **> 11**: Depressão moderada a grave

Avaliação nutricional

- **Perda ponderal**: **>5% do peso em um ano** -> Indicativo de Síndrome da fragilidade

- **IMC < 22** -> Desnutrição

- CP ideal > 31 cm -> A Circunferência da panturrilha (CP) é uma medida sensível de massa muscular em idosos e marcados de desnutrição, sarcopenia e funcionalidade.

- Triagem nutricional: **Teste rápido (< 11 encaminhar ao nutricionista)**

Triagem	
A	Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão <input type="checkbox"/>
B	Perda de peso nos últimos meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso <input type="checkbox"/>
C	Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal <input type="checkbox"/>
D	Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não <input type="checkbox"/>
E	Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos <input type="checkbox"/>
F	Índice de massa corpórea (IMC = peso [kg] / estatura [m] ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/>
Escore de triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12 pontos ou mais normal; desnecessário continuar a avaliação	
11 pontos ou menos possibilidade de desnutrição; continuar a avaliação	

Avaliação visual e auditiva

- Qualquer disfunção encaminhamento para especialistas

- Teste do sussuro

DEFICIÊNCIA VISUAL:	() Sim	() Não
Uso de lentes corretivas	() Sim	() Não
longas/ medias curtas distancias	() < 0,3	() > 0,3
Dificuldade para ler jornais ou revistas	() Sim	() Não
Data da última visita ao Oftalmologista: ____/____/____		

DEFICIÊNCIA AUDITIVA:	() Sim	() Não
Uso de prótese auditiva	() Sim	() Não
Teste do sussuro (60cm de cada ouvido)	() Positivo	() Negativo
Dificuldade para conversação com 3 ou mais pessoas	() Sim	() Não
Data da última visita ao Otorrinolaringologista: ____/____/____		

Suporte social

- Pessoas com as quais o paciente pode contar/ recursos disponíveis na comunidade.

Escala de APGAR

O APGAR FAMILIAR (QUESTÕES)	Quase sempre	Às vezes	Raramente
Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando	()	()	()
Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas	()	()	()
Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida	()	()	()
Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor	()	()	()
Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos	()	()	()
	2	1	0

- Resultado

- Pontuação total = 10

- **7 – 10:** boa funcionalidade familiar
- **5 – 6:** moderada disfunção familiar
- **0 – 4:** elevada disfunção familiar

Escala de Zait

- Avaliação da Sobrecarga dos cuidadores

- 1- Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?
2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).
- (3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?
4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?
5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?
6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?
7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA
Leve até 14 pontos
Moderada 15 a 21 pontos
grave acima de 22 pontos

CLASSIFICAÇÃO DO IDOSO

- **Idoso robusto (hígido):** em plena condição de realizar suas atividades, saúde mental e motora estão em atividade. São **capazes de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma.**

- **Idoso em risco de fragilização:** é o idoso **capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma**, todavia que encontra-se em um estado dinâmico entre **senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais mas sem dependência funcional.** (Comorbidades: Sarcopenia, polipatologia, polifarmácia, internação recente)

- **Idoso frágil:** é o idoso **com declínio funcional estabelecido e incapaz de gerenciar sua vida**, em virtude da presença **de incapacidades únicas ou múltiplas.** Apresenta risco aumentado de adoecimento, hospitalizações, progressão da dependência e mortalidade.

Situações de risco – idosos frágeis

- Idosos com **≥ 80- 85 anos**

- Idosos com **≥ 60 anos apresentando:**

- Polipatologias (≥ 5 diagnósticos)
- Polifarmácia (≥ 5 drogas/dia)
- Imobilidade parcial ou total
- **Incontinência urinária ou fecal.**
- Instabilidade postural (quedas de repetição).
- Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium).
- Idosos com história de internações frequentes e/ou pós alta hospitalar
- Idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária (ABVD)
- Insuficiência familiar, social, como institucionalizados (ILPI), poucos recursos financeiros
- Os casais de idosos quando um deles é incapacitado ou está muito doente.

SÍNDROME DA INSTABILIDADE POSTURAL - QUEDAS

- **Síndromes geriátrica** - associação de **várias doenças que se sobrepõe**

- **Síndrome de instabilidade postural** -> **Leva a queda**

QUEDA

- **2ª Causa de morte por ferimento acidental de idosos, e 5ª causa de morte em geral nos idosos**

- O deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade de idosos

- As quedas ocorrem devido **à perda de equilíbrio postural** e tanto podem ser decorrentes de problemas primários do sistema osteoarticular e/ou neurológico quanto de uma condição clínica adversa que afete secundariamente os mecanismos do equilíbrio e estabilidade.

- Está entre os problemas de saúde mais frequentes e incapacitantes que uma pessoa idosa pode enfrentar

- Considerada um marcador de fragilidade, morte, dependência e institucionalização.

- Pode sinalizar o **início de fragilidade, declínio funcional, ou indicar doença aguda** -> **Evento sentinela**

- **Mulheres caem mais que homens até os 75 anos**

- Pacientes hospitalizados: caem 20% mais, fragilizados, medicação, diminuição de massa muscular

MUDANÇAS NA ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO

- Redução da VM e amplitude do passo
- Perda do balanço normal dos braços
- Diminuição da rotação pélvica e dos joelhos
- Alteração do centro de gravidade
- Diminuição do campo visual e menor percepção de profundidade
- Fraqueza muscular
- Lesões neurológicas
- Vertigens, tonturas, síncope



Quedas



CLASSIFICAÇÃO DAS QUEDAS

- **Frequência em que ocorrem**, das consequências (lesões) que trazem e pelo o tempo de permanência no chão.
- **Queda acidental**: evento único que dificilmente se repetirá -> decorrente de causa extrínseca.
- **Queda recorrente**: fatores etiológicos intrínsecos. > 2 quedas em 1 ano -> “Idoso caidor”
- **Quedas com lesões graves**: fratura, TCE, luxações.
- **Quedas com lesões leves**: abrasões, cortes, escoriações, hematomas.
- **Prolongada**: permanece caído por mais de 15 a 20 min → > 80 a, com dificuldades nas AVD, com disfunção de MMII, em uso de sedativos, moram sozinhos, desacompanhados por longos períodos.

CAUSA DE QUEDA

- **Fatores extrínsecos** - Ambiente em que o idoso vive -> **Evitáveis**

- Pisos, tapetes, escadas, banheiro sem corrimão, sapatos inadequados, iluminação precária, obstáculos no caminho, ausência de corrimão, altura da cama, violência física, escadas, animais domésticos, armários na altura, etc.

- Fatores intrínsecos - Senilidade e senescência, patologias

- *Habilidades funcionais, história previa de queda, doenças ortopédicas, medicamentos (polifarmácia), deficiência nutricional, desidratação, déficit cognitivo, depressão, perda de massa muscular, sarcopenia, marcha lenta, hospitalização, hipotensão postural, diminuição do equilíbrio, diminuição da acuidade visual e audição, **mulher até os 75 anos**, idade > 85 anos etc*

- Fatores comportamentais - Hábitos de vida do idoso e comportamentos

- *Uso de álcool, sedentarismo, negação da fragilidade, uso de múltiplos medicamentos sem prescrição médica,*

Geralmente as quedas são desencadeadas pela INTERAÇÃO dos 3 fatores

ABORDAGEM DO IDOSO COM INSTABILIDADE POSTURAL E/OU QUEDAS



Avaliação multidimensional

- Como médico, deve ser analisado as causas intrínsecas e extrínsecas:

- Circunstancia da queda (Local, hora, dia, atividade que desempenhava, ambiente, sintomas pré quedas)
- Medicamentos utilizados
- História de doenças previas
- Avaliar acuidade visual
- Alterações sensoriais e fisiológicas do envelhecimento
- Inadequada ajuda para o cuidar
- Perigos do meio ambiente

- Exames:

- Neurológico (sensibilidade proprioceptiva, déficits motores)
- Exame cardiovascular (buscar hipotensão ortostática e arritmias)
- Exame do sist. Locomotor (pés, articulações de MMII, marcha, equilíbrio)
- Avaliação da capacidade funcional e mental
- Avaliar óculos, sapatos, instrumentos auxiliares da marcha

Testes

- **GET UP AND GO** -> Risco de queda

- **Velocidade da marcha**

- **Índice de Downton** -> Risco de quedas

- **Resultado** ≥ 3 – Grande risco de queda

Quadro 1 - Escala de Downton		Pontuação
Itens avaliados		
Quedas anteriores	Não	0
	Sim	1
Medicamentos	Nenhum	0
	Tranquilizantes / Sedativos	1
	Hipotensores (não diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepressivos	1
	Outros Medicamentos	1
Déficits sensoriais	Nenhum	0
	Alterações Visuais	1
	Alterações Auditivas	1
	Extremidades	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulação	Normal	0
	Segura com ajuda	1
	Insegura com ou sem ajuda	1
	Impossível	1

INTERVENÇÃO E REDUÇÃO DE QUEDAS

- Retirada ou redução de medicamentos -> Avaliar riscos ou benefícios
 - Medicamentos associados a queda: *Antipsicóticos (fenotiazinas), sedativos (benzodiazepínicos), antidepressivos (IMAOs, ISRS, Tricíclicos), ansiolíticos, antiarrítmicos, anticonvulsivante, anti-hipertensivos e diuréticos*
- Tratamento da hipotensão postural, problemas nos pés e correção de calçados, correção visual;
- Educação em quedas
- Modificações no ambiente
- Ação Multiprofissional: Fisioterapeuta, nutricionista, educador físico.

COMPLICAÇÕES DAS QUEDAS

- Morte (sepse - Pneumonias, ITU), TCE, tromboembolismo pulmonar)
- Lesões ósseas (fratura do colo do fêmur)
- Medo, depressão
- Síndrome pós queda (Ptofobia), medo de cair
- Piora do declínio funcional (perda da autonomia e independência)
- Isolamento social
- Restrição prolongada ao leito, úlcera de decúbito ou pressão,
- Hospitalização, Institucionalização
- Risco de doenças iatrogênicas
- Hematoma subdural

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

- Qualquer ato que produza **dano físico, emocional ou financeiro** ao idoso, violando seu direito à integridade física, emocional, moral e à sua autonomia.

- OMS 1996 -> ação **única ou repetida** ou ainda a **ausência de uma ação devida** que cause sofrimento ou angústia e que ocorra em uma relação em que haja expectativa de confiança.

- Estatuto do Idoso -> é qualquer **ação ou omissão** praticada em local público ou privado que lhe **cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico**

*“A violência à pessoa idosa pode ser definida como **ações ou omissões** cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional das pessoas desse grupo etário e impedindo o desempenho de seu papel social. A violência acontece como uma **quebra de expectativa positiva** dos idosos em relação às pessoas e instituições que os cercam (filhos, cônjuge, parentes, cuidadores e sociedade em geral)”*

TIPOS DE VIOLÊNCIA

- A violência contra a pessoa idosa pode ser dos seguintes tipos:

- Física, Psicológica, Violência Sexual, Econômica ou financeira, Negligência, Abandono, Auto-negligência, violência medicamentosa e emocional ou social.

Violência física

- É o uso da **força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam**, para **feri-los**, provocar **dor, incapacidade ou morte**, por ser visível, mais indignante.

Violência Psicológica

- Corresponde a **agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar do convívio social**. Mais difícil de se identificar, no domicílio, Familiares, Ruas, ILPIS.

Violência Sexual

- Refere-se ao **ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero relacional**, utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Violência Financeira ou econômica

- Consiste na **exploração imprópria ou ilegal ou ao uso não consentido pela pessoa idosa de seus recursos financeiros e patrimoniais**, praticado pela família.

Negligência

- Refere-se à **recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos por parte dos responsáveis familiares ou institucionais**. A negligência é uma das formas de violência mais presente no país. Ela se manifesta, frequentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade

Abandono

- É uma de violência que se manifesta pela **ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares** de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção e assistência.

Auto negligência

- Diz respeito à **conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança**, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma.

Violência Medicamentosa

- É **administração** por familiares, cuidadores e profissionais **dos medicamentos prescritos, de forma indevida**, aumentando, diminuindo ou excluindo os medicamentos.

Violência Emocional e Social

- Refere-se a **agressão verbal crônica, incluindo palavras depreciativas que possam desrespeitar a identidade, dignidade e autoestima**. Caracteriza-se pela falta de respeito à intimidade; falta de respeito aos desejos, negação do acesso a amizades, desatenção a necessidades sociais e de saúde.

MODALIDADES DE VIOLÊNCIA

Estrutural

- Discriminação dos idosos como **categoria social**, são **vistos como uma carga pesada para o sistema de saúde pública**, incentivando um gerontofobismo ou etarismo no qual está implícito a ideia de que os idosos já cumpriram a sua missão na vida, são improdutivos e portanto não são mais merecedores de investimentos sociais pois não darão o retorno.

Familiar

- Segunda modalidade, tipo que mais chama atenção na atualidade, famílias intergeracionais. 90 % dos casos.

- **Perfil do agressor**: Filho, filha, cônjuge da vítima, único cuidador, vive na mesma casa, é dependente financeiramente da pessoa idosa, consome álcool ou droga, transtorno mental, apresenta conflito com a pessoa idosa, é agressivo nas suas relações familiares, foi vítima de violência doméstica.

Institucional

- O **estado** se torna um dos **violadores dos direitos** da pessoa idosa:

- tratamento prestado ao idoso,
- burocracia nas instituições de saúde,
- altos custos dos planos de saúde,
- ILPIs, burocracias na previdência e assistência

FATORES DE RISCO

- **Agressor viver na mesma casa** que a vítima
- **Filhos serem dependentes financeiramente** de pais idosos
- Idoso depender da família de seus filhos para sobreviver (Dependência física, psíquica, emocional)
- **Abuso de álcool e drogas pelos filhos**, outros adultos da casa ou pelo próprio idoso
- **Ambiente de pouca comunicação, pouco afeto** e vínculos frouxos na família
- Isolamento social da família e da pessoa idosa
- **Idoso ter sido ou ser agressivo nas relações com seus familiares**
- Haver história de violência na família
- Cuidador ter sido vítima de violência doméstica
- **Presença de depressão** ou qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico

IDENTIFICANDO A VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

- Papel importante dos profissionais de saúde, que em muitas vezes são os únicos a terem contato com estes.
- Considerar a hipótese de maus tratos, não é evidência de sua confirmação, primeiramente investigar e esclarecer todos os fatos
- Antes qualquer suspeita a equipe interdisciplinar deve ser acionada e elaborar planos de cuidado e fazer reavaliação.

- CRAS, CREAS: reunião com familiares, orientações , levantamento da situação econômica, mapeamento dos principais problemas

- **Anamnese:** Histórias clínica, social e familiar

- Na Confirmação de violência, a notificação é obrigatória e deve ser encaminhada aos órgãos competentes de cada região:

- Conselho Municipal ou Estadual dos Direitos do idoso
- Delegacias de Polícia
- Ministério Público

Indicativos que podem ser uma suspeita de violência contra o idoso

- São isolados e impedidos de sair de casa, de terem acesso ao dinheiro da aposentadoria ou pensão.

- São impedidos de procurar serviço de saúde e apresentam marcas de agressão, fraturas, feridas pelo corpo, sem uma explicação correta do acidente

- Apresentam tristeza, depressão, não querem conversar,

- Magreza excessiva, higiene bucal e corporal precária.

PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

- Avaliar periodicamente o nível de dependência da pessoa idosa nas suas ABVDs

- Incentivar que os idosos participem de atividades sociais, e lazer

- Detectar situações e fatores de risco e a efetiva intervenção

- Criar uma relação de confiança e receptividade profissional e idoso para propiciar um diálogo aberto diante as possíveis situações de violência

- Orientar os familiares sobre o processo do envelhecimento

FARMACOLOGIA

Conceitos Importantes:

- **Polifarmácia:** Uso de **5 ou +** medicamentos

- **MIPS** – Medicamentos **Inapropriados** para a pessoa idosa

- **Barbitúricos**
- **Benzodiazepínicos** - *Alprazolam, Clonazepam, Flurazepam, diazepam e Lorazepam*
- **Antidepressivos tricíclicos** - *Amitriptilina, Clomipramina, Desipramina, Imipramina, Nortriptilina, Doxepina.*
- **Anti-histamínicos** -
- **Relaxantes musculares**

Tioridazina	Amiodarona	Clorpropamida
Barbitúricos (exceto fenobarbital)	Digoxina > 0,125 mg/dia (exceto em arritmias atriais)	Estrogênios não associados (via oral)
Benzodiazepínicos Lorazepam > 3,0 mg/dia Alprazolam > 2,0 mg/dia Clordiazepóxido Diazepam Clorazepato Flurazepam	Disopiramida Metildopa Clonidina Nifedipina Doxazosina Dipiridamol Ticlopidina	Extrato de Tireoide Metiltestosterona Nitrofurantoina Sulfato ferroso Cimetidina Cetorolaco Ergot e cicandelata
Fluoxetina (diariamente) Amitriptilina	Anti-inflamatórios não hormonais Indometacina Naproxeno Piroxicam	Miorrelaxantes e antiespasmódicos Carisoprodol Clorzoxazona Ciclobenzaprina Orfenadrina Oxibutina
Anti-histamínicos Clorfeniramina Difenidramina Hidroxizina Ciproheptadina Triptelenamina Dexclorfeniramina Prometazina	Laxantes Bisacodil Cascaró sagrada Óleo mineral	Hiosciamina Propantelina Alcaloides da Belladonna Meperidina
	Anoréxicos Anfetaminas	

- **RAM** – Reações adversas à medicamento

- Delirium, sangramento gastrointestinal, quedas, fraturas
- Hemorragia digestiva alta: AINE, corticoides
- Insuficiência renal aguda: AINE
- Quedas: benzodiazepínicos, neurolépticos, opioides, anticolinérgicos, anticonvulsivantes, relaxantes musculares
- Delirium: benzodiazepínicos, neurolépticos, opioides, anticolinérgicos, anticonvulsivantes, relaxantes musculares
- Hiperglicemia: corticoides
- Osteoporose: corticoides (uso crônico)
- Hepatite: AINE
- Hipertensão arterial: AINE, corticoides
- Hipotensão ortostática: antidepressivos tricíclicos, relaxantes musculares

- **Cascata iatrogênica:** Quando um **evento adverso a uma medicação** é mal interpretado como uma nova condição médica, e uma **nova medicação** é prescrita, e o **paciente** é colocado em risco de efeitos adversos adicionais.

- **Omissão terapêutica:** Medicamentos que devem ser prescritos, mas não são por ser idosos.

FARMACOCINÉTICA

- É o caminho, ou conjunto de **processos sofridos pelos fármacos no corpo humano a partir da sua administração.**
- O que o organismo faz com a droga desde sua ingestão até a saída
- Alterações no idoso:

- **Absorção** é alterada devido: Aumento do pH gástrico, diminuição da motilidade, diminuição do fluxo sanguíneo.
- **Distribuição** é alterada por: Diminuição da massa hídrica, aumento da massa de gordura e diminuição da albumina sérica
- **Metabolismo e excreção** é alterada pela redução da função renal

FARMACODINÂMICA

- Estudo da interação deste medicamento com o local de ligação, conhecido como receptor, que vai ocorrer durante seu trajeto no organismo, além de estudar como atua o receptor e qual o efeito terapêutico do medicamento no corpo.

- O que o fármaco faz no corpo -> *Mudanças fisiológicas relacionadas a composição corporal no paciente idoso, altera a distribuição do fármaco em seu organismo*

ALTERAÇÕES FARMACOCINÉTICAS E FARMACODINÂMICAS PRÓPRIAS DO ENVELHECIMENTO E SUAS REPERCUSSÕES NA FARMACOLOGIA CLÍNICA		
PROCESSO FARMACOLÓGICO	ALTERAÇÕES OBSERVADAS	CONSEQUÊNCIAS FARMACOLÓGICAS
Absorção	↓ número de células de absorção ↑ pH gástrico ↓ motilidade gastrointestinal ↓ trânsito intestinal	Absorção de fármacos sofre alterações significativas
Distribuição	↑ massa de gordura ↓ massa hídrica ↓ albumina sérica (idosos frágeis)	↑ meia-vida sérica de fármacos lipossolúveis (por exemplo, benzodiazepínicos) ↓ volume de distribuição de fármacos hidrossolúveis (por exemplo, digoxina) ↑ fração livre de fármacos ligados à albumina (por exemplo, fenitoína)
Metabolismo	↓ massa hepática e do fluxo sanguíneo hepático ↓ atividade do citocromo P450	↓ metabolismo de fármacos fluxo-dependentes (por exemplo, nitratos) ↓ metabolismo oxidativo (por exemplo, quinidina)
Excreção	↓ massa renal total ↓ fluxo plasmático renal ↓ taxa de filtração glomerular	↓ clearance de fármacos de excreção renal
Receptores	↓ maioria deles (por exemplo, colinérgicos)	Sensibilidade alterada (por exemplo, fármacos de ação no sistema nervoso central)
Homeostase	↓ de várias funções orgânicas (por exemplo, reflexo barorreceptor)	↑ risco de hipotensão ortostática decorrente do uso de anti-hipertensivo

↑ = aumento de; ↓ = redução de

CRITÉRIO DE BEERS

- Objetivo de prevenir e evitar os medicamentos inapropriados

- Classifica os medicamentos em:

1. Medicamentos ou classes que **devem ser evitados em idosos independentemente do diagnóstico ou da condição clínica**, devido ao alto risco de efeitos colaterais e pela existência de outros fármacos mais seguros;
2. Medicamentos ou classes deles que **não devem ser usados em determinadas circunstâncias clínicas**
3. Medicamentos que devem ser **prescritos com cautela**

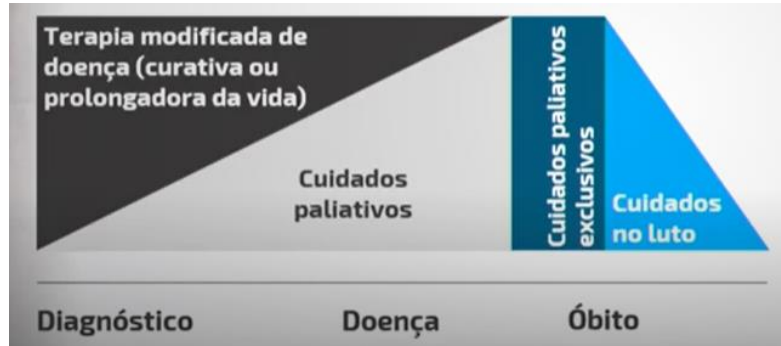
CRITÉRIO STOOP - STAR

- Objetivo de identificar erros na prescrição e omissão de medicamento

CUIDADOS PALIATIVOS

- É a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

- CP, não se aplicam somente aos que estão ao final da vida, em iminência de morte, e sim a pacientes portadores de doenças crônicas que estejam já sofrendo subtração da qualidade de vida.



PRINCÍPIOS BÁSICOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

- 1- Promove **alívio da dor e controle de outros sintomas**
- 2- Afirmam a vida e encaram **o morrer como um processo normal da vida**
- 3- **Não apressam ou abreviam a vida** (eutanásia) e nem **adiam ou prolongam um processo doloroso de morrer** (distanásia).
- 4- Vão **além dos cuidados no nível físico-orgânico**, integrando aspectos psicológicos e espirituais aos cuidados do doente
- 5- Oferecem um **sistema de apoio** para ajudar os pacientes a viver tão ativamente quanto possível até o momento de sua morte.
- 6- Ajudam **a família em lidar com a doença do paciente**, no processo de morrer e após a morte, o luto.
- 7- Visam **aprimorar a qualidade de vida**

DOENÇAS COM INDICAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

- As doenças crônico-degenerativas EM FASES AVANÇADAS têm indicação de cuidados paliativos:

- Demências
- Doenças cerebrovasculares
- Sequelados de AVC
- Síndrome de fragilidade
- Doença renal crônica
- Insuficiência cardíaca
- Hepatopatias crônicas
- Doença pulmonar obstrutiva crônica
- Câncer