

SAÚDE DO IDOSO ENFERMAGEM

MÓDULO 8

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável técnico pelo projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor Álvaro Toubes Prata

Vice-Reitor Carlos Alberto Justo da Silva

Pró-Reitora de Pós-graduação Maria Lúcia de Barros Camargo

Pró-Reitora de pesquisa e extensão Débora Peres Menezes

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Walter Ferreira de Oliveira

Subchefe do Departamento Jane Maria de Souza Philippini

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

Coordenador Geral do Projeto Carlos Alberto Justo da Silva

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Tutoria Antonio Fernando Boing

EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Fátima Büchele

Juliana Regina Destro

Mônica Motta Lino

Sheila Rubia Lindner

Rodrigo Moretti

AUTORES

Jussara Gue Martini

Ana Lúcia Mello

André Junqueira Xavier

Lúcio José Botelho

REVISORA

Juliana Cipriano Braga Silva

ORGANIZADORES

Evangelina Kotzias Atherino dos Santos

Calvino Reibnitz Júnior

Heitor Tognoli

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SAÚDE DO IDOSO ENFERMAGEM

Eixo II

Assistência e Processo de Trabalho na
Estratégia Saúde da Família

@ 2010. Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário 88040-900 Trindade – Florianópolis - SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina. Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588s Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância.
Saúde do idoso: enfermagem [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Evangelia Kotzias Atherino dos Santos... [et al]. – Florianópolis, 2010.

104 p. (Eixo 2 - Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família)

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo: Parte 1. Indicadores de morbi-mortalidade nacionais e estaduais em saúde do idoso - Programas, políticas e pactos de saúde do idoso no Brasil e no mundo - Papel dos membros da Equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do idoso - Parte 2. Vulnerabilidades ligadas à saúde do idoso - Cuidados de enfermagem à saúde do idoso - Práticas educativas na atenção à saúde do idoso.

ISBN: 000-00-0000-000-0

1. Saúde do idoso. 2. Enfermagem. 3. Atenção à saúde do idoso. I. UFSC. II. Santos, Evangelia Kotzias Atherino dos. III. Martini, Jussara Gue. IV. Título. V. Série.

CDU: 616-053.2

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenadora de Produção Giovana Schuelter

Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato

Design Instrucional Soraya Falqueiro

Revisão Textual Ana Lúcia P. do Amaral

Revisão textual para Impressão Flávia Goulart

Design Gráfico Felipe Augusto Franke, Natália de Gouvêa Silva

Ilustrações Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal

Design de Capa André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Revisão Geral Eliane Maria Stuart Garcez

Assistente de Revisão Carolina Carvalho, Thays Berger Conceição

SUMÁRIO

PARTE I - AÇÕES INTEGRADAS NA SAÚDE DO IDOSO

UNIDADE 1 INDICADORES DE MORBI-MORTALIDADE NACIONAIS E ESTADUAIS EM SAÚDE DO IDOSO	15
1.1 Direcionando as Preocupações com a Saúde dos Idosos: Envelhecendo no Brasil	16
1.2 Transição Demográfica e Epidemiológica.....	17
1.3 Principais Indicadores de Morbi-Mortalidade em Saúde do Idoso no Brasil e em Santa Catarina.....	20
REFERÊNCIAS	25
UNIDADE 2 PROGRAMAS, POLÍTICAS E PACTOS DE SAÚDE DO IDOSO NO BRASIL E NO MUNDO	27
2.1 Os Principais Marcos Institucionais Sobre Envelhecimento no Mundo	27
2.2 Envelhecimento Ativo	29
2.3 Os Principais Marcos Institucionais Sobre Envelhecimento no Brasil	31
REFERÊNCIAS	37
UNIDADE 3 PAPEL DOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES E AVALIAÇÃO DE RISCOS EM SAÚDE DO IDOSO.....	41
3.1 Atribuições Comuns aos Profissionais da Equipe de Saúde da Família.....	41
REFERÊNCIAS	48

PARTE II - AÇÕES ESPECÍFICAS - ENFERMAGEM

UNIDADE 4 VULNERABILIDADES LIGADAS À SAÚDE DO IDOSO	53
4.1 Atividade Física e Nutrição	53
4.2 Uso de Medicamentos e Suas Implicações	54
4.3 As Quedas	56
4.4 A Violência Contra o Idoso	58
4.5 A Finitude e a Perspectiva da Morte.....	62
4.6 Idosos Vivendo em Locais de Cuidados Contínuos	64
REFERÊNCIAS	66
UNIDADE 5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM À SAÚDE DO IDOSO	69
5.1 Avaliação das Necessidades de Cuidado de Enfermagem dos Idosos	69
5.2 A Família Como Foco no Cuidado ao Idoso.....	71
5.3 Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE.....	74
5.4 Histórico de Enfermagem e Exame Físico	78
5.5 Imunizações.....	84
REFERÊNCIAS	87
UNIDADE 6 PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	89
6.1 Educação Para a Compreensão da Velhice.....	89
6.2 Orientações aos Familiares Cuidadores	91
6.3 Atividades Educativas em Saúde em Grupos de Idosos.....	95
REFERÊNCIAS	101
AUTORES.....	102

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Estamos no quarto módulo do Eixo II, que aborda a assistência e o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família com relação ao cuidado à saúde do idoso.

Na Parte 1, que é comum aos profissionais da equipe, aprofundaremos nossos conhecimentos sobre o processo de cuidado da saúde do idoso, ampliando o olhar individual, tentando trabalhar também com as redes de apoio e com cuidadores diretos.

Na Parte 2, todas estas questões serão retomadas e aprofundadas nas especificidades de cada categoria profissional, sendo que a questão clínica será o foco, sempre tentando abranger os problemas de maior frequência nas unidades de saúde. Desejamos, com tal organização de estudo, possibilitar uma visão ampliada das formas de se trabalhar com esse ciclo de vida na Unidade de Saúde, de forma integrada entre equipe e comunidade.

Desse modo, é fundamental refletirmos a respeito dos potenciais de atuação dos profissionais da saúde neste campo, consolidando nossas competências no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, bem como na atenção domiciliar aos idosos e suas famílias.

Ementa

Indicadores de morbi-mortalidade nacionais e estaduais em saúde do idoso. Pactos, políticas e programas de saúde do idoso no Brasil e no mundo. Papel dos membros da Equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do idoso. Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde do idoso.

Objetivos

- a) Refletir sobre os principais indicadores de morbi-mortalidade em saúde do idoso no Brasil e em Santa Catarina;
- b) Refletir sobre os principais programas, políticas e pactos sobre a saúde do idoso no Brasil;
- c) Destacar e refletir sobre o papel dos membros da Estratégia Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do idoso;
- d) Conhecer as principais situações de agravo à saúde dos idosos, bem como medidas educativas, preventivas, curativas e reabilitadoras da saúde bucal.

Carga horária: 45 horas.

Unidades de Conteúdo:

Unidade 1: Indicadores de morbi-mortalidade nacionais e estaduais em saúde do idoso.

Unidade 2: Programas, políticas e pactos de saúde do idoso no Brasil e no mundo.

Unidade 3: Papel dos membros da Equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do idoso.

Unidade 4: Vulnerabilidades ligadas à saúde do idoso.

Unidade 5: Cuidados de enfermagem à saúde do idoso.

Unidade 6: Práticas educativas na atenção à saúde do idoso.

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Na primeira parte deste módulo, aprofundaremos nossos conhecimentos sobre a atenção à saúde do idoso, buscando ampliar as possibilidades de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para além das ações clínicas individuais. É fundamental refletirmos acerca dos potenciais de atuação dos profissionais da saúde neste campo, consolidando competências no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, bem como na atenção domiciliar aos idosos e suas famílias.

Fundamentaremos a reflexão sobre a atenção à saúde dos idosos nos seguintes aspectos: as ações dos profissionais da saúde respondem às necessidades desta população e ao que preceituam as políticas de atenção à saúde do idoso do Ministério da Saúde? Quais os desafios que o cuidado à saúde do idoso apresenta aos profissionais da saúde da família? Quais os limites de nossa atuação e quais as possíveis estratégias que nos mobilizam para superá-los?

Na segunda parte, questões serão retomadas nas especificidades de cada área profissional. Agora, com a base conceitual e geral já construída no estudo anterior, vamos aprofundar o conteúdo relacionado à Atenção à Saúde do Idoso dentro da especificidade de sua área, a enfermagem. Lembre-se sempre: você faz parte de uma equipe multidisciplinar, e sua atuação só poderá atingir um alto grau de qualidade se suas ações forem integradas com as ações de outros profissionais. Assim sendo, interaja com seus colegas de trabalho e de curso, visando um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar.

Esperamos contribuir para que o aprendizado seja significativo e produtivo. Bons estudos!

Jussara Gue Martini
Ana Lúcia Mello
André Junqueira Xavier
Lúcio José Botelho

PARTE I

MÓDULO 8

UNIDADE 1

MÓDULO 8

1 INDICADORES DE MORBI-MORTALIDADE NACIONAIS E ESTADUAIS EM SAÚDE DO IDOSO

Todos os indicadores demográficos ou de morbimortalidade demonstraram, mormente nas últimas décadas, um aumento no tempo de vida da maioria das populações, mesmo em países então considerados em desenvolvimento, fenômeno que já se observava na Europa de pré-guerra. Embora seja claro que ainda temos muita variabilidade social, a estrutura etária e os problemas cambiantes de saúde são e serão por algumas décadas um dos principais desafios da sociedade e dos profissionais de saúde, para poderem conciliar quantidade com qualidade de vida.

Os seguintes desafios para a Saúde Pública, reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), são: manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento; fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, sobretudo aquelas voltadas para os idosos; e manter e/ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento.

Frente a perspectiva apontada, temos que encontrar formas para incorporar os idosos em nossa sociedade, mudar conceitos já enraizados e utilizar novas tecnologias, com inovação e sabedoria, a fim de alcançar, de forma justa e democrática, a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce em nosso país.

No final da década de 1980, quando se intensifica o movimento de valorização do idoso em decorrência das análises demográficas acerca do envelhecimento populacional, muitos profissionais nas áreas da saúde e das ciências humanas e sociais tomaram como referência algumas obras.



Saiba Mais

Recomendamos a leitura das obras de: Simone de Beauvoir (1970), de Eneida Haddad, com os seus eloquentes trabalhos e de Ecléa Bosi, para complementar as aprendizagens deste módulo.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970.

HADDAD, E. G. M. **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 1986.

BOSI, E. **Memória e sociedade**: lembranças de velhos. São Paulo: Edusp, 1987.

1.1 Direcionando as Preocupações com a Saúde dos Idosos: Envelhecendo no Brasil

O Brasil do início do século XX era eminentemente rural, embora com crescimento, a relação entre natalidade e mortalidade altas manteve certa estabilidade entre faixas etárias. Com o declínio da mortalidade antes da natalidade, os anos de pós guerra foram de grande crescimento populacional e também de urbanização. O Brasil é um dos únicos países do mundo que transmudou a população de rural para urbana em quatro décadas.

Teremos, já em 2020, a 6ª maior população mundial em termos de números absolutos de indivíduos com 60 anos ou mais. Em 2050 deveremos ter cerca de 14,2% de idosos no planeta (CHAIMOWICZ, 1997).

As novas tecnologias, vacinas entre elas, a melhoria de condições nutricionais e o maior acesso aos serviços de saúde diminuíram a mortalidade infantil e um novo cenário se apresentou, com um significativo aumento da esperança de vida ao nascer e também no 5º ano de vida.

É a emergência de uma nova faixa de cidadãos, com suas peculiaridades, que deverá ser legitimada por toda a sociedade. Você que agora lê este texto possivelmente será um deles.

Uma dessas peculiaridades é que mantidos os padrões atuais, haverá maior proporção de indivíduos portadores de incapacidade (YOUNG apud CAMARANO, 2002) chegando a 25% acima de 65 anos e 50% daqueles acima de 85 anos. Muitas pessoas vivenciam esta fase da vida com diferentes graus de dependência e sem autonomia, este é o atual desafio: além de acrescentar mais anos à vida, acrescentar mais vida (qualidade) aos anos vividos.

Um dos problemas maiores é o empobrecimento desta população idosa. Aposentadorias e pensões constituem sua principal fonte de rendimentos. Em 1988, quase 90% dos idosos aposentados no Brasil recebiam contribuições de até 2,5 salários-mínimos (CHAIMOWICZ, 1997). O recebimento de aposentadorias e pensões muitas vezes vai determinar a própria posição de um idoso na dinâmica familiar.

Mulheres sofrem mais neste cenário: Litvak (apud CHAIMOWICZ, 1997, p. 189) diz que “os problemas sociais, econômicos e de saúde dos idosos são, em grande parte, os das mulheres idosas”, que vivem cerca de cinco anos a mais que os homens. Ao se tornarem viúvas, têm maior dificuldade para casar novamente, são mais sozinhas,

apresentam menores níveis de instrução e renda e maior frequência de queixas de saúde. Além disso, uma nova dinâmica social tem apresentado para as classes mais altas, as separações tardias com o conseqüente aumento das pessoas que passam a viver sozinhas..

A situação se torna mais grave pelo fato de que o envelhecimento em condições adversas de trabalho, moradia e alimentação se associa, com maior frequência, às doenças e à dependência. Kalache (apud CHAIMOWICZ, 1997, p. 189) alerta para o conceito de envelhecimento funcional que “nos países do Terceiro Mundo pode ocorrer muito antes da barreira artificial dos 60 ou 65 anos devido às condições de vida precárias”.

Mudar este cenário requer nova mentalidade: a responsabilidade do Estado na condução das políticas públicas que assegurem saúde, segurança, dignidade e cidadania para todos.

É necessária a eliminação da pobreza na velhice; a habilitação das pessoas idosas para que participem plena e eficazmente da vida social, econômica e política de suas sociedades, inclusive mediante trabalho remunerado ou voluntário; a oportunidade de desenvolvimento, de realização pessoal e de bem-estar do indivíduo em todo o curso de sua vida, inclusive numa idade avançada, com possibilidades de acesso à aprendizagem durante toda a vida; os direitos econômicos, sociais e culturais das pessoas idosas, direitos civis e políticos e eliminação de todas as formas de discriminação em função da idade e gênero (ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2002).

1.2 Transição Demográfica e Epidemiológica

A transição demográfica é entendida como o processo de alteração da estrutura etária de uma população por mudanças e alterações nos seus determinantes, qual sejam fecundidade, natalidade e mortalidade infantil, em função de conquistas associadas ao progresso técnico, como a melhoria dos sistemas de saneamento (especialmente nas cidades) e o combate às doenças transmissíveis, principalmente pela vacinação, sem redução da natalidade, gerando a fase de crescimento de população rápida, que foi seguida pela diminuição da natalidade e da fecundidade, fase de equilíbrio populacional e passa pela queda acentuada da natalidade com diminuição maior da mortalidade infantil e da mortalidade geral, gerando a fase de envelhecimento populacional.

O processo de urbanização que ocorre no Brasil, mudanças no papel da mulher com sua maior inserção no mundo do trabalho e aumento da escolaridade, se associam à transição reprodutiva, que se dá em duas fases: em primeira instância, o retardamento dos casamentos e, posteriormente, o controle e a queda da fecundidade por parte das pessoas que vivem em união.

A queda das taxas de natalidade e mortalidade podem ser observadas no gráfico abaixo:

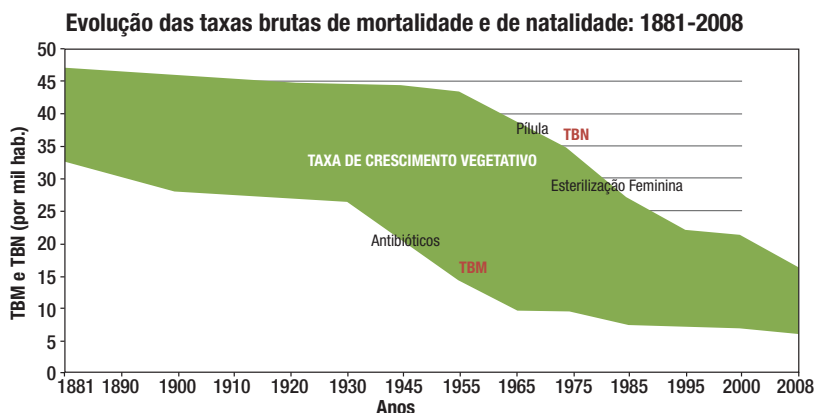


Gráfico 1: Evolução das taxas brutas de mortalidade e de natalidade: 1881-2008.

Fonte: IBGE, 2010.

Este processo pode ser visto no Estado de Santa Catarina ainda com maior nitidez. Confira (Gráficos 2 e 3):

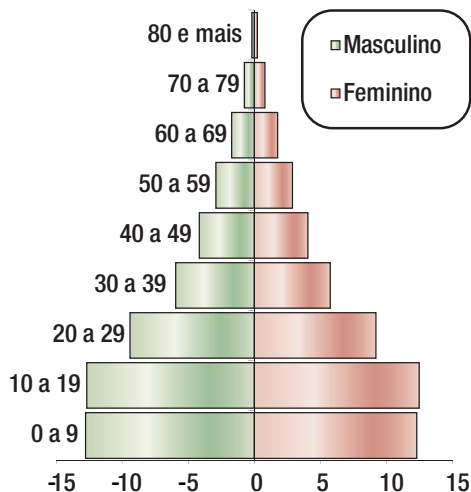


Gráfico 2: Pirâmide populacional em Santa Catarina, 1980.

Fonte: IBGE, 2005.

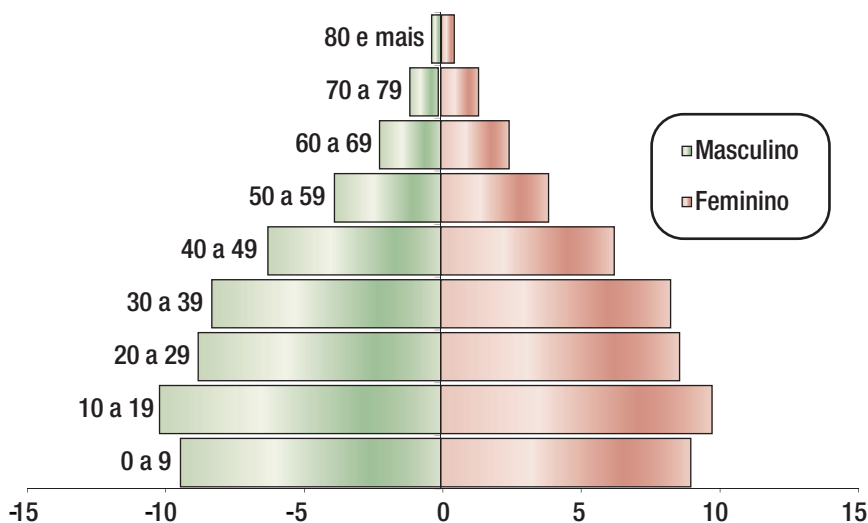


Gráfico 3: Pirâmide populacional em Santa Catarina, 2005.
 Fonte: IBGE, 2005.

Populações diferentes vivem e também adoecem de forma diferente. A transição epidemiológica refere-se às modificações dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. Ela se caracteriza pela substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas, pelo deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos.

No Brasil, a transição epidemiológica tem características próprias. O aumento da mortalidade por causas externas, com destaque para os acidentes de trânsito, os homicídios e suicídios, as mortes precoces por neoplasia e as causas cardiovasculares são algumas das causas responsáveis por essa transição atípica.

Embora o perfil de doenças e óbitos seja bastante diferente das últimas décadas, ainda convivem, principalmente em regiões mais pobres do país, causas características de situações distintas, como por exemplo, tuberculose e infarto do miocárdio, gerando necessidade de maior atenção dos profissionais de saúde.

1.3 Principais Indicadores de Morbi-Mortalidade em Saúde do Idoso no Brasil e em Santa Catarina

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) é um órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde com a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde. No DATASUS podem ser encontrados Indicadores de Saúde, Assistência à Saúde, Rede Assistencial, Epidemiologia e Morbidade, Estatísticas Vitais, Demografia e Socioeconômicas, Saúde Suplementar e Inquéritos e pesquisas.



Saiba Mais

Veja no site do Ministério da Saúde as ações e programas, disponível em: BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações e programas**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=360>. Acesso em: 20 jan. 2010.

Para conhecer melhor os dados disponibilizados, explore o site DATASUS: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema único de Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1522>. Acesso em: 15 jan. 2010.

Em primeiro lugar, quais são as informações necessárias para o conhecimento da situação de saúde do idoso e, onde obtê-las?

Existe um conjunto de bancos de dados relativos à saúde da população brasileira disponibilizados pelo setor saúde em geral e pelo IBGE. Como exemplo: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio realizada em 1998 e em 2003 e Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis de 2002-2003.

Sabemos que, no que tange à morbidade e mortalidade dos idosos, a ênfase se dá sobre doenças crônico-degenerativas, especialmente as circulatórias e as neoplasias. Mas é muito importante, também, o conceito de comorbidade, isto é, a presença de mais de uma patologia por pessoa idosa. Podemos esperar em média de 4 a 5 patologias por indivíduo acima de 60 anos.

O DATASUS é o sistema de informações do SUS no qual estão no item Indicadores e Dados Básicos, os dados necessários para o diagnóstico da situação de saúde selecionados pelos critérios de:

- a) relevância para a compreensão da situação de saúde, suas causas e conseqüências;
- b) validade para orientar decisões de política e apoiar o controle social;
- c) identidade com processos de trabalho na gestão do SUS; e
- d) disponibilidade de fontes de dados: bases, sistemas ou estudos nacionais.

Estão disponíveis na internet dados desagregados por unidade geográfica, grupo etário, sexo e situação do domicílio, além de outras categorias em casos específicos. Desde 1998 os Indicadores e Dados Básicos são editados com os temas: mortalidade infantil, violência, saúde da mulher, saúde do idoso, saneamento e doenças crônicas.

O conteúdo conceitual de todo o processo está unificado em publicação específica usada como referência por instituições governamentais e acadêmicas interessadas na construção e análise de indicadores em saúde. A seguir, têm-se os indicadores do IDB que trazem informações sobre os idosos (Quadro 4):

INDICADORES DEMOGRÁFICOS
Taxa de crescimento da população - A.3
Proporção de idosos na população - A.14
Índice de envelhecimento - A.15
Razão de dependência - A.16
Mortalidade proporcional por idade - A.8
Taxa bruta de mortalidade - A.10
Esperança de vida ao nascer - A.11
Esperança de vida aos 60 anos de idade - A.12
INDICADORES SOCIOECONÔMICOS
Taxa de analfabetismo - B.1
Níveis de escolaridade - B.2
Produto Interno Bruto (PIB) per capita - B.3
Razão de renda - B.4
Proporção de pobres - B.5
Taxa de desemprego - B.6
Taxa de trabalho infantil - B.7

Quadro 4: Indicadores de Dados Básicos.

Fonte: Brasil, 2008.



Saiba Mais

Recomendamos como leitura adicional para orientação:

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, 2002.

Para informações demográficas e epidemiológicas sobre Santa Catarina: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Pacto de atenção básica: 2006**. Santa Catarina. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/pacto2006/pacsc.def>>. Acesso em: 13 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Informações de Saúde Santa Catarina**. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sc.htm>>. Acesso em: 11 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos – SC**. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?hiperdia/cnv/hdsc.def>>. Acesso em: 16 jan. 2010.



BRASIL. Ministério da Saúde. DST-aids. **Caso de aids identificados em Santa Catarina**. Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/sc.def>>. Acesso em: 19 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. **Vacinação contra a gripe de 25/04/2009 a 08/05/2009 Brasil**. Disponível em:

<http://pni.datasus.gov.br/consulta_gripe_vacinometro_09.asp>. Acesso em: 19 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Mortalidade: Santa Catarina**. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtsc.def>>. Acesso em: 18 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Atlas de mortalidade por câncer**. Disponível em:

<<http://mortalidade.inca.gov.br/?saude=http%3A%2F%2Fmortalidade.inca.gov.br&botaoook=OK&obj=http%3A%2F%2Fmortalidade.inca.gov.br>>. Acesso em: 18 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Alfabetização: Santa Catarina**. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/alfsc.def>>. Acesso em: 18 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: suplemento saúde – 2003**. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?pnad2003/pnad.def>>. Acesso em: 18 jan. 2010.

IBGE. **Indicadores de desenvolvimento sustentável**. Disponível em:

<[http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/ids/default.asp#2, indicadores de desenvolvimento sustentável](http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/ids/default.asp#2,indicadores%20de%20desenvolvimento%20sustentavel)>. Acesso em: 19 jan. 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você pôde estudar os indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde do idoso. Pôde perceber as inter-relações dos aspectos epidemiológicos e demográficos do envelhecimento no Brasil e em Santa Catarina com os sistemas de informação em saúde do idoso e suas implicações para a atenção em saúde. Tomou ciência da importância da Equipe de Saúde da Família utilizar os indicadores disponíveis para o planejamento de ações eficazes a este segmento populacional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações Para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: OPAS, 2008.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2005**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 14 jan.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento**. Madrid,: ONU, 2002.

UNIDADE 2

MÓDULO 8

2 PROGRAMAS, POLÍTICAS E PACTOS DE SAÚDE DO IDOSO NO BRASIL E NO MUNDO

O envelhecimento populacional tem sido amplamente reconhecido como uma das principais conquistas da sociedade no século XX. Este cenário aponta grandes desafios para as políticas públicas, principalmente as da área da saúde. No caso do Brasil, o acelerado processo de envelhecimento está ocorrendo em meio a uma conjuntura econômica que gera dúvidas sobre a expansão de mecanismos de proteção social para todos os grupos etários e, em especial, para os idosos.

Os programas sociais direcionados ao enfrentamento do processo de envelhecimento das populações dos países desenvolvidos começaram a ganhar expressão na década de 1970. Desde aquela época almejavam a manutenção do papel social dos idosos e/ou a sua reinserção, bem como a prevenção da perda de sua autonomia (CAMARANO; PASINATO, 2007).

A experiência individual e coletiva do envelhecimento não é homogênea. Por consequência, tem-se uma ampla diversidade de condição de vida e saúde das pessoas idosas. Tal realidade tem tido dupla interpretação. Uma é construída a partir de imagem da velhice como um problema, inexorável, e que não leva em conta diferenças sociais, econômicas e étnicas. A esta concepção de envelhecimento associa-se doença, incapacidade, desprazer, terminalidade.

A outra interpretação não dá tanta ênfase ao marcador cronológico, e rejeita estereótipos da velhice como um período de perdas, de situação de dependência, de doenças, de impossibilidade de vida prazerosa. Como consequência, no primeiro caso, a formulação de políticas públicas direciona-se ao apoio de um idoso doente, abandonado e carente de assistência. Já no segundo caso, a promoção das políticas de saúde dá ênfase a estratégias para a preservação da vida e da dignidade, na perspectiva de um envelhecer saudável, do exercício da cidadania e da responsabilidade ética (DEBERT, 2004).

2.1 Os Principais Marcos Institucionais Sobre Envelhecimento no Mundo

Desde os anos 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) busca divulgar o conceito de “envelhecimento ativo” no sentido de ampliar as formulações sobre envelhecimento, ainda muito restritas à área da saúde. Como fundamento para a formulação desse referencial, em 1999, divulgou o documento: a perspectiva do curso de vida na manutenção da independência no envelhecimento, chamando a

atenção para a necessidade de políticas públicas apropriadas que considerassem o envelhecimento e suas interconexões com fatores socioeconômicos e ambientais.

Na II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Madri, a OMS apresentou o documento Envelhecimento Ativo: uma política de saúde, com a intenção de discutir ações que promovam envelhecimento ativo e saudável. Nele, são abordadas questões acerca dos determinantes do envelhecimento ativo, dos desafios do envelhecimento populacional para o setor saúde, de uma proposta de política de ação intersetorial, sustentada pelos pilares Saúde, Participação e Segurança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Confira a seguir, na figura 5, os determinantes do envelhecimento ativo:

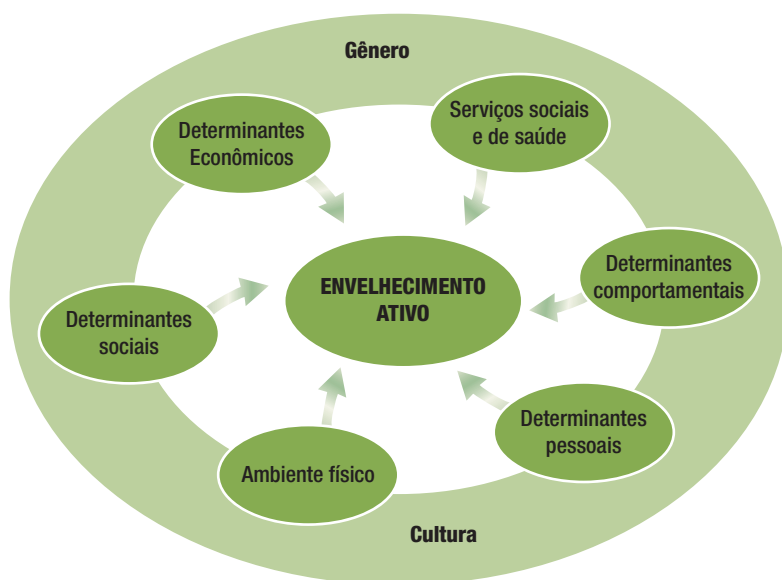


Figura 5: Determinantes do envelhecimento ativo.

Fonte: World Health Organization, 2005.



Saiba Mais

Para aprofundar este conhecimento, recomendamos a leitura do documento:

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2010.

2.2 Envelhecimento Ativo

Envelhecimento ativo deve ser entendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

Na abordagem do envelhecimento ativo, o planejamento das políticas, ações e serviços passam a ter uma abordagem baseada em direitos, reconhecidos como igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida, chamando os idosos a uma co-responsabilização pela sua condição de vida e saúde.

A existência nas cidades de um ambiente sócio-cultural de respeito à pessoa idosa e de reconhecimento do valor do envelhecimento saudável são pilares para o florescimento e a sustentabilidade de ações de saúde dirigidas a este segmento. Sob tal inspiração, a OMS lançou, em 2005, o Projeto Cidade Amiga do Idoso, levado a cabo em 33 grandes cidades nos cinco continentes, com vistas a gerar um guia identificador das características principais de cidades favoráveis aos idosos.

O relatório final foi a base para a disponibilização, em 1º de outubro de 2007, Dia Internacional do Idoso, do **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso**, ver figura 6 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

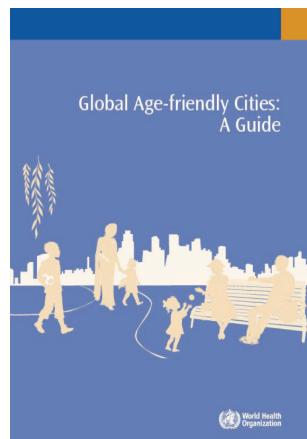


Figura 6: Guia global das cidades amigas do idoso.

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2008.



Saiba Mais

Para se informar sobre o assunto você poderá consultar a legislação referente ao Dia Nacional do Idoso, acessando:

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006. Dispõe sobre o Dia Nacional do Idoso. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11433.htm>. Acesso em: 29 jan. 2010.

Para ler na íntegra o Guia Global das Cidades Amigas do Idoso, você poderá acessar:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia global**: cidade amiga do idoso. Genebra, 2008. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/guia_cidade_amiga_do_idoso.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2010.



O Guia Global também poderá ser encontrado no link leituras complementares, disponível no AVEA.

Segundo este Guia, uma cidade amiga do idoso adapta suas estruturas e serviços para que sejam acessíveis e incluídas às pessoas idosas com diferentes necessidades e capacidades, o que estimula o envelhecimento ativo ao otimizar as oportunidades para saúde, participação e segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem. Trata-se de uma contribuição para que as comunidades possam se autoavaliar em oito categorias (espaços abertos e prédios, transporte, moradia, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde) e, a partir de tal diagnóstico, planejem e implementem ações que tornem mais amigáveis os lugares onde eles vivem, beneficiando a todos.

A Organização Mundial da Saúde tem reconhecido que a atenção prestada à pessoa ao longo do curso da vida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tem um papel determinante para um envelhecimento saudável. Indica, ainda, que essas unidades de saúde sejam amigáveis a todas as faixas etárias e aponta enfaticamente para que os referidos serviços sejam acolhedores e ajustados às necessidades dos idosos.

Segundo a OMS, a adequação das Unidades Básicas de Saúde à população idosa, guardadas as peculiaridades locais, deve atender a um conjunto de princípios estruturados em três eixos, que estão apresentados no quadro 7:

INFORMAÇÃO, ENSINO E FORMAÇÃO

A formação básica de todos os profissionais da saúde em atuação na UBS, nas principais competências da atenção ao idoso e nas práticas sensíveis a problemas culturais, etários e de gênero; a prestação de informações adequadas aos idosos e cuidadores sobre a promoção da saúde, tratamentos e medicação.

SISTEMAS DE GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Facilitar acesso e informações sobre o funcionamento da UBS e adaptar os procedimentos administrativos às pessoas idosas; apoiar a continuidade da assistência até o nível terciário, assegurando que em todos haja bons registros; assegurar participação dos idosos nas decisões sobre a organização da atenção básica.

ÂMBIENTE FÍSICO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Aplicar projeto arquitetônico adequado; assegurar transporte até a UBS; adotar projeto de sinalização compreensível aos idosos; identificar os profissionais de saúde; adotar pisos não derrapantes, móveis estáveis, passagens sem obstáculos e boa iluminação; manter instalações limpas e confortáveis.

Quadro 7: Adequação das Unidades Básicas de Saúde à população idosa.

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2004.



Saiba Mais

Conheça o instrumento age-friendly da OMS, disponível em:
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Towards age-friendly**: primary health care. Genebra, 2004. Disponível em: < <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592184.pdf> >. Acesso em: 11 fev. 2010.

2.3 Os Principais Marcos Institucionais Sobre Envelhecimento no Brasil

O Brasil é um dos países pioneiros na América Latina em formular políticas que incorporem questões relacionadas ao envelhecimento populacional. Como país signatário do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento, de 1982, passou a agregar o tema na agenda política, culminando com a presença do tema na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), no capítulo referente às questões sociais.

A introdução do conceito de seguridade social como uma rede de proteção, agora não mais associada ao contexto social-trabalhista, fez com que a população idosa também adquirisse direitos de cidadania. Foram estabelecidos princípios básicos como o da universalização, a equivalência de benefícios urbanos e rurais, a irredutibilidade do valor das prestações previdenciárias, a fixação do benefício mínimo em 1 salário mínimo, a descentralização, participação da comunidade, entre outros.

Lembre-se de que também foi universalizado o direito à saúde e à educação.

A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), foi a primeira a contar com um título — da Ordem Social. Neste, o Capítulo VII refere-se às questões da família, da criança, do adolescente e do idoso. Ressalta que o apoio aos idosos é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, os quais devem assegurar a sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar e garantir o seu direito à vida. Estabelece que os programas de cuidados aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares e amplia para todo o território nacional a gratuidade dos transportes coletivos urbanos para os maiores de 65 anos.

O período pós-1988 foi marcado por uma série de regulamentações do texto constitucional no que concerne às políticas setoriais de proteção aos idosos.

Especificamente na área da saúde, em 1994, foi aprovada a Lei n. 8.842 – a Política Nacional do Idoso (PNI) - um conjunto de ações governamentais para assegurar os direitos sociais dos idosos, tornando-os mais passíveis de operacionalização.

As principais diretrizes norteadoras da PNI consistiam em: incentivar e viabilizar formas alternativas de cooperação intergeracional; atuar junto às organizações da sociedade civil representativas dos interesses dos idosos com vistas à formulação - implementar e avaliar políticas, planos e projetos; priorizar o atendimento dos idosos em condição de vulnerabilidade por suas próprias famílias em detrimento ao atendimento asilar; promover a capacitação e a reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia; priorizar o atendimento do idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços; e fomentar a discussão e o desenvolvimento de estudos referentes à questão do envelhecimento (BRASIL, 1996).

Somente em 1999, o Ministério da Saúde elaborou a **Política Nacional de Saúde do Idoso**, por meio da Portaria n. 1.395 GM/MS (BRASIL, 1996), fundamentando-se no argumento de que eram altos os custos despendidos nos tratamentos oferecidos aos idosos no SUS, e que estes não proporcionavam respostas às reais necessidades de tal grupo populacional. Buscando reverter o enfoque do modelo assistencial à saúde, a política apresenta dois eixos orientadores: - medidas preventivas com especial destaque para a promoção da saúde; e - atendimento multidisciplinar específico para os idosos.

Em 2003, a edição do **Estatuto do Idoso** (Figura 8) contribuiu para a conscientização do direito dos idosos em relação às questões de saúde. O Estatuto regulamenta os direitos e as medidas de proteção asseguradas a maiores de 60 anos, contemplando as áreas de educação, saúde, habitação, transportes, e estabelecendo penalidades por infrações que violem seus direitos.

Saiba Mais

Veja o estatuto do idoso:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília, 2003.

Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf. Acesso em 22 jul. 2010.



Figura 8: Estatuto do idoso.

Fonte: Brasil, 2003.

Vale mencionar ainda a Portaria n. 73/01 da SEAS/MAPS (BRASIL, 2001), orientando o funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil; e a RDC n. 283/05, da ANVISA (ANVISA, 2005) aprovando Regulamento Técnico que, entre outras normas, exige um Plano de Atenção Integral à Saúde dos idosos residentes em instituições de longa permanência (ILPI).

No campo da gestão, a União busca uniformizar o compromisso dos gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Um marco no SUS é a Portaria 399, de 2006, que divulga o **Pacto pela Saúde e aprova suas Diretrizes Operacionais**. Na sessão **Pacto pela Vida**, ainda que a definição de prioridades deva ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, a Saúde do Idoso é uma das seis prioridades pactuadas (BRASIL, 2006c).

São apresentadas, neste campo, as seguintes ações estratégicas (Quadro 9):

CADERNETA DE SAÚDE

Com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.

MANUAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Guia de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na atenção básica, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.

ACOLHIMENTO

Reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.

ATENÇÃO DIFERENCIADA NA INTERNAÇÃO

Avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.

ATENÇÃO DOMICILIAR

Valorização do efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

Quadro 9: Ações estratégicas para a atenção à saúde do idoso.

Fonte: Brasil, 2006a.

No mesmo ano, e acompanhando as diretrizes do Pacto pela Saúde, foi relançada a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa** (Portaria n. 2.528 GM/MS). Esta política tem como finalidade:

recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2006a).

A política define que a atenção à saúde da pessoa idosa terá como via de acesso a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família, e como referência o restante da rede de serviços especializados e hospitalares.

O documento indica as diretrizes a serem seguidas nacionalmente em relação às questões de saúde dos idosos. São elas: - promoção do envelhecimento ativo e saudável; - atenção integral à saúde da pessoa idosa; - estímulo às ações intersetoriais; - provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da

pessoa idosa; - estímulo à participação e fortalecimento do controle social; - formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; - divulgação e informação sobre a PNSPI para trabalhadores do SUS; - promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; - apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas nesta área.

Como parte do Pacto, a Portaria n. 648 GM editou a nova **Política Nacional da Atenção Básica**, definindo a saúde do idoso e a saúde bucal como uma das áreas estratégicas para a atuação em saúde em todo o país. Outras ações que tangenciam a atenção ao idoso, como o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus e a promoção da saúde, também foram mencionadas (BRASIL, 2006b).

No sentido de operacionalizar a assistência ao idoso na atenção básica, foi publicado, em 2006, o Caderno de Atenção Básica nº 19, intitulado Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, reforçando o caráter interdisciplinar do cuidado à saúde do idoso, a atenção humanizada, o acompanhamento e apoio domiciliar, a diminuição das barreiras físicas e não físicas dos serviços de saúde, e a promoção de hábitos saudáveis. Além disso, seguindo o princípio da territorialização, as UBS e ESF devem ser responsáveis pela atenção à saúde de todos os idosos cadastrados na sua área de abrangência, inclusive os que residem em ILPI (públicas e privadas).

O quadro normativo, a alocação de recursos financeiros e a estrutura, operação, cobertura e abrangência dos serviços de saúde públicos são variáveis que possibilitam analisar e compreender o estado atual da condição de saúde da população. Apesar das garantias legais, crescimento dos recursos e expansão dos serviços, a implementação de políticas públicas que incluam o idoso nas ações de saúde é ainda incipiente para assegurar o comprometimento ativo público-estatal-governamental com o idoso e sua saúde e, assim, transformar a realidade epidemiológica. Para promover alterações nessa realidade, faz-se necessário desenvolver senso crítico, pesquisar e promover a adoção de novas práticas, construir estratégias diferenciadas, promover o envolvimento comunitário, integrar ações e mobilizar recursos, sempre na perspectiva do envelhecer ativamente.

Quanto mais espaços forem conquistados, quanto mais pessoas estiverem envolvidas e contagiadas pela prática da inclusão e maior for o estímulo para o desenvolvimento de uma consciência cidadã, mais a população estará deliberando sobre políticas públicas saudáveis e inclusivas, sobretudo com relação à pessoa idosa.



Acesse o Caderno nº 19 , disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta Unidade, você pôde estudar a evolução das políticas públicas em defesa da população idosa, enfocando principalmente aquelas relativas às questões da saúde deste grupo populacional. Pôde acompanhar como se consolidou o marco institucional sobre envelhecimento ativo e saudável, ao nível mundial, que passou a repercutir nacionalmente, com a incorporação de muitos de seus preceitos nas regulamentações que hoje em dia vigoram no país. Em especial, pôde revisar as políticas que orientam a atenção à saúde do idoso, no âmbito do SUS, e passou a conhecer uma série de documentos que servem para fundamentar as ações locais, a serem desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família, em prol da saúde e da melhoria da qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf>. Acesso em 22 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001. **Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Política nacional da pessoa idosa**. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1395/GM de 10 de dezembro de 1999. Política de saúde do idoso. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>>. Acesso em: 28 jul. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.sbgg-mg.org.br/files/Pol%C3%ADtica_Nacional_do_Idoso.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2010.

BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 41. ed. Atual e ampl. São Paulo: Saraiva, 2008.

ANVISA. Resolução Federal nº 283/2005/RDC/ANVISA. Disponível em: <<http://www.mp.go.gov.br/portaWeb/conteudo.jsp?page=11&pageLink=2&conteudo=noticia/55552220e46b3100537fad17b8774b46.html>>. Acesso em: 8 jul. 2010.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. de M. **Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina**. Rio de Janeiro: IPEA, 2007.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: EDUSP, 2004. 266 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Towards age-friendly**: primary health care. Genebra, 2004. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592184.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia global**: cidade amiga do idoso. Genebra, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2010.

UNIDADE 3

MÓDULO 8

3 PAPEL DOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES E AVALIAÇÃO DE RISCOS EM SAÚDE DO IDOSO

A prática profissional em Atenção Básica é mais influenciada pela visão de mundo do profissional de saúde do que por outra atividade específica qualquer. O foco nesse âmbito precisa concentrar-se, principalmente, em famílias e populações e não apenas nos indivíduos. Por exemplo, um profissional de saúde de uma Equipe de Saúde da Família deve abordar o planejamento da cobertura vacinal dos idosos de sua área, preocupando-se em saber qual a proporção da população de idosos da sua área de abrangência que se encontra imunizada, e não apenas perguntando individualmente ao idoso se ele já tomou suas vacinas este ano.

Desse modo, a atenção ao idoso na atenção básica concentra-se na construção de ambientes nos quais as pessoas possam viver e ser saudáveis: água potável, coleta segura de resíduos de todos os tipos, moradia adequada, alimento seguro e nutritivo, sistema de transporte adequado às necessidades, acesso aos serviços de saúde e educação, inclusive uma rede de apoio familiar e comunitário (MIYATA, et al 2005).

Argumenta-se que esta concepção, fundamentada na Vigilância em Saúde e nos determinantes de saúde, encontra na Estratégia Saúde da Família suas melhores potencialidades de operacionalização, contribuindo para as mudanças almejadas na atenção básica em saúde no Brasil. No entanto, a integração das práticas individuais e coletivas nos espaços de atuação das Equipes Saúde da Família ainda enfrenta obstáculos de natureza político-institucional, técnica-organizativa e de formação inicial e permanente. A superação de tais obstáculos requer decisão pessoal, profissional e político-institucional, nas diferentes esferas e instâncias que compõem o Sistema Único de Saúde.

3.1 Atribuições Comuns aos Profissionais da Equipe de Saúde da Família

Pensar na saúde do idoso à luz da integralidade direciona o processo de trabalho para a execução de ações integradas, baseadas no planejamento e na discussão das linhas de cuidado que serão desenvolvidos.

A seguir, apresentaremos as funções essenciais da Equipe de Saúde da Família com relação à saúde do idoso, discutindo formas de sua execução:

- a) Monitoramento, Avaliação e Análise das Condições de Saúde dos idosos de sua Área de Abrangência.

Para cumprir essa função, o primeiro passo é reunir a equipe e verificar como se encontra o registro do número de idosos (SIAB), acima de 60 anos, se há discriminação por sexo, e se o mesmo é atualizado mensalmente. Ademais, outros registros também são fundamentais, como a situação clínica, destacando as doenças mais prevalentes, o número de acamados por microárea, quantos idosos necessitam de um cuidador com dedicação total, e outros dados que a equipe julgar relevante.

O Programa para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB) vai auxiliar a equipe a realizar a programação das atividades e a acompanhar seu desenvolvimento em termos numéricos. As atividades propostas pelo programa são:

consulta médica;

consulta de enfermagem;

visita domiciliar ACS;

consulta médica domiciliar;

coleta de exames no domicílio;

consulta ou atendimento de enfermagem no domicílio;

visita domiciliar por profissional de nível médio;

atividade educativa na unidade;

atividade educativa na comunidade;

estímulo à atividade física;

visita domiciliar de orientação para a redução de acidentes e quedas;

encaminhamento para especialidade;

vacina contra influenza (> de 60 anos);

vacina contra pneumococos (grupos de risco > de 60 anos).

Destacamos que a questão da vacinação deve ser avaliada com relação a cobertura, pois esta deve conter no mínimo 80% de idosos vacinados.

Uma vez traçadas as estratégias de ação, será preciso elaborar propostas de avaliação dessas atividades, para que a equipe possa rever se sua forma de intervenção está sendo efetiva.

- b) Vigilância em Saúde, Pesquisa e Controle dos Fatores de Risco e Vulnerabilidade que Ameaçem à Saúde dos Idosos Sob Sua Responsabilidade.

Vamos inicialmente definir o entendimento de vulnerabilidade individual. Esta se encontra relacionada ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos [...], ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras (AYRES et al, 2003, p. 117).

A partir de tal entendimento, podemos inferir que, com o passar dos anos, individualmente as pessoas se tornam mais vulneráveis a uma série de situações, como: a biológica, já que com a idade avançada aumenta a probabilidade de aquisição de doenças e o risco de morte; a social, pois com o passar dos anos diminuem as possibilidades de acesso às informações, como os meios de comunicação, atividades culturais, poder de influenciar politicamente, e assim por diante; e a familiar, visto que com o passar dos anos é natural que as gerações ascendentes faleçam e as mais novas tendem a seguir suas vidas independentes, e o idoso venha a ficar apenas com este, ou sozinho quando o companheiro não está presente, o que também o torna vulnerável.

Em vista disso, no momento de planejar as atividades em cima dos fatores de risco, devemos ampliar nosso olhar para a situação de vulnerabilidade do idoso, e não nos atermos somente às questões biológicas, como a questão nutricional, de atividade física, de doenças, entre outras.

- c) Planejar, Executar e Avaliar Ações de Promoção à Saúde do Idoso.

Devemos destacar, com relação a este item, que o termo promoção da saúde tem um significado ampliado, sendo o seu foco a qualidade de vida, e não ações dirigidas a um grupo de risco para determinadas doenças. Qualquer ação que esteja

relacionada apenas às mudanças de estilo de vida individuais deverá ser considerada ação de prevenção e não de promoção da saúde, como, por exemplo, um grupo de idosos com hipertensão no qual a abordagem se concentra nas recomendações para uma alimentação saudável.

Pensar em promoção da saúde significa trabalhar inclusive com outros setores. Assim, o olhar da equipe deve ser para questões como alfabetização de idosos sem escolaridade, acesso a atividades culturais e de lazer, facilidade de se locomover e de acessar os meios de transporte do bairro, ter espaços públicos para se exercitar, e assim por diante.

- d) Exercitar e Estimular a Participação Social da Equipe e dos Idosos.

Este item de nada difere do papel da equipe com relação à participação social, como já trabalhado em outro momento.

- e) Avaliar e Promover o Acesso dos Idosos aos Serviços Públicos que Atendam às Suas Necessidades de Atenção em Saúde.

Este item está diretamente associado à questão do acolhimento pela equipe de saúde, uma vez que discutir acolhimento significa trabalhar com a facilitação de acessos, tanto geográficos, quanto econômicos, e funcionais.

- f) Planejar, Desenvolver e Avaliar Processos de Capacitação de Recursos Humanos em Saúde do Idoso.

Existem duas perspectivas com respeito a esta função. Primeiro, que você, como profissional de nível superior da área da saúde, está sendo especializado em Saúde da Família, ou seja, é um recurso humano sendo capacitado. A segunda é que, dentro de sua equipe, você possui um papel fundamental na educação continuada dos outros componentes, e essas atividades devem ser planejadas de forma sistemática, tentando-se trabalhar com temas que sejam relevantes. Exemplos de alguns temas: o idoso e seu cuidador, vacinação do idoso, detecção de violência contra o idoso, principais aspectos no acompanhamento da saúde do idoso, etc.

- g) Garantir a Qualidade dos Serviços Individuais e Coletivos Voltados Para a População Idosa.

Além destas funções, mais gerais aqui descritas, a Equipe Saúde da Família é responsável pelas atividades elencadas no módulo 2 (Saúde e Sociedade). Você lembra?

Recomenda-se acrescentar às funções essenciais apresentadas as recomendações especificadas no caderno de atenção básica do MS, como segue:

Atribuições Comuns a todos os Profissionais da Equipe

- a) Planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência;
- b) identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização;
- c) alimentar e analisar dados dos sistemas de informação em saúde - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros, para planejar, programar e avaliar as ações relativas à saúde da pessoa idosa;
- d) conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade;
- e) acolher as pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;
- f) prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal – ao longo do tempo;
- g) preencher, entregar e atualizar a caderneta de saúde da pessoa idosa, conforme manual de preenchimento específico;
- h) realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da pessoa idosa;
- i) desenvolver ações educativas referentes à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2006).

O desempenho das funções apontadas, tanto aqui como no Módulo 2, indica que as equipes devem desenvolver suas capacidades de propor alianças, no âmbito do setor saúde ou em ações intersetoriais, envolvendo as redes de apoio social e a articulação com as demais áreas de políticas públicas.

A concepção do trabalho em equipe pode ser entendida na perspectiva da “produção do cuidado” (MERHY, 2002), da “afirmação da vida” (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004) ou da “linha de cuidado” (CECCIM; FERLA, 2006), que tomam como referência o conceito de integralidade na sua tradução em práticas cuidadoras, buscando reinventar práticas de atenção à saúde, capazes de responder por uma concepção de saúde que não seja centrada apenas no tratamento das doenças, mas na inclusão de pessoas em rede de práticas cuidadoras em saúde e afirmação da vida.

Estudos têm demonstrado a ineficiência dos modelos tradicionais de assistência ao idoso e na concretização do ideal do envelhecimento bem sucedido.

A partir desta constatação, e em consonância com os fundamentos da Promoção da Saúde, é que se entende o fortalecimento do SUS e da ESF na consolidação de práticas de envelhecimento saudável e ativo. Embora ainda distante do desejado, as Unidades que operam na lógica da ESF se revelam mais adequadas para atenderem a população idosa do que as Unidades tradicionais.

As variáveis que contribuem para a perda da efetividade do cuidado para este grupo populacional são a desproporção entre a população a ser cuidada e o número de trabalhadores disponíveis, as barreiras arquitetônicas, a ausência de capacitação para as equipes, a pequena proporção de unidades com protocolos específicos e a baixa oferta de cuidados domiciliares. Em especial os idosos restritos ao domicílio se beneficiam das práticas de saúde realizadas no âmbito da ESF. A atenção qualificada da equipe multiprofissional, os *check ups* periódicos, a capacitação do cuidador do idoso restrito ao domicílio, são boas práticas de inclusão na atenção básica.

Importante enfatizar que, na perspectiva da produção de melhores práticas em saúde da família, o estabelecimento de ações de promoção do cuidado à saúde dos idosos extrapola o argumento cronológico e proporciona benefícios não somente aos idosos

de hoje, mas, principalmente, aos idosos do futuro. Além disso, a abordagem multigeracional e intergeracional traz novos construtos sobre a possibilidade de ser o núcleo familiar a base forte das relações sociais, de modo que o idoso é agente também de saúde de cada membro da família.



Saiba Mais

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política nacional da pessoa idosa**. Brasília, 2006.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você estudou sobre o papel dos membros da Equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do idoso. Pôde verificar que a prática fundamentada na Vigilância em Saúde e nos determinantes de saúde encontra na Estratégia Saúde da Família suas melhores potencialidades de operacionalização, contribuindo para as mudanças almejadas na atenção básica em saúde no Brasil. Para tanto, foram relacionadas as atribuições comuns aos profissionais da Equipe de Saúde da Família e apresentadas de forma sucinta as recomendações especificadas no caderno de atenção básica do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-39.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. (Cadernos de atenção básica, n. 19). (Disponível em: <<http://www.docstoc.com/docs/11603901/Caderno-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica---Envelhecimento-e-Sa%C3%BAde-da-Pessoa-Idosa---19>>. Acesso em: 28 jul. 2010.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 107-112

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N. et al. (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 346-390.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIYATA, D. F. et al. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 9, n. 2, p.135-140, maio/ago. 2005.

PARTE II

MÓDULO 8

UNIDADE 4

MÓDULO 8

4 VULNERABILIDADES LIGADAS À SAÚDE DO IDOSO

O Enfermeiro não tem possibilidade de interferir na herança genética de um idoso, mas ele está em uma posição privilegiada para desenvolver ações que promovam o bem-estar e previnam agravos à saúde dos idosos.

Nesta unidade, trataremos do idoso no que diz respeito a sua condição física e nutricional e como o Enfermeiro pode auxiliá-lo a realizar atividades físicas e seguir dietas indicadas à sua condição; ao correto uso de medicamentos, afinal, dados revelam que 1/3 dos idosos faz uso de medicações; a sua relação com a finitude e a morte (da sua perspectiva e de seus entes próximos), fatores que, se não bem trabalhados, podem impactar sua qualidade de vida; da análise da institucionalização, quando e como pode ser uma boa opção; e, finalmente, sobre as quedas físicas, as quais são frequentes nessa faixa etária.

Trataremos das quedas físicas dos idosos não só porque elas são muito frequentes nessa faixa etária, mas também porque interferem na saúde deles tendo em vista sua condição óssea. Quando graves, levam muito tempo para o idoso se recuperar. Aproveitando a temática dos traumas, discutiremos também a violência contra o idoso e apontaremos como o Enfermeiro pode identificá-la em seu trabalho e agir perante ela.

Esperamos evidenciar aspectos que tornam a saúde do idoso vulnerável, mostrando como o Enfermeiro pode auxiliá-lo a lidar com os mesmos e superá-los, ou minimizar seus efeitos.

4.1 Atividade Física e Nutrição

A promoção de ações que estimulem a realização de exercícios e de práticas lúdicas é um importante espaço para a ação do Enfermeiro. Os benefícios da atividade física são amplamente reconhecidos e incluem, além do fortalecimento da capacidade funcional, o crescente bem-estar e a integração social dos idosos.

No âmbito dos benefícios físicos, a literatura da área costuma mencionar a melhora da resistência cardiovascular, aumento do tônus muscular, maior flexibilidade articular, fortalecimento ósseo, perda de peso, melhora no perfil lipoproteico, aumento do metabolismo, melhor trânsito gastrointestinal, ganhos na qualidade do sono, entre outros.

É a capacidade de decisão¹ e comando do idoso sobre suas ações, de estabelecer e seguir suas próprias regras. No quadro de dependência funcional, o idoso revela a incapacidade de viver satisfatoriamente sem a ajuda de terceiros, por motivos de limitações físicas ou cognitivas.

O Enfermeiro, com a ajuda de um educador físico, quando disponível, planeja com o idoso um programa de exercícios que atenda às suas necessidades e tome em conta as suas limitações orgânicas, encorajando-o a preservar suas capacidades e aumentar a independência e a **autonomia**¹.

A persistência do idoso na realização de atividades físicas é influenciada por sua constatação frente aos resultados dos exercícios, pela ausência de efeitos indesejados (dores, desconfortos, piora nas funções diárias) e pela satisfação alcançada com a atividade.

A realização de atividades físicas precisa considerar, também, questões de segurança como: usar calçados e roupas adequados ao exercício, ingerir água em quantidade suficiente para suprir as suas necessidades hídricas, e evitar exercícios ao ar livre quando estiver muito quente ou muito frio. Oriente o idoso a buscar ajuda nos casos em que perceba qualquer reação diferente da habitual.

Quanto à nutrição, as necessidades dos idosos são influenciadas pelo seu nível de atividades e por suas condições clínicas, além, é claro, da influência dos seus hábitos e costumes familiares, étnicos e culturais no padrão alimentar. Muitas vezes, somam-se a estas questões, outras referentes ao acesso do idoso aos alimentos, também moduladas por restrições financeiras e pela capacidade física para o preparo das refeições.

A orientação e o acompanhamento por profissional da nutrição são fatores importantes para a determinação das necessidades de ingestão de alimentos de um idoso. No entanto, a contribuição das observações do Enfermeiro pode ajudar a detectar limitações cotidianas como dificuldades para mastigar, o esquecimento do idoso sobre quando comer ou sobre como preparar um alimento. Também cabe ao Enfermeiro estar atento às queixas dos idosos relacionadas a problemas bucais que possam estar interferindo na adequada ingestão de alimentos.

4.2 Uso de Medicamentos e Suas Implicações

Cerca de um terço dos idosos utiliza diariamente algum tipo de medicamento. Estes medicamentos podem ser prescritos ou não, sendo que muitos fazem uso de mais de um tipo de medicamento,

como cardiovasculares, anti-hipertensivos, analgésicos, sedativos, laxantes, antiácidos, antidepressivos, etc. O uso concomitante de vários medicamentos aumenta o risco de reações adversas e diminui os seus níveis de segurança, pois pode ocorrer a troca de suas dosagens e de seus horários de ingestão, ou anulação de um medicamento sobre os efeitos do outro.

Embora, em algumas situações, seja indicado o uso por parte de um idoso de múltiplos medicamentos, pela presença de condições agudas e crônicas de adoecimento, uma revisão periódica, criteriosa e completa de todas as medicações em uso é importante.

Na revisão do uso de medicamentos, o Enfermeiro deve avaliar os benefícios da terapia medicamentosa, os riscos de reações adversas e de interações medicamentosas, considerando também o risco para reações que afetem o equilíbrio, a mobilidade, que causem tonturas, quedas, constipação, incontinência urinária, certificando-se acerca de menores riscos e maiores benefícios da terapia utilizada (POTTER, PERRY, 2005). Neste sentido, o trabalho integrado da Equipe de Saúde e a troca de informações com o profissional médico podem auxiliar na tomada de decisão sobre como manter o rol de medicamentos adequado às necessidades do idoso, com menor prejuízo possível.

A administração de terapia medicamentosa é um fator relevante para manter um idoso saudável, mas possui, também, riscos significativos por envolver habilidades complexas. O Enfermeiro pode atuar de forma colaborativa com os idosos garantindo a sua segurança e o uso apropriado dos medicamentos, ensinando formas alternativas de reconhecer o nome dos fármacos e o modo de ingerir os medicamentos, utilizando como referência símbolos e práticas do cotidiano do idoso para facilitar, por exemplo, a memorização do horário do medicamento.

As estratégias educativas que podem ser empregadas pelo Enfermeiro junto aos idosos em relação à administração de terapia medicamentosa incluem a checagem do uso correto dos remédios no dia a dia (doses e horários), a organização dos medicamentos, a elaboração de mecanismos que auxiliem na identificação (ex. redefinição de embalagens), a disponibilização da informação sobre posologia de maneira a facilitar a visualização, o estímulo à ajuda dos familiares neste controle, a orientação sobre os efeitos dos

medicamentos, bem como suas interações com os alimentos e com outros medicamentos.



Na Prática

No caso do uso de medicamentos que interfiram nos níveis de consciência, na capacidade de concentração do idoso, os cuidados precisam ser redobrados, uma vez que podem deixar o paciente confuso e os riscos para sua segurança serão maiores.

Ainda vale enfatizar que muitos medicamentos possuem como efeito colateral repercussões na cavidade bucal do idoso. A situação mais frequente é a redução do fluxo salivar (hipossalivação) acompanhada ou não da sensação de boca seca (xerostomia). Ambos os agravos prejudicam a saúde bucal do idoso, aumentando o risco de desenvolvimento da cárie dentária, doenças da gengiva e dificuldade no uso de próteses dentárias, além do desconforto bucal. O Enfermeiro deve ficar atento a tais questões e também evidenciá-las para que, no processo de trabalho em equipe, isso seja considerado objeto de atenção do cirurgião-dentista, num trabalho articulado entre os membros da equipe.

4.3 As Quedas

As **quedas** são uma preocupação quanto à segurança entre muitos idosos. A queda pode ser definida como “um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial” (MOURA et al,1999, p.18). Para Cunha e Guimarães (1989), a queda se dá em decorrência da perda total do equilíbrio postural, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura.

Alguns autores referem-se à queda como uma síndrome geriátrica. Pessoas de todas as idades apresentam risco de sofrer queda. Porém, para os idosos, elas possuem um significado muito relevante, pois podem levá-lo à incapacidade, injúria e morte. Um episódio de queda pode levar o idoso a sentir medo de que esta se repita, fazendo com que ele deixe de realizar suas atividades usuais e limite sua independência. Muitas vezes, o resultado é a hospitalização e a transferência para uma instituição de longa permanência para a reabilitação por longos períodos. O custo social é imenso e torna-

se maior quando o idoso tem diminuição da autonomia e da independência ou passa a necessitar de institucionalização.

Nos serviços de emergência norte-americanos, as quedas em idosos são eventos frequentes, causando lesões, constituindo a principal etiologia de morte acidental em pessoas com idade acima de 65 anos (FULLER, 2000).

No Brasil, segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o número de óbitos por queda, considerando o registro do CID-BR-10, entre pessoas com 60 anos ou mais, em 2007, alcançou 4.959. Embora, proporcionalmente, este número pareça pequeno (0,03%), é preocupante que idosos venham a óbito exclusivamente pelo fato de terem sofrido episódio de queda.

Em estudo realizado por Fabrício; Rodrigues; Costa Júnior (2004) com idosos que sofreram queda e foram atendidos em nível hospitalar, em Ribeirão Preto, constatou-se que a maioria já havia sofrido quedas anteriores. Metade dos idosos pertencia à faixa etária de 80-89 anos. O estudo mostrou também que boa parte das quedas apresentou como causa um ambiente inadequado (54%), seguida por doenças neurológicas (14%) e doenças cardiovasculares (10%). A maioria das quedas foi da própria altura e relacionadas a problemas com ambiente do idoso, tais como: piso escorregadio (26%), atrapalhar-se com objetos no chão (22%), trombar em outras pessoas (11%), subir em objetos para alcançar algo (7%), queda da cama (7%), problemas com degrau (7%) e outros, em menores números.

Tais dados estão de acordo com os apresentados por Eliopoulos (2005), que destaca como fatores de risco para as quedas uma combinação de perigos ambientais e problemas de saúde. Entre os fatores que levam à queda e que estão associados à saúde, salientamos: diminuição da acuidade visual, problemas cardiovasculares como hipotensão postural ou síncope, condições que afetam a mobilidade como artrites, fraqueza muscular, problemas nos pés, falta de equilíbrio, incontinência urinária e reações adversas aos medicamentos. Dentre os perigos ambientais que propiciam as quedas, estão a pouca iluminação ou tipo de iluminação inadequada, piso molhado ou escorregadio, escadas ou calçadas em mau estado, calçados inadequados, e objetos no chão, nos quais o idoso possa tropeçar.

As intervenções do Enfermeiro em relação a esse problema direcionam-se ao gerenciamento das condições de saúde e à redução dos riscos ambientais. Algumas vezes, intervenções simples na organização da mobília para propiciar uma passagem livre até o banheiro ou manter uma luz acesa à noite podem reduzir consideravelmente o risco de quedas no ambiente doméstico. Hoje, pode-se lançar mão de uma variedade

de equipamentos de segurança, como pisos antiderrapantes, barras de sustentação, apoios para os sanitários, bengalas, andadores, todos com a finalidade de oferecer proteção ao idoso.



Saiba Mais

A sua equipe pode intervir em grande parte dos fatores de risco com relação às quedas. Discuta os dados e as recomendações em relação à prevenção de quedas apresentados no Caderno de Atenção Básica n. 19: Envelhecimento e Saúde do Idoso, do Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**: cadernos de atenção básica n. 19. Brasília, 2006. 192 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2010.

4.4 A Violência Contra o Idoso

Além das quedas, outro relevante fator de vulnerabilidade a que se encontra exposto o idoso é a **violência**. A violência, também denominada de “maus-tratos”, conforme Minayo (2003), precisa ser vista sob, pelo menos, três parâmetros: demográfico, sócio-antropológico e epidemiológico.

Deve-se considerar o recente interesse sobre o tema, vinculado ao acelerado crescimento nas proporções de idosos em quase todos os países do mundo. Esse fenômeno quantitativo repercute nas formas de visibilidade social do referido grupo etário e na expressão de suas necessidades.

A Rede Internacional para Prevenção dos Maus Tratos contra a Pessoa Idosa define a violência contra esse grupo etário como “o ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano físico ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança” (BRASIL, 2006, p. 43).

A violência contra idosos se manifesta de diferentes formas, podendo ser:

- a) **estrutural:** a que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas expressões da pobreza, da miséria e da discriminação;
- b) **interpessoal:** a que ocorre nas relações cotidianas;
- c) **institucional:** aplicação ou omissão da gestão das políticas sociais e pelas instituições de assistência (BRASIL, 2006).

No âmbito das instituições de assistência social e saúde, são frequentes as denúncias de maus-tratos e negligência. São preocupantes as situações de abuso e negligência no interior dos próprios lares, onde o choque de gerações, problemas de espaço físico, dificuldades financeiras costumam se somar a um imaginário social que considera a velhice como “decadência” (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2002, apud MINAYO, 2003).

Em uma investigação com o objetivo de compreender a situação de violência que grande parte dos idosos brasileiros vivenciam, Minayo (2003) explorou os dados sobre morbidade e mortalidade por violência, no período de 1980 a 1998, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do MS e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e realizou revisão bibliográfica acerca da temática nas bases MEDLINE, LILACS E CLAVES, na década de 90.

Os resultados da investigação apontaram para a convergência entre as causas externas específicas de mortalidade de idosos, e os motivos de internação por maus-tratos e as expressões de violência, muito mais amplas, difusas, naturalizadas e reproduzidas na cotidianidade das relações sociais no interior das famílias, nas instituições e em diferentes contextos sociais. Mortes no trânsito (primeira causa específica de morte) e quedas (primeira causa específica de internação) resultam, na maioria das vezes, de negligências, omissões e maus-tratos.

É importante ressaltar, também, a universalidade do problema e sua dimensão histórica, presente nas sociedades complexas e contemporâneas e nas comunidades primitivas, como se evidenciou neste texto (MINAYO, 2003). A autora chama a atenção para a necessidade de que as políticas de prevenção e atenção à violência contra os idosos considerem as diferentes formas de configuração do problema. Defende a formulação de políticas públicas que redefinam positivamente o lugar do idoso na sociedade e privilegiem o cuidado, a proteção e sua subjetividade, tanto em suas famílias como em instituições de longa permanência.

Souza, Freitas e Queiroz (2007) analisaram informações sobre violência contra idosos em serviços que proporcionam um espaço para a

população receber orientações, denunciar violências vivenciadas por idosos e, ainda, esclarecer dúvidas relacionadas ao Estatuto do Idoso, da cidade de Fortaleza (CE). Foram avaliados 424 processos investigativos, referentes ao ano de 2005. Das informações constantes nos processos, 284 tratavam do abandono de idosos por seus familiares; 285 envolviam idosos do sexo feminino. No que diz respeito ao autor da agressão contra o idoso, observaram que os filhos são os principais reclamados, sendo responsáveis por 207 denúncias de violência, seguidos de outros parentes. Os familiares foram os autores de 132 denúncias e 85 eram provenientes de órgão públicos.

A violência intrafamiliar, importante representação da violência interpessoal, é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Violência intrafamiliar é aquela que acontece dentro da família, em casa ou fora dela, ou seja, nas relações entre os membros da comunidade familiar, formada por vínculos de parentesco natural (pai, mãe, filha/filho etc.) ou civil (marido/esposa, nora/genro ou outros), por afinidade (por exemplo, o primo ou parente do marido/da esposa) ou afetividade (amigo ou amiga que more na mesma casa) (BRASIL, 2006).

É importante o acompanhamento das famílias dos idosos pela Equipe de Saúde da Família, especialmente pela Enfermeira, pois evidenciam que é no contexto familiar que as agressões contra os idosos são praticadas, em geral, pelos filhos homens. Estes e os cônjuges são responsáveis por 2/3 dos casos de maus-tratos no cenário doméstico.

A proximidade e o vínculo da equipe de saúde com a família podem contribuir na identificação das várias formas e diferentes graus de severidade da violência intrafamiliar.

As diversas formas de violência contra idosos não se produzem isoladamente, mas fazem parte de uma sequência crescente de episódios nos quais o homicídio é a manifestação mais extrema. Existem condições particulares, individuais, familiares ou coletivas, que aumentam o risco de ocorrência de violência intrafamiliar. A pessoa idosa torna-se mais vulnerável à violência na medida em que apresenta maior dependência. O convívio familiar estressante e cuidadores despreparados ou sobrecarregados tendem a agravar essa situação.

A Constituição Federal de 1988 afirma como obrigação dos filhos a assistência aos pais. No entanto, estudos realizados pelo Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, com base nas ocorrências registradas pela Delegacia de Proteção ao Idoso de São Paulo em 2000, revelaram que 39,6% dos agressores são filhos das vítimas, 20,30% seus vizinhos e 9,3% outros familiares (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

Os mecanismos implicados com o surgimento e a permanência da situação de violência entre as famílias brasileiras são uma questão ainda a se solucionar. Sabe-se que, em muitos casos, o agressor não é punido rigorosamente e o reclamante pode sentir-se exposto a reações violentas por parte dos denunciados. A maioria das ocorrências de violência contra idosos é revelada por denúncias anônimas, principalmente, por telefone.



Na Prática

Uma dificuldade encontrada pelo Enfermeiro e pelos demais profissionais da saúde no manejo da violência contra os idosos, e também com relação a outros tipos de violências, é a precariedade em sua formação profissional para a realização do diagnóstico e a abordagem deste problema. Tal deficiência na formação do profissional de saúde contrasta com a percepção de que a violência é um problema social de grande dimensão que afeta toda a sociedade, atingindo, especialmente, e de forma continuada, mulheres, crianças, adolescentes, pessoas idosas e portadores de deficiência.

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**².

É importante, para que as equipes de saúde da família possam identificar as várias formas de violência, que sejam criados espaços de reflexão e capacitação sobre esse tema nos serviços de saúde e nas demais instituições situadas na área de atuação da equipe.

Cabe às equipes a identificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência, notificando-os, bem como a promoção de ações de prevenção dessas violências, por meio de educação em saúde com

² Esta ficha encontra-se disponível no Anexo 15 do Caderno de Atenção Básica n.º 19 do Ministério da Saúde.

os familiares e estimulando uma rede de proteção à pessoa idosa. É também, um de seus papéis, fomentar a cultura da paz e a promoção da saúde, estimulando hábitos e comportamentos saudáveis, como também propor estratégias intersetoriais que busquem ambientes e entornos seguros e saudáveis.

4.5 A Finitude e a Perspectiva da Morte

Outro aspecto importante na atenção à saúde do idoso é a perspectiva da morte, que é parte da vida de todos nós e, mais intensamente, da história de vida dos idosos. Aos 75 anos de idade, 63% das mulheres experienciaram a morte de seus cônjuges e 20% dos homens perderam suas esposas (ELIOPOULOS, 2005).

A experiência de perder familiares e amigos, muitas vezes, provoca o medo da morte nas pessoas mais velhas. Este medo tem características multidimensionais e a religiosidade constitui-se em um ponto de apoio externo significativo. Fatores como a etnia, o sexo, a idade e o status socioeconômico influenciam o controle que os indivíduos são capazes de manter sobre o medo da morte, sua ou do outro (POTTER; PERRY, 2005).

É interessante destacar que, embora a morte seja uma experiência inevitável em nossas vidas, ela é, também, a etapa que mais relutamos em aceitar. A dificuldade vivida por todos nós no enfrentamento das experiências de finitude e morte exige do Enfermeiro um aprendizado sobre como lidar com esse processo, desenvolvendo habilidades no manejo da complexa vivência dos indivíduos à morte, seus familiares, amigos e demais envolvidos, inclusive a própria equipe de saúde. O Enfermeiro precisa desenvolver um misto de sensibilidade, visão e conhecimentos que lhe permita compreender as necessidades de cuidado e definir as intervenções eficazes para os problemas identificados.

O envolvimento pessoal e profissional com os processos de nascimento e morte está relacionado com nossa própria história de vida, sobretudo, com as experiências da família com a morte no passado, e no presente. Os sentimentos e as atitudes em relação ao processo de viver, os significados atribuídos à morte em nossa cultura, as crenças religiosas e/ou espirituais, a nossa filosofia de vida, a idade e o estado de saúde das pessoas, enfim, são múltiplos e complexos os aspectos que afetam o processo de morte.



Na Prática

O Enfermeiro na atenção básica precisa investigar, cuidadosamente, as crenças e os valores da família do idoso sobre o processo de morrer, conhecendo experiências anteriores, discutindo com a família as necessidades de apoio espiritual, psicológico e outros que possam auxiliar na vivência do luto pelas perdas. O vínculo desse profissional com a família deve ser tal que lhe possibilite se mostrar disponível e próximo para proporcionar o apoio à família.

Os desejos pessoais dos familiares precisam ser respeitados. Deve-se ter cuidado para não julgar as reações da família com base em suas próprias crenças e valores. É importante encorajar os familiares e amigos a expressarem seus sentimentos de luto e de tristeza abertamente, pois isto pode ajudar a superar os sofrimentos em relação à morte. Precisa-se ficar atento aos familiares no período pós-morte, estudos demonstram índices mais elevados de mortalidade durante o primeiro ano de viuvez, por exemplo. Assim, as intervenções de enfermagem neste período devem considerar as ameaças potenciais ao indivíduo enlutado, buscando articulação com redes de apoio familiar e social (visita de um membro da igreja, uma assistente social, etc.) que possam acompanhar as semanas subsequentes à morte, evitando que as emoções negativas provoquem adoecimento ou agravem problemas já instalados.

A equipe de saúde deve ser encorajada a expressar seus próprios sentimentos sobre a morte. Discuta com sua equipe os fatores que fazem com que as pessoas tenham dificuldades para falar sobre a morte e de discutir com os idosos seus sentimentos sobre a sua morte, e dos familiares e amigos.

4.6 Idosos Vivendo em Locais de Cuidados Contínuos

O Enfermeiro que atua na Equipe de Saúde da Família não atuará diretamente no cuidado aos idosos abrigados em instituições de cuidados contínuos, no entanto, é importante que tenha condições de auxiliar a família do idoso em suas decisões sobre a necessidade

deste tipo de instituição de cuidado e sobre o processo de avaliação das condições oferecidas pelas mesmas.

A decisão familiar a respeito deste tipo de necessidade costuma ser muito traumática e a orientação profissional é fundamental para minimizar os sentimentos de culpa e frustrações quando a institucionalização torna-se inevitável. Assim, quando o idoso precisa de cuidado intensivo para realizar suas necessidades básicas de conforto, nutrição, hidratação, segurança e integridade da pele, frente à impossibilidade de um familiar com dedicação capaz de atender tais necessidades, as instituições de cuidado contínuo podem ser uma opção mais segura e adequada.

O critério definidor para a internação do idoso em uma instituição de cuidado contínuo, normalmente, depende da relação entre a necessidade de cuidados intensivos do idoso e a capacidade familiar de oferecer tais cuidados.

As instituições de cuidado contínuo ou de longa permanência já foram consideradas como espaços inadequados para as práticas de cuidado. Atualmente têm sido revistas como ambientes complexos e dinâmicos, oferecendo unidades de cuidado subagudo, onde disponibilizam cuidados de ventilação, hiperalimentação e outros serviços, antes restritos aos ambientes hospitalares. Alguns destes serviços, aliás, estão vinculados física e organizativamente a hospitais, funcionando, algumas vezes, como hospital-dia.

O Enfermeiro poderá orientar a família em relação aos fatores que devem ser avaliados para a definição da instituição onde o idoso será cuidado, incluindo: a análise dos custos, da filosofia de cuidado da instituição, da estrutura organizacional, dos serviços disponibilizados, da qualificação e quantitativo da equipe, das instalações físicas oferecidas aos idosos residentes, da qualidade dos alimentos servidos, das atividades existentes e do próprio espaço de participação dos familiares na política institucional.



Para maiores informações sobre as normas de funcionamento de Instituições de Longa Permanência no Brasil, sugerimos as seguintes leituras:

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº 73 de 10 de maio de 2001. **Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 set. 2005.

SÍNTESE DA UNIDADE

Vimos, nesta unidade, aspectos importantes sobre as vulnerabilidades ligadas à saúde do idoso, a realização de atividades físicas, orientações para uma boa nutrição e para a utilização racional e segura de medicamentos. Também abordamos outros fatores que podem interferir na saúde do idoso, como as situações de violência e o medo da morte. Além disso, buscamos conhecer um pouco mais sobre as instituições de cuidado contínuo, especialmente, quando e como a internação poderá ser uma opção para o cuidado do idoso. Esperamos ter evidenciado a importância de conhecer a realidade dos idosos de sua área, observando as dificuldades e as potencialidades dessa população em relação ao estado favorável de saúde, para que possa planejar ações de cuidado que respondam às necessidades do idoso, de sua família e da comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. 192 p. Cadernos de atenção básica n. 19. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad19.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2010.

CUNHA, U. G de V.; GUIMARÃES, R. M. Sinais e sintomas do aparelho locomotor. In: GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. de V. **Sinais e sintomas em geriatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 1989. p. 141-54.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. P.; COSTA JÚNIOR, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, fev. 2004.

FULLER, G. F. Falls in the elderly. **American Family Physician**, v. 61, n. 7, p. 2159-2168, 2000.

MINAYO, M. C. de S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 783-791, maio/jun. 2003.

MOURA R. N. et al. Quedas em idosos: fatores de risco associados. **Gerontologia**, v, 7, n. 2, p. 15-21, 1999.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. v. 1.

SOUZA, J. A. V. de; FREITAS, M. C. de; QUEIROZ, T. A. de. Violência contra idosos: análise documental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, maio/jun. 2007.

UNIDADE 5

MÓDULO 8

5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM À SAÚDE DO IDOSO

Ao iniciarmos esta Unidade que aborda as ações de cuidado de enfermagem aos idosos, salientamos novamente a importância de os Enfermeiros avaliarem suas atitudes em relação aos idosos, suas concepções acerca de seu próprio envelhecimento e também de seus familiares e amigos. Atitudes positivas, baseadas em uma avaliação realística das características e das necessidades de cuidados de enfermagem dos idosos, criam oportunidades para seu envolvimento nas decisões sobre seus cuidados e atividades.

Destacaremos a relevância do conjunto essencial de dados, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para a atenção à saúde do idoso.

Diante da diversidade de sistemas de terminologia de assistência de enfermagem, apresentamos a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem – CIPE®, desenvolvida pelos países membros do Conselho Internacional de Enfermeiros – CIE, por entendermos que este sistema possibilita o exercício da comparação internacional e se constitui em uma base para a Enfermagem com base em evidências.

Considerando que o Enfermeiro, desde sua formação, já desenvolve as competências para o cuidado nas situações patológicas do envelhecimento, enfatizaremos aqui os aspectos relacionados à preservação da capacidade funcional do idoso, sua autonomia e independência.

5.1 Avaliação das Necessidades de Cuidado de Enfermagem dos Idosos

Os Enfermeiros têm demonstrado interesse nos cuidados com os idosos, em muitos cenários, pois parecem ter assumido mais responsabilidades em relação a este segmento da população do que outros profissionais da saúde. A prova disto é que, nas últimas décadas do século XX, a enfermagem gerontológica se ampliou com o número crescente de cursos de especialização e com o crescimento exponencial das publicações em periódicos indexados.

Registra-se uma conscientização dos profissionais da saúde em geral, e da enfermagem em particular, sobre a complexidade do cuidado de enfermagem direcionado aos idosos, envolvendo a diversidade cultural, estilos de vida, situações socioeconômica e familiar dos idosos, além das múltiplas condições de saúde/doença (ELIOPOULOS, 2005).

Os dados epidemiológicos apontam o crescimento da população de idosos e indicam a necessidade urgente de que os profissionais de saúde discutam estratégias capazes de produzir um envelhecimento saudável, que considere a complexidade que envolve o processo de envelhecer e as necessidades que cada ser humano demanda neste ciclo de seu viver.

A prática de cuidados às pessoas idosas, segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação dos fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual estes estão inseridos. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica.

As intervenções devem ser orientadas com vistas à promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Grupos de ajuda mútua de pessoas que cuidam devem ser estimulados, visando ao suporte às famílias e cuidadores e à troca de experiências e informações.

A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também fazem parte da avaliação sistemática de auxílio aos idosos, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam.

Salgado (1980, p. 23) conceitua a gerontologia como “o estudo do processo de envelhecimento com base nos conhecimentos oriundos das ciências biológicas psicocomportamentais e sociais”. O mesmo autor propõe a existência de duas áreas: a Geriatria que aborda as doenças do envelhecimento e a Gerontologia social, estudando os processos referentes às interações sociais dos idosos.

Nesta perspectiva de um cuidado complexo, a enfermagem gerontológica pode ser compreendida como:

O estudo científico do cuidado de enfermagem ao idoso, caracterizado como ciência aplicada, com o propósito de utilizar os conhecimentos do processo de envelhecimento, para o planejamento da assistência de enfermagem e dos serviços que melhor atendam à promoção da saúde, à longevidade, à independência e ao nível mais alto possível de funcionalidade do idoso (Gunter; Miller apud DUARTE, 1997, p. 223).

Para Eliopoulos (2005), a enfermagem gerontológica desenvolve o cuidado da pessoa idosa e enfatiza a promoção da autonomia e da qualidade de vida e de saúde no mais alto nível possível. Já a enfermagem geriátrica concentra-se no atendimento ao idoso enfermo.

A enfermagem gerontológica desenvolve abordagens criativas na identificação e na valorização das potencialidades dos idosos. Ao realizar uma avaliação compreensiva, busca as informações sobre as forças, recursos e limitações dos idosos. O Enfermeiro e o idoso devem identificar as necessidades e os problemas para, em seguida, selecionarem as intervenções que possam restabelecer o ambiente de bem-estar imprescindível ao processo de viver e ser saudável dos idosos.

A atenção integral à saúde do idoso é alcançada por meio do Processo de Enfermagem e da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) como princípios orientadores da prática de enfermagem gerontológica.

5.2 A Família Como Foco no Cuidado ao Idoso

Na atenção de enfermagem ao idoso, a proposta de cuidado, tendo a família como foco, assume grande importância. Neste sentido, destacamos que, há mais de três décadas, diferentes disciplinas, como a sociologia, a antropologia, a história, entre outras, têm construído um corpo de conhecimentos sobre famílias. Na enfermagem, e na área da saúde, o interesse pela temática tem crescido desde os anos 80, intensificando-se após a implantação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil.

Assim, ao iniciarmos as discussões sobre o processo de cuidar de idosos, o fazemos no marco de referência do cuidado profissional à família, tendo-se como pressuposto o desafio que consiste em compreender que a família, hoje, é percebida e conceituada de diferentes formas, porém mantendo elementos comuns, tais como, interação, papéis e funções (SOUZA et al, 2008). Cuidar de famílias, nas múltiplas situações de vida, portanto, exige que os profissionais dominem, além dos conhecimentos clínicos, o manejo do referencial adequado à situação de vida da família em dado momento.

Procure resgatar o que aprendeu no eixo 1 sobre a família e de como o idoso está inserido na mesma. Procure conhecer o que pensam as famílias de sua área a este respeito. Questione os familiares sobre como o idoso participa da vida familiar. Provavelmente, você vai encontrar respostas diversificadas.

É importante respeitar e valorizar o que é família e quem faz parte dela, mesmo quando as suas concepções forem diferentes das nossas (SOUZA et al, 2008). É no bojo das concepções de família das pessoas das quais cuidamos que encontraremos elementos que valorizem as potências familiares para um viver saudável e que possibilite:

- a) evolução da família no ciclo vital, realizando suas tarefas, desempenhando os papéis esperados de uma unidade familiar, pautando-se na capacidade de aprender, na flexibilidade e na adaptação; e
- b) manutenção da estrutura e a funcionalidade da família, construindo estratégias de enfrentamento das dificuldades e crises, aprimorando as interações, os processos de comunicação e afetividade compatíveis com as necessidades de seus membros, incluindo os idosos.

Embora, usualmente, a demanda ou a necessidade de cuidado da família se expresse por alguma situação de saúde, é preciso ir mais além. A enfermagem deve propiciar que a família faça narrativas nas quais entremeie dados de sua história e da situação atual. Instrumentos como genograma e ecomapa são valiosos. No genograma, identificamos a composição familiar, o número de membros, suas idades e a situação dos relacionamentos (separação, morte, adoção, reconstituição de casais). No ecomapa, é possível identificar alianças, rupturas, redes e apoios sociais (PEREIRA et al, 2009). Devemos atentar para a inserção dos membros idosos da família e sua dinâmica nestes instrumentos.

O Enfermeiro também deve buscar reconhecer os valores, crenças e mitos presentes no contexto familiar para que isso não atrapalhe ou impeça o cuidado ao idoso. Na maioria das vezes, não existe certo ou errado, mas o diferente. O Enfermeiro dará contribuições significativas se oferecer à família do idoso uma perspectiva nova, uma identificação não preconceituosa de seus problemas. Além disso, muitas vezes, o que se mostra tem causas veladas ou não reconhecidas como gênese de problemas.

Alguns dos recursos que a família utiliza, ou poderá utilizar, para retomar ou manter a saúde familiar são:

- a) a convivência com parentes, vizinhos, filhos distantes, amigos;
- b) o cultivo do humor, da religiosidade;
- c) o desenvolvimento de talentos, hobbies, atividades físicas, entre outros;
- d) o vínculo com o sistema de saúde.

Avaliar junto com a família os recursos que esta disponibiliza para seu bem-estar pode ser uma valiosa ajuda profissional a fim de que venha a viver melhor. Os Enfermeiros e demais profissionais, no entanto, devem evitar o senso comum ou manter-se no mesmo patamar de reconhecimento de problemas e necessidades já efetuado pela família.

Os dados da família podem chegar ao profissional em volume muito grande. É preciso definir hipóteses sobre o que é realmente necessidade e validar isso com a família.

Se a intervenção familiar adotada não está produzindo os resultados desejados, é necessário analisá-la e modificá-la para que não haja desgastes e frustrações quanto aos seus resultados. Os profissionais devem evitar produzir na família a sensação de esta não estar sendo ouvida ou o sentimento de descrença na intervenção, o que pode resultar no afastamento, perda do vínculo e até mesmo abandono pela família das ações propostas. Os profissionais devem apontar, incentivar e valorizar concepções e ações desenvolvidas pela família quando estas favorecem a manutenção da saúde e a conseqüente promoção do envelhecimento saudável como parte de seu trabalho profissional. Esse modo de proceder encoraja a família, eleva a sua auto-estima, recria e fortalece suas capacidades de enfrentamento dos problemas.

Assim, profissionais e família devem construir, conjuntamente, o plano de ação para retomar ou manter a saúde familiar. Condições unilaterais, pela família ou pelos profissionais, delineiam perspectivas de insucesso. Já a reavaliação periódica desse trabalho, em parceria, permite reajustar as práticas de cuidado. Também, a reavaliação permite a tomada de decisão quanto ao encerramento do cuidado profissional, quando a família não mais necessita de ajuda e pode ir adiante na manutenção da sua saúde familiar (SOUZA et al, 2008).



Na Prática

Se a família pode alcançar saúde familiar, a intervenção dos profissionais não é necessária e, se os profissionais oferecem cuidados sem a participação e validações da família acabam sós, enganando-se sobre terem feito algo.

5.3 Sistematização da Assistência de Enfermagem

No processo de cuidar do idoso, a enfermagem precisa utilizar os instrumentos profissionais de sua área, sistematizando a sua atenção. A enfermagem conta, hoje, com um certo número de sistemas de classificação de termos da linguagem profissional, vinculados a alguma fase do processo de enfermagem.

O Conselho Internacional de Enfermeiros entende que devemos buscar um sistema com uma linguagem unificada, compartilhada mundialmente e cujos componentes expressem os elementos da prática de enfermagem. Sua escolha é o que dispõe a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE®). Ou seja, o que as enfermeiras **fazem** (ações, intervenções de enfermagem), frente a determinadas **necessidades humanas** (diagnósticos de enfermagem), para produzir determinados **resultados** (resultados de enfermagem), pode seguir essa classificação (INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES, 2005).

O desenvolvimento da CIPE®, pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), através das Associações Profissionais dos Países Membros do Conselho, responde à necessidade de descrição dos fenômenos pelos quais os enfermeiros são responsáveis e as intervenções específicas de enfermagem, com seus resultados.

O objetivo principal da CIPE® é o de oferecer uma terminologia compartilhada que expresse os elementos da prática de enfermagem, permitindo a descrição de forma que se possam realizar comparações entre clínicas, populações e países, em diferentes tempos.

Além disso, uma terminologia comum pode identificar e dar visibilidade à contribuição dos enfermeiros na equipe multiprofissional

de saúde, diferenciando suas práticas e a contribuição para a saúde da população.

Com estes propósitos, o Conselho de Representantes (CR) do CIE, aprovou, em 1989, a resolução que deu início ao processo de planejamento e de elaboração da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem, em 2007.

A proposta de que os Enfermeiros, em sua atuação na ESF, utilizem a CIPE é motivada por fatores como:

- a) aumento no uso dos sistemas de informações computadorizadas nos setores clínicos;
- b) crescimento do uso de registros eletrônicos de saúde;
- c) necessidade do uso de tecnologias de apoio à prática baseada em evidência.

A informática está redefinindo os modos de cuidar em saúde. O modelo e a forma da globalização que vivemos impõem desafios aos profissionais da saúde. A enfermagem precisa participar deste processo, pesquisando, discutindo e produzindo conhecimentos que potencializem a produção de cuidados de enfermagem.

Este processo de padronização prescinde de registros de dados que permitam a comunicação com uma abordagem unificada dos fenômenos, intervenções e resultados de enfermagem. Tais dados podem servir de apoio nas decisões clínicas, na avaliação do cuidado de enfermagem e dos resultados apresentados pelos usuários, subsidiando o desenvolvimento das políticas de saúde, gerando conhecimento através da pesquisa.

Essencialmente, os componentes da CIPE® são os elementos da prática de enfermagem: o que os Enfermeiros fazem com relação às necessidades humanas para produzir determinados resultados (intervenções, diagnósticos e resultados). Uma linguagem comum, unificada que possa expressar estes elementos da prática de enfermagem, deve permitir comparações entre setores clínicos, populações, países; identificar as ações de enfermagem nas equipes multiprofissionais de saúde e diferenciar a sua prática.

A versão CIPE® 2.0 apresenta uma estrutura de classificação formada por 7 eixos que fornecem uma hierarquia de termos que serão utilizados na composição dos diagnósticos de enfermagem. Tal modelo facilita o desenvolvimento dos catálogos definidos como um conjunto de declarações (diagnósticos, intervenções e resultados

de enfermagem) usadas para áreas específicas da enfermagem, por exemplo, saúde do idoso.

As definições de cada um dos sete eixos nesta versão CIPE® (INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES, 2005) são apresentadas por meio do quadro 10 abaixo. Da esquerda para a direita, na primeira coluna encontram-se os nomes de tais focos e, na segunda, os seus respectivos significados.

FOCO	A área de atenção que é relevante para a enfermagem (exemplos: dor, sem teto, eliminação, expectativa de vida, conhecimento).
JULGAMENTO	Opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem (exemplos: nível diminuído, risco, aumentado, interrompido, anormal).
PACIENTE	Sujeito ao qual o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção (exemplos: idoso, cuidador, família, comunidade).
AÇÃO	Um processo intencional aplicado a um paciente (exemplos: educar, trocar, administrar e monitorar).
MEIOS	Uma maneira ou um método de desempenhar uma intervenção (exemplos: bandagem, técnica de treinamento de bexiga, serviço de nutrição).
LOCALIZAÇÃO	Orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenções (exemplos: posterior, abdome, instituição de longa permanência, centro de saúde comunitário).
TEMPO	O momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência (exemplos: admissão, nascimento, crônico).

Quadro 10: Eixos em que se classificam os termos da CIPE.

Fonte: Internacional Council of Nurses, 2005.

A terminologia de cada eixo será utilizada para compor os diagnósticos de enfermagem (estado do paciente, problemas, necessidades, forças), as intervenções de enfermagem (ou ações de enfermagem) e os resultados de enfermagem. Estas declarações podem ser organizadas em conjunto com significados para a prática de enfermagem, servindo de base para os Catálogos CIPE®.

A utilização dessa terminologia em suas ações cotidianas poderá propiciar, por exemplo, estudos de prevalência dos principais diagnósticos de enfermagem apresentados pelos idosos de sua área de abrangência, permitindo estudos comparativos com outras áreas, municípios ou estados e, também, com dados de outros países ou regiões mundiais.

Ao usarmos este modelo dos sete eixos da CIPE® para criar as declarações de diagnósticos, recomenda-se a inclusão nessa declaração de um termo do Eixo Foco, um termo do Eixo de Julgamento e a inclusão de termos adicionais, se necessário, aos Eixos Foco, Julgamento ou ainda a outros Eixos. Exemplo desses termos adicionais: Baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

Da mesma forma, para criar uma intervenção de enfermagem, deve-se incluir nela: um termo do Eixo Ação, pelo menos um termo do Eixo Alvo, incluir termos adicionais ao Eixo Ação ou a qualquer outro Eixo. Exemplo de uma tal inclusão: Explicar ao idoso os efeitos colaterais da baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), desde 1994, participa da elaboração do sistema de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem na expectativa de oferecer à enfermagem brasileira instrumentos eficientes na descrição e nos registros de suas atividades.

A ABEn elaborou e desenvolveu, a partir de 1996, o projeto de classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), divulgado em 2000, na série didática “Enfermagem no SUS”, contribuindo para o desenvolvimento tecnológico, social e político da profissão, com base no referencial da assistência integral e da saúde coletiva.

A CIPE® está em constante processo de evolução e de aperfeiçoamento em inúmeros centros de investigação existentes nos países membros do Conselho Internacional de Enfermeiros que enviam ao Comitê de Avaliação os novos termos mapeados, que após examinados são incluídos ou não na classificação. No Brasil, o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE®, acreditado em 2007 pelo CIE, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), apoia e promove o uso da CIPE® na prática clínica, na educação e na pesquisa em enfermagem, colaborando no aperfeiçoamento desse sistema de classificação de uma terminologia mundial para a enfermagem (GARCIA; NÓBREGA; COLER, 2008).

Examine como fica a sua prática de cuidado ao idoso com base nos estudos feitos até aqui. No cotidiano do seu trabalho, você tem registrado regularmente os diagnósticos e as intervenções de enfermagem prevalentes?

Após conhecermos as possibilidades de uso do sistema CIPE® para a Sistematização da Assistência de Enfermagem ao idoso, destacaremos, a seguir, alguns aspectos relevantes quanto ao histórico e ao exame físico do idoso, considerando as necessidades de atenção presentes neste ciclo da vida. Não detalharemos os aportes referentes ao processo de Enfermagem, incluindo a terminologia CIPE®, acreditando que tais conteúdos já são de seu domínio. Caso necessite rever as bases destes procedimentos, utilize as referências indicadas.

A complexidade da atenção à saúde do idoso exige dos enfermeiros competências no uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como instrumento capaz de assegurar a qualidade da assistência, da administração, da pesquisa e da fundamentação do cuidado de enfermagem.

5.4 Histórico de Enfermagem e Exame Físico

A avaliação completa das condições de vida dos idosos exige, dos enfermeiros, uma dedicação e tempo suficiente para compartilhar informações e experiências importantes sobre o processo de viver dos idosos.

Potter, Perry (2005) ressaltam que a avaliação de enfermagem deve considerar cinco pontos-chave para assegurar uma abordagem voltada para a saúde do idoso:

- a) a inter-relação dos aspectos físicos e psicossociais do envelhecimento;
- b) os efeitos de doenças e incapacidades sobre o estado funcional;
- c) a queda da eficiência de mecanismos homeostáticos;
- d) a falta de padrões de saúde e normas de doença; e
- e) a apresentação alterada de respostas a doenças específicas.

Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para a detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros (BRASIL, 2006).

A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em conta elementos históricos do idoso, seus recursos individuais e familiares, bem como a rede de suporte social disponível no local.

Um dos instrumentos gerenciais imprescindíveis da saúde do idoso é a implementação da avaliação funcional individual e coletiva.

A prática de cuidado de enfermagem neste âmbito será desenvolvida com base em modelos de julgamento das ações realizadas ou a realizar. Tais modelos servem para orientar e avaliar o cuidado de enfermagem. Os modelos de atenção têm origens variadas, os regulamentos e Leis municipais, estaduais ou federais determinam os padrões mínimos para a prática de cuidados em **enfermagem**³.

3 A enfermagem é responsável por utilizar os dados científicos, a legislação, os meios gerenciais e educacionais para o desenvolvimento de cuidados de melhor qualidade aos idosos.



Saiba Mais

O caderno 19, abaixo, apresenta alguns modelos de avaliação das capacidades funcionais do idoso que podem auxiliar a realização da avaliação do Enfermeiro. Você pode acessá-lo no site do Ministério da Saúde:

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006. (**Cadernos de atenção básica, n. 19**). (Disponível em: <<http://www.docstoc.com/docs/11603901/Caderno-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica---Envelhecimento-e-Sa%C3%BAde-da-Pessoa-Idosa---19>>. Acesso em: 28 jul. 2010.

A partir da avaliação funcional coletiva dos idosos, da área de atuação da Equipe de Saúde da Família, determina-se a pirâmide de risco funcional, estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município. Verifica-se como está distribuída a população adstrita à Equipe de Saúde da Família, com base no inventário de risco funcional.

A proposta de uma avaliação compreensiva de uma pessoa idosa demanda mais tempo, por causa da longa vida e da potencial complexidade das experiências por ela vividas. É importante, então, planejar um tempo maior para esta atividade, evitando uma coleta de dados e um exame físico apressados, permitindo o descanso do paciente durante o exame ou programando sua realização em mais de uma sessão por causa da baixa resistência e da pouca energia de alguns idosos mais fragilizados.



Na Prática

Os idosos podem apresentar dificuldades auditivas, visuais ou de memória que precisam ser consideradas quando escolhermos as técnicas de comunicação que vamos utilizar na entrevista e no exame físico. Procure, então, desenvolver mecanismos de validação das informações fornecidas ou recebidas, pedindo, por exemplo, que o idoso repita as orientações fornecidas.

O exame físico, uma etapa do cuidado da enfermagem em relação ao paciente, consiste na aplicação de conhecimentos e habilidades para interpretar o significado dos comportamentos do paciente, bem como, detectar as alterações fisiológicas presentes no momento do exame. Os resultados da avaliação do idoso subsidiarão a definição do diagnóstico de enfermagem, fornecendo as bases de evidências necessárias para o planejamento da assistência de modo a atender às necessidades percebidas. Consideramos o exame físico como uma importante tecnologia para coletar dados de referência sobre a situação de saúde dos idosos, para complementar, confirmar ou contestar dados obtidos no histórico, para identificar diagnósticos de enfermagem, para avaliar os resultados do cuidado realizado.

Os Enfermeiros são, muitas vezes, os primeiros profissionais a examinarem o idoso. Em alguns locais, o Enfermeiro conduz o histórico de enfermagem, incluindo o exame físico, tanto em Unidades Básicas de Saúde como no domicílio do paciente. O exame envolve, então, procedimentos que vão desde a aferição dos sinais vitais, passando pelos testes laboratoriais, até exames diagnósticos realizados em centros de diagnóstico.

Os dados provenientes do exame físico devem ser analisados em relação aos dados obtidos através do histórico, oportunidade em que o Enfermeiro estabelece um relacionamento com o idoso capaz de permitir o compartilhamento de informações sobre as preocupações, significados e vivências do paciente no âmbito de sua saúde. Isto

indica que coletar a história de saúde e realizar um exame físico requer competências, habilidades, paciência, dedicação e precisão, com atenção aos detalhes, ambiente organizado e capacidade de pensar criticamente.

Assim, o exame físico e o histórico de enfermagem se constituem nos passos iniciais para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Com eles o Enfermeiro aprende a agrupar os dados mais importantes estabelecendo padrões que revelam diagnósticos de enfermagem atuais ou expressam a vulnerabilidade ou risco para um problema futuro. Todas as informações compiladas ajudam o enfermeiro na seleção do tipo de intervenção, na detecção das necessidades de cuidados daquele idoso, naquele momento, permitindo o monitoramento dos progressos e sua resposta ao tratamento, como também, fornecendo parâmetros para a reavaliação dos diagnósticos e do plano de cuidados (MARTINI, 2007).

A herança cultural de uma pessoa influenciará seu comportamento, definindo os modos como assume, por exemplo, a responsabilidade por sua saúde e sua percepção sobre quando buscar ajuda e a quem recorrer quando necessário. Suas crenças acerca do processo de viver e ser saudável, do uso de terapias alternativas, seus hábitos de alimentação, de sono, atividade física e seu relacionamento familiar são alguns dos aspectos que devem ser considerados pelo **Enfermeiro** no momento da entrevista e do exame físico.

Do mesmo modo que para outros procedimentos de enfermagem, o exame físico deve ser realizado levando-se em conta a diversidade cultural dos idosos. Destacamos a importância de que o Enfermeiro deva estar culturalmente consciente das diferenças existentes, sem, no entanto, permitir a expressão de estereótipos ou discriminação dos mesmos em decorrência disso. A perspectiva que se coloca de reconhecer a multiplicidade cultural é aquela que possibilita ao profissional respeitar as individualidades e fornecer cuidados de qualidade e que atendam às necessidades dos idosos.

Em resumo, o Enfermeiro precisa permanecer calmo e atento às reações do idoso ao exame: expressão facial, movimentos que demonstrem medo ou preocupação. Pode ser necessária, algumas vezes, a interrupção do exame, verificando se o idoso deseja continuar ou prefere fazê-lo em outro momento, pois os resultados tendem a ser mais precisos quando o paciente puder cooperar e relaxar.

Alguns princípios devem ser observados pelo Enfermeiro no momento do exame:

- a) não estereotipar as pessoas - mesmo os idosos são capazes de se adaptar a mudanças e aprender sobre sua saúde;
- b) reconhecer que as limitações físicas e sensoriais dos idosos podem limitar sua rapidez em examiná-los – replaneje seu exame se necessário e esteja atento aos ritmos do paciente;
- c) durante o exame, procurar exercer a paciência - ofereça pausas, observe detalhes e respeite o estresse do paciente ao falar sobre alguns tipos de informações a respeito de sua saúde.

As características relacionadas à aparência do paciente e ao seu comportamento são observadas já quando o Enfermeiro prepara o paciente para o exame.

A idade é um importante fator que provoca diferenças em relação aos achados do exame físico, exigindo que o enfermeiro esteja atento às necessidades específicas dessa faixa etária. Além disso, segundo Potter e Perry (2005) tal avaliação deve incluir:

- a) atenção às características específicas em relação ao sexo e à raça, pois existem inúmeros agravos à saúde que afetam de modos diversos pessoas de sexos ou raças diferentes;
- b) os sinais de sofrimento e a postura do idoso, assim como os movimentos e as características da marcha serão observados e devem definir as prioridades no momento do exame do paciente;
- c) as condições de higiene corporal, os odores, o vestuário, podem indicar hábitos culturais, estilo de vida, nível socioeconômico e as preferências pessoais;
- d) a fala, seu ritmo, volume, clareza e timbre podem indicar dificuldades emocionais, neurológicas, respiratórias, entre outras;
- e) é muito deficiente o diagnóstico de abuso de drogas lícitas ou ilícitas por profissionais de saúde, o que aumenta a necessidade de que os Enfermeiros estejam atentos aos seus sinais quando do exame físico e da entrevista com seus pacientes;

- f) ao examinar idosos, é preciso estarmos atentos aos sinais de abuso ou violência. Procure observar sinais como lesões físicas, negligência (ex. desnutrição, falta de asseio) ou medo do companheiro ou cuidador. Nos casos suspeitos, examine o idoso em ambiente privado. É mais provável que uma pessoa vítima de abuso fale ao Enfermeiro quando o suspeito de abusá-la esteja ausente.

O adequado acompanhamento dos conteúdos aqui propostos depende de que você disponibilize tempo para revisar aspectos específicos do exame físico do idoso.

Os aspectos ressaltados aqui, certamente, não dão conta de todas as questões envolvidas na avaliação da aparência e dos comportamentos dos idosos examinados. O Enfermeiro, à medida que adquire competências e habilidades na avaliação das pessoas sob seus cuidados, vai aprimorando sua capacidade de observar e detectar as alterações, diferenciando-as das situações de normalidade.

Após a coleta de dados do histórico de enfermagem e do exame físico, o Enfermeiro precisará registrar com precisão os resultados da avaliação realizada. Normalmente, as Unidades de Saúde possuem formulários próprios, eletrônicos ou manuais, para facilitar esta etapa do procedimento. Deve-se verificar se os registros da avaliação estão completos e claros o suficiente para subsidiar as decisões relacionadas com o planejamento dos cuidados ao paciente ou se será necessário buscar informações complementares.

Numa perspectiva interdisciplinar, torna-se imprescindível que se conheça as condições de saúde bucal do idoso de quem estamos cuidando, visando à detecção dos problemas precocemente.

Recomenda-se verificar se o idoso apresenta:

- a) dentes e onde estão localizados;
- b) próteses e de que tipo (fixas ou removíveis) e há quanto tempo;
- c) em que condições de integridade estão estes dentes e próteses;
- d) a mucosa da boca está saudável;
- e) regularmente sensação de boca seca.

Mesmo que não se saiba exatamente avaliar estas condições, algumas pistas podem auxiliar. Deve-se verificar/perceber se o idoso apresenta/tem:

- a) dificuldade ao se alimentar, tanto durante a mastigação como ao engolir os alimentos;
- b) queixas de dor ou desconforto bucal;
- c) alterações de humor;
- d) costume ou mudança de hábitos alimentares, preferindo alimentos pastosos, líquidos, tenros e refugando os que necessitam de mastigação;
- e) queixas no momento da higiene bucal ou da manipulação da sua boca;
- f) resistência ou recusa à realização da sua higiene bucal;
- g) mau hálito.

Estas ocorrências devem chamar a atenção e convém solicitar a avaliação de um dentista.

5.5 Imunizações

O processo de imunização dos idosos é um aspecto fundamental do cuidado de enfermagem, devido ao comprometimento do seu sistema imunológico e às condições de saúde e modo de vida desses pacientes. Dessa forma, a implementação de intervenções de enfermagem que objetivem melhorar a imunidade dos idosos é essencial e benéfica. Recordemos aqui algumas possibilidades de intervenção junto aos idosos de seu território.

A medida mais efetiva em relação à melhora nos níveis de imunidade e, talvez, a menos enfatizada é a Dieta.

Manter um **bom estado nutricional**, incluindo alimentos que afetem positivamente a imunidade, pode melhorar a resposta imune mediada pelas células, pelo aumento da capacidade dos monócitos em eliminarem as bactérias.

Outro fator com grande influência em nossa capacidade de resposta às agressões é o **controle dos níveis de estresse**. O timo, o baço e os gânglios linfáticos estão envolvidos na reação ao estresse, por isso o aumento dos níveis de estresse afeta diretamente o sistema imunológico.

O Enfermeiro pode desenvolver ações que potencializem a capacidade de assertividade dos idosos, que aumentem sua capacidade de confiar e de oferecer amor incondicional, **desenvolver atitudes proativas em relação ao seu processo de viver**, aceitar e confiar nos outros, desenvolver as suas múltiplas habilidades como formas de reconhecer e de lidar positivamente com seus pensamentos e suas emoções, impedindo que afetem seu sistema imunológico.

Além destas medidas gerais, o Enfermeiro precisa acompanhar a situação vacinal dos idosos sob seus cuidados.

Como está a cobertura vacinal dos idosos de sua área? Você possui controle atualizado da situação vacinal e realiza busca ativa dos idosos faltosos?

As imunizações gerais previstas para os idosos incluem a vacina pneumocócica polissacarídea, uma única dose ao longo da vida; a vacina da influenza, em doses anuais; e toxoide do tétano e difteria, a cada dez anos.

A influenza, embora tipicamente de pouca relevância em sua forma não complicada, é uma doença que se dissemina rapidamente e apresenta elevada morbimortalidade em grupos de maior vulnerabilidade. As pessoas idosas, especialmente aquelas institucionalizadas ou as portadoras de doenças crônicas de base, são alvos de sérias complicações relacionadas à gripe (pneumonia primária viral pelo vírus da influenza, pneumonia bacteriana secundária, pneumonia mista, exacerbação de doença pulmonar ou cardíaca e óbito). Daí a importância da vacinação como forma de prevenir a sua ocorrência.

Os idosos institucionalizados e não vacinados deverão receber uma dose da vacina pneumocócica, repetida após cinco anos da primeira, caso a indicação persista. A vacina dupla adulto (contra difteria e tétano) deve ser administrada a cada dez anos, podendo ser reforçada em cinco anos no caso de ferimentos considerados “sujos”.

O registro da vacinação deve ser feito na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, facilitando o acompanhamento da realização da mesma.



Saiba Mais

Procure conhecer o processo histórico de construção da CIPE® acessando:

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). Disponível em: <<http://icn.ch/bib-icnp-references.htm>>. Acesso em: 14 jul. 2010.

Complemente com o estudo do Catálogo eletrônico, disponível em: INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). Disponível em: <http://www.icn.ch/icnp_v1book_ch4.htm>. Acesso em: 14 jul. 2010.

Informações sobre a Caderneta estão disponíveis em:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de pessoa idosa**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_idoso.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta Unidade, recordamos os principais cuidados de enfermagem orientados à população idosa. Ressaltamos a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem, da elaboração de um adequado histórico de enfermagem e realização de exame físico, bem como da avaliação das necessidades de cuidado de enfermagem dos idosos e suas famílias considerando seu contexto de vida e saúde. São todos elementos imprescindíveis para a enfermagem no planejamento, implementação e avaliação do cuidado de enfermagem dirigido aos idosos. Abordamos também questões sobre imunização, específicas para esta faixa etária. Aspectos culturais e socioeconômicos fazem parte da concretização do cuidado ao idoso e sua família, no domicílio ou em instituições. Esperamos que os conteúdos selecionados ampliem as possibilidades de atuação do Enfermeiro na atenção à saúde dos idosos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. 192 p. Cadernos de atenção básica n. 19. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad19.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de pessoa idosa**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_idoso.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2010.

DUARTE, Y. A. O. Princípios de assistência de enfermagem gerontológica. In: PAPALÉO NETTO, (Org.). **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1997, p. 222-229.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. da; COLER, M. S. Centro CIPE® do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 888-91, nov./dez. 2008.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. **International classification for nursing practice**. Version 1.0. Geneve, 2005.

MARTINI, J. G. Exame físico: preparação e avaliação geral. In: MARTINI, J. G.; FELLI, V. E. A. **Programa de atualização em enfermagem: saúde do adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PEREIRA, A. P. S. et al. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, jun. 2009.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. v. 1.

SALGADO, M. A. **Velhice uma questão social**. São Paulo: SESC, 1980. 121p.

SOUZA, A. I. J. et al. Cuidado profissional de enfermagem em saúde da família: contribuições para a promoção da saúde. In: MARTINI, J. G.; FELLI, V. E. A. **Programa de atualização em enfermagem: saúde do adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 9-34.

UNIDADE 6

MÓDULO 8

6 PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Buscaremos, nesta unidade, tratar de práticas educativas que a equipe de enfermagem pode implementar para evitar ou minimizar os problemas que interferem na saúde do idoso. Elas podem ter como público-alvo os idosos, seus cuidadores e familiares, numa perspectiva de integração com outros profissionais da saúde. São baseadas na compreensão da equipe de Enfermagem sobre os problemas e os desafios típicos da velhice. Disponibilizaremos diversas estratégias para o sucesso dessas práticas. Esperamos, através delas, estimulá-los e prepará-los à realização de ações ampliadas no cuidado da saúde do idoso.

6.1 Educação Para a Compreensão da Velhice

As mudanças que ocorrem com o envelhecimento incluem alterações nos papéis e relacionamentos dentro da família, os quais mudam à medida que os pais se tornam avós, adultos maduros se tornam cuidadores, o idoso se aposenta ou sofre outras alterações em sua inserção familiar e social.

O Enfermeiro acompanha tanto as mudanças próprias do idoso como os mecanismos de enfrentamento utilizados por ele em seu processo de adaptação às mudanças; questiona como o idoso se sente em relação a si mesmo e aos outros ao longo de todo este processo de transformação de seu modo de viver; avalia junto com o idoso aspectos referentes aos relacionamentos familiares, íntimos, sociais, a ocupação atual e do passado, situação financeira, moradia e ambiente, espiritualidade, isolamento social, sexualidade, perdas e morte.

O planejamento antecipado do ato de se aposentar pode amenizar as dificuldades a ele associadas, como o isolamento, a passividade, principalmente, quando uma grande parte da vida do indivíduo foi dedicada ao trabalho e aos relacionamentos dele decorrentes. Nestes casos, a perda deste vínculo pode significar a perda das trocas sociais e da rede social de apoio, com alto impacto na satisfação do idoso com sua vida.

A intervenção de enfermagem pode vir na forma de conversa a respeito de aspectos essenciais, incluindo as relações com o cônjuge e os filhos, analisando atividades significativas capazes de ocuparem o lugar deixado pela ausência do trabalho em suas vidas, ajustando ou reconstruindo redes sociais, redefinindo questões ligadas à renda familiar e, principalmente, orientando ações de promoção e manutenção da saúde, incluindo desejos e desafios de médio e longo alcance.

Em suas ações de cuidado, os Enfermeiros desempenham uma variedade de papéis, entre os quais se destaca: cuidador, educador e defensor. Inicialmente, a ênfase do cuidado ao idoso estava na nutrição, conforto, empatia e intuição, práticas estas substituídas hoje pela objetividade científica, à medida que o conhecimento biomédico e a tecnologia invadem os cenários de cuidado. Atualmente, a valorização do cuidado integral e humanizado propicia o reconhecimento da complexidade dos processos de saúde/doença. A enfermagem, nesta perspectiva, tem um importante papel em ações que buscam ajudar os idosos a permanecerem bem, a superarem ou enfrentarem a doença, construindo significados de vida que mobilizem seus recursos para o enfrentamento do processo de viver e ser saudável.

O Enfermeiro pode ajudar os idosos no enfrentamento de situações de isolamento, promovendo a construção de redes sociais de apoio que revertam os padrões de isolamento. Inúmeras comunidades desenvolvem programas que facilitam a socialização, passeios, excursões, atividades de grupos, jogos, até mesmo atenção via contato telefônico, entre outras opções.

A parceria com outras instituições da comunidade como as igrejas, escolas, museus, bibliotecas e organizações da sociedade civil pode potencializar as oportunidades de reunir pessoas idosas com interesses e necessidades semelhantes.

As modificações nos papéis sociais, nas responsabilidades familiares e na capacidade para o autocuidado influenciam os modos de viver dos idosos, dependendo do seu grau de autonomia e de independência, alguns escolherão viver em suas próprias casas e outros terão que viver com membros de suas famílias. Outros, ainda, por opção ou por falta de outras alternativas, terão que viver em instituições de longa permanência para idosos.

Considerando tais aspectos, o Enfermeiro, ao orientar os idosos sobre moradia, precisa avaliar os níveis de autonomia e independência, tanto para a realização das atividades de manutenção da vida cotidiana como para a manutenção financeira de suas necessidades, considerando o acesso ao transporte coletivo, perigos ambientais e rede de apoio social disponível, bem como, analisar as necessidades futuras.

Ao abordar, com os idosos, as questões referentes à moradia, os Enfermeiros precisam considerar o impacto que esta e o ambiente possuem sobre o processo de viver e ser saudável do idoso. As condições do ambiente podem apoiar ou dificultar, tanto física quanto socialmente, a mobilidade do idoso e podem auxiliar ou sobrecarregar mudanças físicas como a visão e a audição. A escolha das cores, os umbrais das portas, os degraus, os desníveis, o brilho e a aderência dos pisos, as características da mobília, são alguns aspectos importantes de serem discutidos com o idoso visando obter um ambiente mais adequado e seguro, adaptado às suas necessidades.

O objetivo da avaliação do ambiente pela enfermagem é a promoção da independência e a manutenção das habilidades funcionais das pessoas envolvidas. É relevante, ainda, inventariar com o idoso os riscos de acidentes que o ambiente oferece, tais como o uso de aquecedores, lareiras, tapetes, corredores mal iluminados, entre outros.

A avaliação da segurança que o ambiente propicia, como também da capacidade do idoso de reconhecer e responder aos riscos, buscando um ambiente que favoreça sua segurança, é um componente importante da educação em saúde neste ciclo da vida.

6.2 Orientações aos Familiares Cuidadores

As questões do envelhecimento representam o envolvimento de toda a família em atividades, algumas vezes, impensadas pelos seus membros. Seja pela preocupação decorrente das influências da aposentadoria nos níveis de consumo familiar, na decisão de uma filha de meia idade em aceitar cuidar de sua mãe em sua residência, modificando, muitas vezes, toda a dinâmica de sua própria família, enfim, o impacto do envelhecimento possui um efeito perturbador na estrutura e na organização familiar.

Este impacto será maior ou menor dependendo das características de cada núcleo familiar, nos casos em que já existam conflitos familiares estabelecidos, a tendência será de sua exacerbação, com sobrecarga de alguns de seus integrantes. Na medida em que se amplia a longevidade, mais complexas se tornam as necessidades de assistência diária dos idosos, exigindo que as famílias assumam responsabilidades cada vez mais complexas e por períodos mais longos de tempo.

O Enfermeiro, neste contexto, precisa compreender as várias estruturas, modos de funcionamento, relações, conflitos, papéis e relacionamentos familiares, para que possa conceber estratégias eficientes no trabalho de orientação das famílias de idosos e de seus cuidadores.

A maior parte das necessidades de cuidados domiciliares dos idosos é provida pelos seus familiares e não por profissionais remunerados. É preciso considerar que temos neste aspecto uma questão de gênero marcante: cerca da metade dos cuidadores dos idosos masculinos são suas esposas e o segundo maior grupo de cuidadores é o das filhas e noras. Eliopoulos (2005) destaca que hoje as mulheres de meia idade passam mais tempo cuidando dos pais do que dos seus próprios filhos, muitas vezes cuidam de ambos ao mesmo tempo. Informa, ainda, que uma em cada sessenta mulheres trabalhadoras em tempo integral é cuidadora e uma em cada doze é cuidadora em potencial.

Estes dados reforçam a importância de uma abordagem educativa aos cuidadores e, antes disso, reforçam a importância da promoção da saúde, visando manter a independência das pessoas idosas e minimizar as necessidades de cuidado. Ainda remetem à implementação de práticas efetivas de prevenção das doenças e da perda da capacidade funcional, para a manutenção da capacidade de autocuidado e de autonomia dos idosos.

Nos casos em que as fragilidades estão instaladas, é indicado que a saúde do cuidador seja avaliada periodicamente e que o Enfermeiro programe intervenções de orientação incluindo, segundo Eliopoulos (2005, p. 445), ações tais como:

- a) treinamento nas técnicas de cuidados do uso seguro da medicação, reconhecimento das anormalidades e recursos disponíveis para a atenção a situações específicas;
- b) a programação de saídas das situações de cuidados, periodicamente, para obter folga e relaxamento e manter a vida normal necessária;
- c) cuidado de si, com sono adequado, repouso, exercícios, nutrição, socialização, isolamento, apoio, auxílio financeiro, redução do estresse e controles de saúde;

- d) orientações à família para encarar realisticamente a situação, alertar para as situações críticas, quando um cuidador leigo não será capaz de dar conta das necessidades de cuidado;
- e) ajuda à família na compreensão e avaliação da extensão das necessidades de cuidado do idoso;
- f) divulgação de informações que possam auxiliar na antecipação das necessidades de saúde da pessoa idosa;
- g) estímulo à expressão dos sentimentos, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento das crises;
- h) auxílio na compreensão dos processos de culpa, raiva, ressentimentos e depressão que podem surgir em decorrência dos sentimentos de “dever ser” ou de “obrigações de ser” relacionados às situações de cuidado e/ou de descuido;
- i) investigação e acompanhamento do impacto dos cuidados sobre toda a unidade familiar, avaliando os efeitos de cada decisão sobre os membros da família;
- j) revisão das opções de cuidado, auxiliando os cuidadores no diagnóstico de suas limitações e da necessidade de cuidados institucionais, quando necessário;
- k) identificação dos padrões de relacionamentos familiares e planejamento das intervenções apropriadas, como uma terapia familiar, auxílio financeiro, uma conferência familiar, para solucionar conflitos;
- l) facilitação na comunicação aberta e honesta, entre os membros da família, auxiliando no planejamento de conferência familiar, promovendo a discussão com todos os seus membros, desenvolvendo metas e planos realistas, definindo responsabilidades, preservando a privacidade da família;
- m) ajuda ao cuidador na identificação dos recursos comunitários e ênfase na importância da folga para quem cuida de idosos;
- n) estímulo à família a conhecer os grupos de apoio (ajuda mútua) e de auto ajuda que podem auxiliá-la, como grupos de Alzheimer, Diabéticos, Ostomizados, entre outros.



Na Prática

A enfermagem pode auxiliar no reconhecimento das condições de saúde bucal dos idosos e necessidades daí derivadas como importante ferramenta de inclusão e acesso aos serviços odontológicos. Esta avaliação pode e deve ser procedida de modo bastante simples por todos os membros da equipe. Também se trata de revisar procedimentos de higiene de dentes, mucosa bucal e próteses removíveis. Cuidadores também devem ser informados sobre os cuidados em saúde bucal. Discuta em equipe quais as alternativas mais adequadas às condições de saúde do idoso!

As ações de enfermagem gerontológica devem direcionar-se aos idosos na perspectiva de sua unidade familiar, estruturando o processo de cuidado no sentido de favorecer as capacidades funcionais de todos os seus membros, potencializando as experiências de cuidado.

Uma família carinhosa e interessada é um dos recursos mais valiosos que a pessoa pode ter em idade avançada, no entanto, esta não é uma dádiva do acaso, é uma construção de toda a vida e depende das relações, interações, trocas e afetos que cada um cultiva ao longo de sua experiência de vida. Quando as experiências familiares são significativas, a riqueza da vivência proporcionada pelos idosos acrescenta significados que favorecem oportunidades para que os familiares aprendam mais uns sobre os outros, estreitando os laços afetivos.



Na Prática

Para sedimentar o que foi estudado, procure selecionar, dentre as famílias de sua área, uma em situação de fragilidade, na qual você identifique um familiar cuidador. Descreva os problemas reais e potenciais no cuidado do idoso. Quais as abordagens que você poderia utilizar para apresentar ao familiar cuidador outras opções de cuidado? Procure desenvolver um plano de cuidados para auxiliar esta família.

6.3 Atividades Educativas em Saúde em Grupos de Idosos

Um grupo é constituído a partir de interesses e temas em comum. É um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um meio para a discussão das situações comuns vivenciadas no dia a dia. Permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade e, conseqüentemente, eleva a autoestima.

O trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde (BRASIL, 2006).

Desnecessário dizer que o trabalho em grupo é uma realidade no cotidiano das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, pois vem se ampliando a realização de grupos como os de controle da hipertensão e do diabetes, ou os de puericultura e de gestantes, entre outros.

Destaca-se o papel fundamental da socialização obtida em qualquer trabalho em grupo, o que, por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa (dependendo de sua situação familiar e comunitária), além de maior aceitação na sociedade.

Faz-se necessário uma maior reflexão das Equipes de Saúde da Família sobre o trabalho em grupo, para poder utilizá-lo de forma mais reflexiva e efetiva.

Algumas considerações estratégicas orientadoras do trabalho em grupo com os idosos estão descritas em Brasil (2006), as quais estão citadas abaixo e, em seguida, as descrições de ações para implementá-las:

- a) convite às pessoas idosas para participarem do grupo;
- b) abordagem de temas ligados à velhice;
- c) escolha de um local de fácil acesso;

- d) definição da coordenação do grupo;
- e) denominações/categorização dos grupos;
- f) participação da equipe;
- g) metodologia de grupo aplicada;
- h) a linguagem a ser utilizada;
- i) compromisso da gestão com o grupo.

Para organizar um grupo com pessoas idosas, a equipe de saúde deve estar mobilizada e ter incluído essa atividade em seu planejamento. Existem inúmeras estratégias para convidar as pessoas idosas a participarem de grupos como: fixar cartazes na Unidade Básica de Saúde e em pontos estratégicos na comunidade - escolas, associações, supermercados – e durante a realização de procedimentos e consultas.

Na divulgação do grupo, é essencial o envolvimento dos agentes comunitários de saúde (ACS), que, a partir das visitas domiciliares, podem incentivar a participação dos idosos.

Um dos grandes desafios da promoção da saúde para pessoas idosas é o da aceitação do envelhecer e da cronicidade de algumas doenças. A concepção acerca do envelhecimento, em sua forma mais ampla – bio-psico-social, econômico, espiritual e cultural - e suas consequências na multiplicidade de problemas associados, exige uma abordagem do processo de aceitação, resgate da autonomia, participação e responsabilidades no tratamento. As temáticas e as atividades a serem propostas devem ser discutidas com os participantes de forma a estarem mais adequadas às demandas e às realidades locais.

O local de escolha para o encontro do grupo deve buscar superar as limitações relativas à locomoção e condições socioeconômicas adversas. Devem-se privilegiar locais próximos às moradias, como escolas, associações comunitárias, igrejas, e a própria unidade de saúde, entre outros. Nos casos em que a população adstrita à unidade de saúde for muito distante uma da outra, a equipe pode procurar parcerias, como, por exemplo, com a Secretaria de Educação para o uso de transporte escolar.

O grupo pode ser coordenado por qualquer membro da equipe: Agente Comunitário de Saúde (ACS), Enfermeiro, Médico, Dentista, Técnico em Higiene Dental (THD), entre outros. O coordenador é

a pessoa responsável pelo grupo, ele organiza o encontro a partir do planejamento da equipe e, quando necessário, convida alguém para discutir um assunto específico. Os profissionais que coordenam grupos devem ter uma definição clara dos objetivos, levando em conta algumas condições básicas:

- a) as peculiaridades do contexto socioeconômico dos participantes;
- b) as mobilizações emocionais emergidas nos processos grupais;
- c) os saberes disponíveis nas comunidades em que se inserem.

A efetiva integração do grupo ocorre à medida que as pessoas sentem-se tranquilas e seguras para transmitirem suas intimidades numa rede de confiança mútua. Cabe ao coordenador a manutenção desse estado espontâneo, intervindo segundo seu referencial teórico, sensibilidade e tato para os quais não existem regras.

Os grupos podem ser tipificados, segundo suas ações dominantes:

- a) grupos de acompanhamento terapêutico;
- b) grupos de atividade socioculturais;
- c) grupos de prática corporal/atividades físicas e terapêuticas - caminhada, tai chi chuan, práticas lúdicas, esportivas e de lazer.

Toda a equipe pode participar do grupo, tomando-se o devido cuidado para o número de profissionais não ser excessivo, isso pode vir a inibir a participação das pessoas.

Torna-se necessária a elaboração de um cronograma de participação dos membros da equipe. Recomenda-se ainda que seja feita uma escala entre os profissionais para que estes não deixem as tarefas da Unidade de Saúde ao mesmo tempo.

O importante não é só transmitir conteúdos específicos, mas, despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida. A transmissão de conteúdos estruturados fora do contexto social do grupo pode ser considerada “invasão cultural” ou “depósito de informações” porque não emerge do saber popular daquele grupo e, por isso mesmo, provoca desinteresse e abandono do grupo. Sugere-

se no desenrolar dos grupos, uma metodologia problematizadora que parte da realidade das pessoas envolvidas. Proposta por Paulo Freire, esta é entendida mais como uma teoria do conhecimento do que de uma metodologia de ensino e constitui-se muito mais um método de aprender que um método de ensinar. Nesse processo surgem temas que geram a discussão, extraídos do cotidiano de vida das pessoas.

A postura dos profissionais é fundamental no sucesso do grupo. As figuras de linguagem (metáforas) reproduzem uma imagem mental que auxiliam na compreensão. Por exemplo: *“a osteoporose é uma doença que causa a redução da massa óssea; é como se o nosso osso virasse uma esponja, ele (o osso) vai perdendo o cálcio e fica parecendo uma esponja”*.

Algumas “armadilhas” devem ser evitadas no trabalho em grupo:

- a) a infantilização da linguagem – “tomar o remedinho”, “todos trouxeram o cartãozinho?”;
- b) a intimidação para a obtenção da adesão ao tratamento, conhecimento das doenças e suas complicações;
- c) falas com cunho autoritário;
- d) interrupção da fala de alguém do grupo;
- e) não considerar, ignorar ou desvalorizar a participação de algum membro do grupo;
- f) utilizar termos técnicos sem esclarecer o significado. Isso pode causar um distanciamento entre os profissionais e os membros do grupo, provocando uma separação daqueles que detêm o conhecimento e as demais pessoas, além de, muitas vezes, provocarem a compreensão errônea do que está sendo dito.

Cabe ao gestor municipal dar suporte para a realização das atividades em grupo garantindo a educação permanente dos profissionais e o fornecimento de recursos materiais.



Sugestão de leituras complementares:

BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador**: princípios do ensino aprendizagem na prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, vimos várias práticas educativas que podem ser empregadas pela Enfermagem no cuidado do idoso. Conhecemos estratégias que podem ser utilizadas pela equipe nos grupos educativos destinados aos idosos. O sucesso dos mesmos não só depende da participação dos idosos, mas do estabelecimento da confiança mútua entre esses e os profissionais, bem como da clareza e relevância do que neles é tratado. Também relembramos práticas educativas voltadas aos familiares cuidadores dos idosos, o que envolve a observância por parte da equipe de enfermagem das relações familiares e da carga de trabalho exercida pelo cuidador. Esperamos ter ofertado subsídios para ajudar essa equipe a obter êxito em tais atividades.

CARO (A) ESPECIALIZANDO(A)

Aqui você chega ao final do Módulo 8 do Eixo 2, que teve como foco central as ações de enfermagem em relação à saúde do idoso, apresentando e discutindo os cuidados que devem ser empregados no atendimento às condições de vida e saúde dos idosos usuários do Sistema Único de Saúde. Os mesmos foram tratados de modo a considerar o fato de o idoso, dada a faixa etária em que se encontra, contar com várias situações de agravo a sua saúde.

Abordamos tais conteúdos distribuindo-os de maneira a compreender as características gerais associadas ao cuidado da saúde do idoso. Através dessa organização. Independente da complexidade ou da amplitude desses cuidados, buscamos também apontar caminhos para que o Enfermeiro consiga trabalhar integrado aos demais profissionais da Equipe da Saúde da Família, pois é objetivo comum dos mesmos aumentar a qualidade de vida do idoso e cada um, a sua maneira, possui relevância nesse cuidado.

Sem a pretensão de esgotar os temas abordados, o texto baseou-se em um referencial atualizado, alicerçados em evidências científicas. Esperamos colaborar na construção de um processo de trabalho fundamentado na integralidade, em suas diferentes vertentes ou sentidos, um verdadeiro e constante desafio para o Enfermeiro.

Os conteúdos aqui apresentados e discutidos visam a sua qualificação profissional. Mantenha esta dedicação em todas as etapas do curso! Desejamos a todos muito sucesso e um ótimo aprendizado!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**: cadernos de atenção básica n. 19. Brasília, 2006. 192 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad19.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2010.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Jussara Gue Martini

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1979), especializações em: Metodologia do Ensino Superior (1982), em Enfermagem Médico-cirúrgica (1987), em Enfermagem Comunitária (1990), pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, em Acupuntura pelo Colégio Brasileiro de Estudos Sistemáticos (2005), especialização a distância em Investigação sobre o fenômeno das drogas pela Universidade de São Paulo (2006). Mestrado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1993) e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1999). Atuou como docente e pesquisadora dos cursos de Enfermagem e Pedagogia na Universidade do Vale do Rio dos Sinos, no período de 1982 a 2004, tendo exercido, na mesma instituição, as funções de Chefe de Departamento de Educação, Coordenadora de Pós-graduação e Pesquisa do Centro de Ciências Humanas e de Diretora de Administração do Centro de Ciências Humanas. Atuou como enfermeira da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, no período de 1995 a 1999. Participou como conselheira no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, de 1995 a 1999, e como conselheira do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, de 1998 a 2004, exercendo a Coordenação da Comissão de DST/AIDS do Conselho estadual. Atualmente, é professora e pesquisadora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN) e coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina. Diretora Acadêmica do Programa de Atualização em Enfermagem – Saúde do Adulto – Sistema de Educação a Distância da ARTMED (desde 2005). Integra a Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) - Gestão 2007 - 2010, como Diretora de Publicações e Comunicação Social, sendo editora da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn). Possui experiência na área de Educação em Enfermagem, Enfermagem na Atenção Básica no Cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids, atuando principalmente nos seguintes temas: representações sociais de HIV/Aids; educação em enfermagem; enfermagem em atenção básica. No campo das representações profissionais, foi Diretora de Educação e Presidente da ABEn RS (1998-2001 e 2001-2004), Segunda tesoureira da ABEn Nacional (2004-2007).

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1998), mestrado em Odontologia em Saúde Bucal Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2001), doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005) e Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva também pela UFSC (2009). Ainda realizou Pós-Doutorado no Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES/ PEN/UFSC). Desenvolve trabalhos na área do Cuidado à Saúde, com ênfase em Melhores Práticas e Odontologia em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: cuidado à saúde, cuidado à saúde bucal, odontologia em saúde bucal coletiva, saúde do idoso, odontogeriatría, instituições de longa permanência, melhores práticas em saúde, serviços de saúde, políticas públicas em saúde, saúde da família e promoção da saúde.

André Junqueira Xavier

Atualmente é presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia de Santa Catarina - SBGG-SC. Especialista em Geriatria pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS e pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia SBGG/AMB. Possui graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1989), mestrado em Ciências da Computação pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002) e doutorado em Informática na saúde UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP pela Universidade Federal de São Paulo (2007). Atualmente é professor de Geriatria e Medicina Preventiva da Universidade do Sul de Santa Catarina. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Geriatria, atuando principalmente nos seguintes temas: geriatria, gerontologia, informática, envelhecimento prevenção e interação.

Lúcio José Botelho

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (1977) e mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003). É professor adjunto IV da Universidade Federal de Santa Catarina, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia, mortalidade infantil, indicador de mortalidade infantil e acidentes de trânsito. Atualmente é Reitor da Universidade Federal de Santa Catarina.

O módulo 8, que tem como foco a saúde do idoso, irá discutir e refletir sobre a atenção à saúde do idoso no âmbito da atenção básica com o intuito de instrumentalizar o trabalho dos profissionais da equipe saúde da família para assistir essa população específica com ênfase na promoção da saúde, incluindo políticas direcionadas ao idoso no Brasil e no mundo, papel dos membros da equipe de saúde da família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do idoso, bem como as ações da clínica e do cuidado relacionados aos principais agravos de saúde, e de forma integral e personalizada, considerando seu contexto social, cultural, econômico e político e determinantes de saúde.

Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina