

SAÚDE DO IDOSO MEDICINA

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 Alvaro 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 S. F. Mello

André Junqueira Xavier

Lúcio José Botelho

ORGANIZADORES

Heitor Tognoli

Calvino Reibnitz Júnior

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SAÚDE DO IDOSO MEDICINA

Eixo II
Assistência e Processo de Trabalho na
Estratégia Saúde da Família

Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2010

@ 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; Heitor Tognoli... [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. Reibnitz Junior, Calvino. 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 Márcia Melo Bortolato

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 - MEDICINA

UNIDADE 4 VULNERABILIDADES LIGADAS À SAÚDE DO IDOSO	53
4.1 Biologia do Envelhecimento.....	53
4.2 Aspectos Sociais do Envelhecimento	57
4.3 A entrevista.....	60
REFERÊNCIAS.....	63
UNIDADE 5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM À SAÚDE DO IDOSO	65
5.1 Alimentação e Nutrição	65
MINIAVALIAÇÃO NUTRICIONAL	66
5.2 Osteoporose	72
5.3 Avaliação de quedas	77
5.3.1 Avaliação de Mobilidade	79
5.4 Avaliação da Visão.....	80
5.5 Avaliação Auditiva	81
5.6 Avaliação da Capacidade Funcional.....	81
5.7 Avaliação cognitiva.....	84
5.8 Avaliação de Depressão	87
5.9 Vacinação Para os Idosos	92
5.10 Síndrome Metabólica e Diabetes	92
5.11 Hipertensão Arterial.....	98
5.12 Intoxicação.....	99
5.13 Incontinência urinária.....	100
5.14 A sexualidade das Idosas e dos Idosos	101
5.15 O cuidador	104
REFERÊNCIAS.....	109
AUTORES.....	110

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: Aspectos biológicos e sociais envolvidos no envelhecimento e entrevista clínica.

Unidade 5: Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da 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 medicina. 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 S. F. 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 transmutou 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:

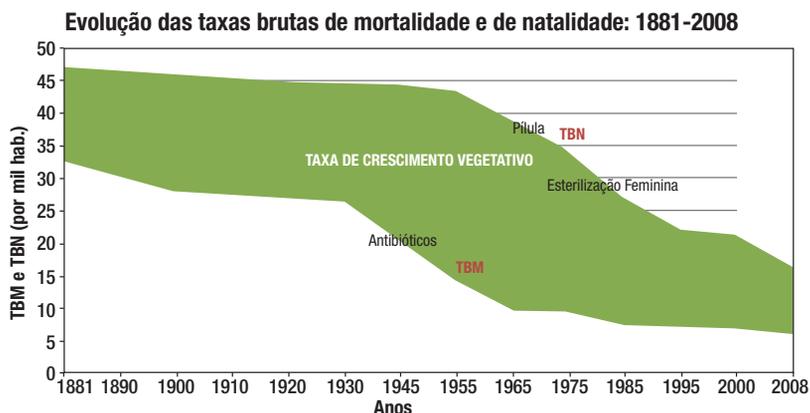


Gráfico 1: Evolução das taxas brutas de mortalidade e de natalidade: 1881-2008.

Fonte: IBGE, 2010.

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

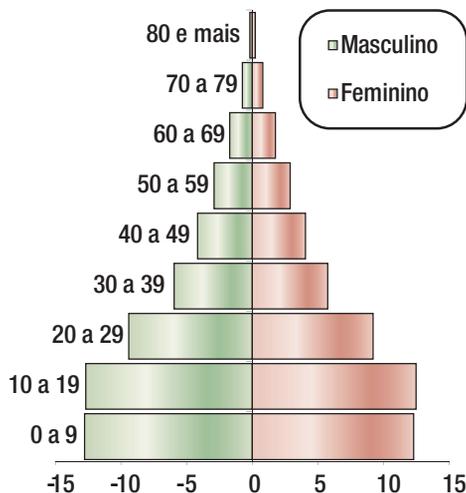


Gráfico 2: Pirâmide populacional em Santa Catarina, 1980.

Fonte: IBGE, 2005.

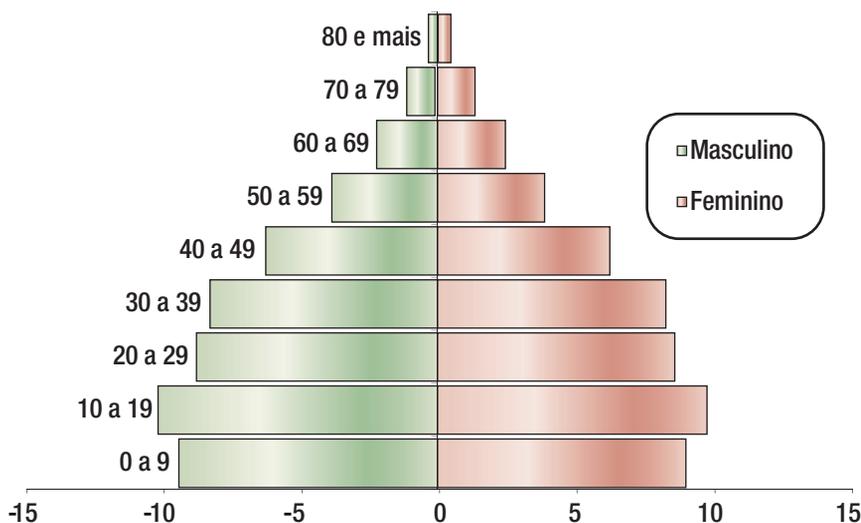


Gráfico 3: Pirâmide populacional em Santa Catarina, 2005.

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:

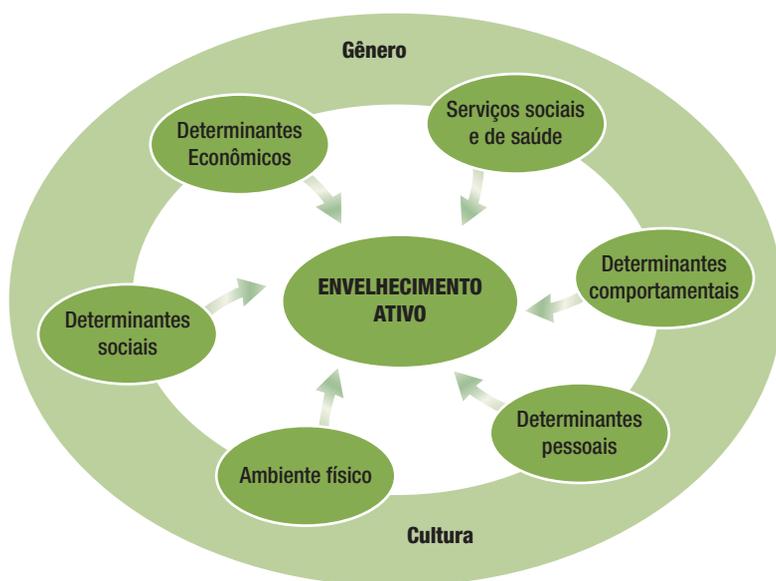


Figura 5: Determinantes do envelhecimento ativo.

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).

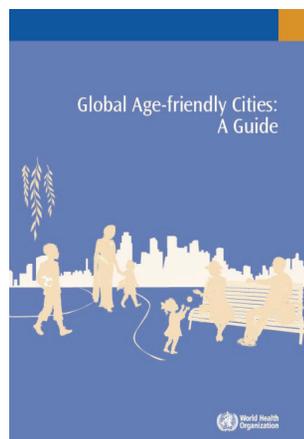


Figura 6: Guia global das cidades amigas do idoso.

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/recursos/profissional/acesso_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 includentes 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://bvsmis.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/portalweb/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 ASPECTOS BIOLÓGICOS E SOCIAIS ENVOLVIDOS NO ENVELHECIMENTO E ENTREVISTA CLÍNICA

O crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo; em 1998, já eram 579 milhões, um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. O censo de 2010 mostrou uma população idosa de cerca de 12% da população brasileira, ou seja, mais de 20 milhões (BRASIL, 2010).

Esta parte do módulo voltado à medicina pretende explorar as alterações decorrentes do processo de envelhecimento biológico e suas interações na família e na sociedade.

Na entrevista do idoso, lembraremos tópicos importantes a serem investigados e suas peculiaridades neste grupo.

Para completar o conhecimento, faremos uma breve orientação sobre a prática do cuidado, levantando os problemas mais comuns encontrados e sugerindo soluções para eles.

4.1 Biologia do Envelhecimento

Envelhecimento é um processo, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1993).

Em que pese ser o envelhecimento um processo de diminuição progressiva da reserva funcional de um indivíduo, e tenhamos sempre presente a inevitabilidade da finitude da vida, temos como seres humanos e racionais, desejo de impedir esse processo, que em última análise nos chega a parecer nada justo.

Mas podemos evitar o envelhecimento? O envelhecer é tão ruim assim?
E, sendo inevitável, como torná-lo mais interessante?

O maior desafio, na atenção à saúde da pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam

ocorrer, seja possível redescobrir possibilidades de viver a própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Parte das dificuldades deste grupo relaciona-se a uma cultura que o desvaloriza e o limita.

Quando acontece de forma “natural” (cuidado, no futuro poderemos descobrir que o natural de hoje, na verdade, era patológico...), o envelhecimento não costuma provocar problemas que inviabilizam a autonomia, é o que chamamos de senescência. No entanto, em condições de sobrecarga como doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocorrer uma evolução patológica com perdas e fragilidade. É a senilidade. Repare que ambos os conceitos são apenas didáticos, pois podem necessitar de intervenções de promoção e prevenção em saúde.

Logo, para o adequado atendimento à saúde de um idoso, dois grandes erros devem ser evitados:

- a) considerar todas as alterações como decorrentes do envelhecimento natural, atrasando diagnósticos e tratamentos;
- b) tratar o envelhecimento natural como uma doença, realizando exames e tratamentos desnecessários (iatrogenia).

O discernimento correto entre normal e patológico requer conhecimentos a respeito das alterações esperadas no processo de envelhecer. As mudanças podem ser notadas já a partir dos 30 anos, quando começa a ocorrer uma queda na taxa de metabolismo basal, fazendo com que muitas pessoas aumentem seu peso com acúmulo de gordura no tronco; a queda na quantidade de água corpórea leva ao surgimento de alterações na pele com rugas e flacidez; e há a tendência à perda de massa óssea e muscular. Outras alterações podem ser visualizadas no quadro 10:

ÓRGÃO / SISTEMA	ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS	CONSEQUÊNCIAS	DOENÇA
Geral	<p>↑ massa gorda</p> <p>↓ água corpórea</p>	<p>↑ Volume de distribuição de drogas lipossolúveis</p> <p>↓ Volume de distribuição de drogas hidrossolúveis</p>	<p>Obesidade</p> <p>Anorexia</p> <p>↑ Risco de desidratação</p>
Olhos e ouvidos	<p>↓ da acomodação do cristalino</p> <p>Opacificação do cristalino</p> <p>↓ da acuidade para sons de alta frequência (agudos)</p>	<p>Presbiopia</p> <p>↑ da susceptibilidade a ofuscamento da visão</p> <p>Necessidade de aumento da iluminação</p> <p>Prebiacusia, dificuldade para discriminar palavras em ambientes barulhentos</p>	<p>Cegueira</p> <p>Surdez</p>
Endócrino	<p>Manutenção de níveis glicêmicos prejudicada</p> <p>↓ da depuração e síntese da tiroxina</p> <p>↑ ADH, ↓ renina e ↓ da aldosterona</p> <p>↓ da testosterona</p> <p>↓ da absorção e ativação da Vitamina D</p>	<p>↑ glicemia em resposta a doenças agudas</p> <p>Disfunção da tireoide (hipotireoidismo subclínico)</p> <p>Osteopenia, perda de força muscular</p>	<p>Diabetes Mellitus</p> <p>Necessidade de ↓ doses de T4 no hipotireoidismo</p> <p>↓ Na⁺, ↑ K⁺</p> <p>↓ Libido</p> <p>Osteomalácia, quedas e fraturas</p>
Respiratório	<p>↓ da elasticidade pulmonar</p> <p>↑ da rigidez da parede torácica</p>	<p>Desequilíbrio na razão ventilação/perfusão e ↓ PO₂</p>	<p>Dispneia e hipóxia em condições patológicas.</p>
Cardiovascular	<p>↓ da complacência arterial</p> <p>↑ PA sistólica</p> <p>↓ resposta β-adrenérgica</p> <p>↓ sensibilidade do barorreceptor</p> <p>↓ automatismo do nó sinusal</p>	<p>Hipotensão em resposta ao ↑ da frequência cardíaca, depleção de volume ou perda da contração atrial</p> <p>↓ débito cardíaco e frequência cardíaca em resposta ao estresse.</p> <p>Dificuldades para a manutenção da PA com mudança de posição e depleção de volume</p>	<p>Hipertensão Arterial Sistólica Isolada.</p> <p>Síncope</p> <p>Insuficiência Cardíaca</p> <p>Bradiarritmias</p>
Gastrointestinal	<p>↓ função hepática</p> <p>↓ acidez gástrica</p> <p>↓ motilidade intestinal</p> <p>↓ função anorretal</p>	<p>Retardo na absorção e metabolismo de algumas drogas, vitaminas e sais minerais</p> <p>Constipação.</p>	<p>Cirrose</p> <p>Osteoporose</p> <p>Deficiência de vitamina B₁₂</p> <p>Impactação fecal</p> <p>Incontinência fecal</p>
Hematológico / Imune	<p>↓ reserva da medula óssea</p> <p>↓ função das células T</p> <p>↑ autoanticorpos</p>	<p>PPD falso negativo</p> <p>FR e FAN falso positivo</p>	<p>Anemia</p> <p>↑ Doenças autoimunes</p>

continua ...

ÓRGÃO / SISTEMA	ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS	CONSEQUÊNCIAS	DOENÇA
Genitourinário	Atrofia da mucosa genital e uretral em mulheres Aumento da próstata	Bacteriúria assintomática ↑ volume residual vesical	Dispareunia ITU Incontinência urinária Retenção urinária
Musculoesquelético	↓ massa magra (músculos) ↓ densidade óssea	Osteopenia, sarcopenia.	Incapacidades funcionais Fratura de quadril
Nervoso	↓ da massa cerebral ↓ síntese de catecolamina e dopamina cerebrais ↓ reflexos	Esquecimentos benignos Alterações de marcha (passos curtos e lentos) ↑ desequilíbrio do corpo Alteração da arquitetura do sono	Demência, delírium Depressão Doença de Parkinson Quedas Apneia do sono Insônia

Quadro 10: Alterações fisiológicas no idoso e suas consequências e doenças relacionadas.

Fonte: Brasil, 2008.

Além das alterações próprias da idade, os idosos apresentam algumas particularidades:

- a) a manifestação clínica das doenças é atípica, especialmente naqueles com mais de 75 a 80 anos;
- b) frequentemente desenvolvem descompensação com sintomas inespecíficos em estágios mais precoces da doença devido à baixa reserva fisiológica;
- c) muitos mecanismos de homeostasia podem ser comprometidos em uma doença, com múltiplas anormalidades a se tratar, por vezes aparentemente não relacionadas;
- d) melhoras na capacidade cognitiva e funcional são ótimos indicadores de tratamento eficaz;
- e) muitos achados podem não significar doença, mas partem do processo de envelhecimento normal e são confundidos e tratados erroneamente (praticamente todos os idosos têm osteoartrose, mas muitas vezes ela é indolor);
- f) respondem diferentemente às medicações com acentuação de efeitos colaterais, muitas vezes antes dos efeitos terapêuticos.



Como avaliar o risco de morte de idosos a partir da avaliação cognitiva e funcional? Acesse o endereço a seguir para obter informações sobre o assunto:

XAVIER, A. J. Orientação temporal e funções executivas na predição de mortalidade entre idosos: estudo Epidoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, fev. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2010.

4.2 Aspectos Sociais do Envelhecimento

Durante anos, os idosos em nossa sociedade foram estereotipados e rotulados como antiquados, rígidos, senis, aborrecidos, inúteis e incômodos. Por isso, é importante refletir sobre qual, atualmente, é o papel do idoso em nossa família. E em nossa sociedade?

De fato, os relacionamentos familiares são importantes para a terceira idade e para a maioria dos adultos em nossa sociedade. A maioria dos nossos idosos vive com os cônjuges ou outros parentes. Entretanto, 17,9% vivem sozinhos (67% mulheres) e proximidade dos membros da família e o contato por telefone são especialmente importantes para eles, o que podemos chamar de “intimidade a distância”.

Evidências indicam uma ligação entre contato social, apoio e longevidade: a vasta maioria dos idosos que visitam seus amigos e família provavelmente vive mais tempo do que aqueles que raramente têm contato.

O envelhecimento é percebido em nossa sociedade na aposentadoria, na condição de avós, na viuvez e com a ocorrência de doenças. Isto requer apoio familiar, ajuste às perdas, reorientação e reorganização da família.

Muitos transtornos estão associados a dificuldades na adaptação familiar às transições e tarefas deste estágio da vida.

A saída de casa do último filho prepara o terreno para as relações familiares na segunda metade da vida:

- a) a redução estrutural da família;
- b) a síndrome do ninho vazio;
- c) os problemas conjugais ressurgem.

Geralmente esta etapa coincide com a aposentadoria. Particularmente para os homens a saída do trabalho representa uma perda de papel/função, produtividade e relacionamentos significativos que foram centrais por toda a vida adulta.

As mulheres que trabalham terão menos dificuldade com sua própria aposentadoria se mantiverem seus papéis como donas de casa. Já para os homens, a perda do papel de provedor familiar e uma provável redução nos rendimentos podem trazer um estresse adicional. A maior tarefa dos casais com a aposentadoria do marido é a incorporação deste dentro de casa.

Sentimentos como sensação de abandono, inutilidade e medo de envelhecer começam a aparecer. Por isso, o Médico de Saúde da Família e Comunidade (MFC) deve levar em conta as dificuldades de cada casal, auxiliá-los a se redescobrirem como companheiros e a reencontrarem seus papéis na família. O interesse e os cuidados mútuos devem ser valorizados no relacionamento conjugal, assim como a intimidade sexual, que continua para muitos em anos avançados.

Da mesma forma, a divisão de papéis no cuidado da casa ou as atividades voluntárias na sociedade, podem trazer um novo objetivo à vida dos aposentados, tornando a entrada nesta nova etapa mais prazerosa.

A terceira idade é marcada também por perdas, como a viuvez, por exemplo. As mulheres vivem em média 8 anos a mais que os homens. O sentimento de perda, a desorientação e a solidão contribuem para um aumento nos índices de morte e suicídio no primeiro ano.

Quando os homens ficam viúvos, os contatos sociais e familiares muitas vezes se rompem, pois normalmente é a mulher que une o

marido à família e à comunidade. E, com isso, o sentimento de perda pode ser maior para eles.

No entanto, o sofrimento tende a ser mais prolongado nas mulheres viúvas, visto que possuem recursos financeiros limitados e é menos provável que encontrem um novo parceiro, ao contrário dos viúvos, que são em menor número e tendem a casar com mulheres mais jovens.



Na Prática

O Médico de Saúde da Família e comunidade deve orientar a (o) viúva (o) a desatar os laços com o companheiro(a) e admitir a morte, transformando em lembranças as experiências compartilhadas. É importante encorajar as manifestações de tristeza e perda. Numa segunda fase, tipicamente após um ano, a atenção se volta para as demandas da realidade no funcionamento cotidiano e para o manejo da estrutura doméstica. Numa terceira fase, muda-se o interesse para novas atividades e pelos outros.

Outro problema é o medo da perda do funcionamento físico e mental, de uma doença crônica dolorosa e de uma condição progressivamente degenerativa, preocupações comuns, mesmo que grande parte dos idosos mantenha uma boa saúde. A dependência requer uma aceitação realista das forças, limitações por parte do idoso, e a capacidade de permitir ser dependente quando necessário sem, contudo, ver seus filhos invertendo seus papéis e tornando-se seus progenitores.

Por outro lado, deve-se alertar também para a relação de dependência excessiva. Nas situações em que os filhos, em virtude de sua própria ansiedade, se tornam excessivamente responsáveis, criando um círculo vicioso. Quanto mais eles fazem pelo progenitor, mais desamparado ou incompetente este se torna, com crescentes necessidades, encargos e ressentimentos.

O MFC pode reduzir o impacto familiar de doenças crônicas informando sobre a condição médica, a capacidade e as limitações funcionais e o prognóstico do paciente. Lembre-se de que a orientação concreta em relação à manutenção e solução de problemas pode dar mais segurança ao paciente e sua família. Além disso, a vinculação a serviços suplementares para apoiar os esforços da família no sentido de manter os idosos na comunidade pode reduzir o estresse do cuidador.



Consulte o artigo da Dra. Roberta Pappen da Silva para aprofundar seus conhecimentos sobre aspectos jurídicos e o estatuto do idoso:

SILVA, R. P. da. Estatuto do idoso: em direção a uma sociedade para todas as idades? **Jus Navigandi**. Disponível em: <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=7723>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

4.3 A entrevista

O conhecimento amplo e as visões complementares de múltiplos profissionais são elementos essenciais para as corretas intervenções no processo de saúde-doença dos idosos. Nesta parte do conteúdo, serão apresentados instrumentos para a inserção e o aperfeiçoamento do profissional médico na saúde da família e no universo da saúde do idoso.

Antes de iniciar o atendimento a uma pessoa idosa, lembre-se de alguns aspectos:

- a) o estabelecimento de uma relação respeitosa, considerando que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas se tornam em geral mais sábias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso;
- b) partir do pressuposto de que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas, nunca se dirigindo primeiramente a seu acompanhante. Ao final pergunte se entendeu bem a explicação, se houve alguma dúvida e repita com outras palavras se necessário;
- c) chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato visual, preferencialmente, de frente e em local iluminado (não fique contra a luz), considerando um possível declínio visual ou auditivo, sem utilizar termos inapropriados como “vovô”, “querido” ou termos diminutivos (bonitinho, lindinho, etc.);
- d) a utilização de uma linguagem clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos, preferindo sempre frases curtas e objetivas;
- e) mulheres médicas, enfermeiras e outras profissionais de saúde, na hora da entrevista, devem utilizar um tom de voz o mais “grave” possível, pois é comum a presença de presbiacusia entre

os idosos, que é a perda da acuidade auditiva para tons agudos dificultando a comunicação.

Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, deve-se utilizar instrumentos técnicos já validados, como a avaliação global da pessoa idosa ou a avaliação multidimensional rápida. Esta abordagem visa identificar possíveis riscos apresentados pelo idoso que requer mais investigação. A avaliação do idoso sempre deve objetivar:

- a) redução da mortalidade prematura causada por doenças agudas ou crônicas;
- b) manutenção da independência funcional;
- c) extensão da expectativa de vida ativa.

O processo diagnóstico na atenção primária à saúde do idoso deve ser multidimensional considerando diferentes fatores, tais como:

- a) o ambiente onde o paciente vive;
- b) a relação médico-paciente e médico-familiares;
- c) a história clínica com seus aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais;
- d) o exame físico detalhado.

O planejamento terapêutico longitudinal com acesso facilitado é essencial.

A Equipe de Saúde da Família deve dar ênfase em detectar os idosos de risco em sua comunidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde, os idosos em situação de risco são:

- a) os acima de 80 anos ou mais;
- b) os que vivem sozinhos;
- c) as mulheres idosas viúvas ou solteiras;

- d) os que vivem em instituições de longa permanência;
- e) os socialmente isolados;
- f) os sem filhos;
- g) os que têm limitações sérias ou disfunções;
- h) os casais de idosos quando um deles é incapacitado ou está muito doente;
- i) os que contam com poucos recursos econômicos.



Saiba Mais

Você poderá complementar seus conhecimentos com as seguintes leituras:

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MORIGUCHI, Y.; MORIGUCHI, E. H. **Biologia geriátrica ilustrada**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1988.

RESNICK, N. M. Geriatric medicine. In: BRUNWALD, E. et al. **Harrison's principles of internal medicine**. New York: Mc Graw Hill, 2001.

SIRENA, S. A.; MORIGUCHI, E. H. Promoção e manutenção da saúde do idoso. In: DUNCAN, B. B. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WALSH, F. A família no estágio tardio da vida. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1995.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, estudamos os aspectos envolvidos no processo de envelhecimento, fundamentais para serem considerados no atendimento do idoso, já que nessa faixa etária existem particularidades que irão influenciar todas as decisões clínicas, desde a ampliação dos aspectos abordados na avaliação do idoso até a prescrição de medicamentos. Tal percepção nos dá uma capacidade de previsão de eventos danosos e nos indica caminhos para evitá-los.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Suporte familiar e social. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 19).

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Enfermagem gerontológica: conceitos para a prática**. Washington, 1993.

UNIDADE 5

MÓDULO 8

5 AÇÕES DA CLÍNICA E DO CUIDADO NOS PRINCIPAIS AGRAVOS DA SAÚDE DO IDOSO

Esta unidade tem foco em ações médicas de prevenção e educação em saúde.

Para tanto, será apresentada uma série de agravos já conhecidos da clínica médica, mas com o olhar voltado para o idoso.

Bom aprendizado!

5.1 Alimentação e Nutrição

A identificação da má nutrição é um método simples, de baixo custo e com boa predição para doenças futuras, mortalidade e incapacidade funcional, podendo ser usada como triagem inicial, tanto para o diagnóstico quanto para o monitoramento de doenças.

A população idosa é particularmente propensa a alterações nutricionais devido a fatores relacionados às modificações fisiológicas e sociais, ocorrência de doenças crônicas, uso de diversas medicações, dificuldades com a alimentação, depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional.

Recomenda-se avaliação antropométrica semestral com cálculo do índice de massa corpórea (IMC). Os pontos de corte nos idosos diferem da população adulta geral em virtude das alterações estruturais próprias da idade, conforme pode ser observado no quadro 11, a seguir. Outra opção é considerar as perdas em relação ao peso basal do paciente maiores de 5% em um mês ou 10% em seis meses (indicador de doença grave).

A circunferência da panturrilha esquerda realizada para compor o teste MAN, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), com o ponto de corte de 31 cm, é a medida mais sensível da massa muscular de idosos, sobretudo para acamados.

IMC	DIAGNÓSTICO
≤ 22	Baixo peso
22 – 27	Adequado ou eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Quadro 11: Pontos de corte do IMC estabelecidos para idosos.

Fonte: World Health Organization, 1997.

Ao procurarmos as causas do distúrbio nutricional no idoso, devemos considerar:

- a) a autonomia para a compra dos alimentos;
- b) a capacidade de preparar seu próprio alimento;
- c) a perda do apetite e a redução da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos;
- d) distúrbio visual que prejudique o preparo e o consumo dos alimentos;
- e) perda ou redução do olfato;
- f) dietas;
- g) alterações recentes no peso;
- h) lesão oral, uso de prótese ou problemas digestórios que dificultem a ingestão.

A miniavaliação nutricional permite classificar idosos em 3 grupos:

- a) estado nutricional adequado - $MNA \geq 24$;
- b) risco de desnutrição – MNA entre 17 e 23,5;
- c) desnutrição < 17 .

Acompanhe, a seguir, no protocolo 12, uma miniavaliação nutricional.

MINIAVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Nome: _____

Reg.: _____

I Avaliação Antropométrica

1) Índice de Massa Corporal (Kg/m^2)

0 = $IMC < 19$

1 = $19 \leq IMC < 21$

2 = $21 \leq IMC < 23$

3 = $IMC \geq 23$

2) Perímetro Braquial – PB (cm)

0,0 = $PB < 21$

0,5 = $21 \leq PB \leq 22$

1,0 = $PB > 22$

3) Perímetro da panturrilha – PP (cm)

0 = $PP < 31$

1 = $PP \geq 31$

4) Perda de peso durante os últimos três meses

0 = perda de peso > 3 kg

1 = não sabe informar

2 = perda de peso entre 1 e 3 kg

3 = sem perda de peso

II Avaliação Global

5) O paciente mora em sua casa (e não em instituição)

0 = sim

1 = não

6) Utilização de mais que 3 drogas prescritas por dia

0 = sim

1 = não

7) Estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses

0 = sim

2 = não

8) Mobilidade

0 = restrição à cama ou cadeira

1 = ergue-se mas não anda

2 = capaz de andar

9) Problema neurológico

0 = demência ou depressão severa

1 = demência média/mediana

2 = sem problemas psicológicos

10) Úlceras de pele ou de pressão

0 = sim

1 = não

III Avaliação Dietética

- 11) Ingestão de grandes refeições (almoço/jantar) por dia

0 = 1 refeição
1 = 2 refeições
2 = 3 refeições

- 12) Consumo de alimentos específicos

Ao menos 1 porção de leite e/ou derivados por dia
2 ou mais porções de ovos por semana
Carne, peixe ou frango diariamente
0,0 = se 0 ou 1 resposta positiva
0,5 = se 2 resposta positivas
1,0 = se 3 respostas positivas

- 13) Consumo de 2 ou mais porções de frutas e hortaliças por dia.

0 = não 1 = sim

- 14) Declínio da ingestão de alimentos nos últimos 3 meses devido à perda de apetite, problemas digestivos, dificuldades em mastigar ou engolir.

0 = grave perda de apetite
1 = moderada perda de apetite
2 = sem perda de apetite

- 15) Ingestão de líquidos – água, suco, café, chás, leite, vinho, cerveja (xícara ou copos) por dia.

0,0 = menos que 3
0,5 = 3 a 5
1,0 = mais que 5

- 16) Forma de alimentação

0 = necessidade de assistência
1 = alimenta-se sem assistência, porém com alguma dificuldade
2 = alimenta-se sem nenhum problema

IV Avaliação subjetiva

17) O paciente considera ter algum problema nutricional?

0 = desnutrição grave

1 = não sabe ou desnutrição moderada

2 = sem problema nutricional

18) Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera seu estado de saúde?

0,0 = não tão boa

0,5 = não sabe

1,0 = igual

2,0 = melhor

Escore:

> 24 – Estado Nutricional adequado

17 e 23,5 – Risco de desnutrição

< 17 – Desnutrição

Protocolo 12: Miniavaliação nutricional.

Fonte: Adaptado de Vellas; Guigoz, 1995; 161-164.

Para MARCHINI (1998) existem causas para a denutrição no idoso. Confira a seguir as principais segundo este autor:

a) Secundárias ao envelhecimento.

gastrite atrófica, hipocloridria e diminuição do fator intrínseco, que pode ocorrer em 20% dos casos, resultando em má absorção de cálcio, vitamina B₁₂, e ferro;

fibrose e atrofia das glândulas salivares;

perda de dentes;

diminuição da atividade da lactase e outras dissacaridases;

atrofia de papilas gustatórias;

menor responsividade a opioides (dimorfina) e outros neuropeptídeos, podendo resultar em “anorexia da idade”;

diminuição da sensibilidade de receptores associados ao controle da sede e, conseqüentemente, menor ingestão de água, hipodipsia e desidratação;

diminuição da capacidade cutânea de produção de vitamina D;

diminuição da absorção de fontes de ferro não-heme e da eritropoiese, resultando em anemia;

diminuição da absorção de micronutrientes, em especial do zinco e do cobre.

b) Alterações socioeconômicas.

menor rendimento econômico, que, conseqüentemente, pode limitar a aquisição de fontes de nutrientes adequados;

isolamento, que pode desencorajar a ingestão de alimentos;

a morte de entes queridos pode favorecer aparecimento de anorexia.

c) Doenças e outros fatores relacionados.

piora da capacidade funcional em geral, o que pode causar dificuldades na aquisição, estocagem, preparação e consumo de alimentos;

depressão associada à anorexia;

deterioração da função cognitiva, o que resulta em incapacidade para obter alimento, esquecimento ou incapacidade de se alimentar;

hospitalização prolongada recebendo oferta energética inferior às necessidades;

doenças gastrointestinais associadas à menor digestão e absorção de alimentos;

alcoolismo, causando, entre outras, deficiências de tiamina, folato e magnésio;

diabete melito, causando má nutrição secundária a gastroparesia, incontinência fecal e ingestão pobre de nutrientes;

caquexia cardíaca e a perda de minerais pelo uso indiscriminado de diuréticos;

neoplasias;

d) Interação droga-nutrientes (alguns exemplos).

drogas podem alterar o apetite, a absorção, o metabolismo, a utilização e a excreção de nutrientes;

minerais podem competir entre si, durante o processo absorptivo, como, por exemplo, zinco e ferro;

anticoagulantes e antibióticos podem induzir á deficiência de vitamina K;

resinas ligadoras de colesterol ou óleo mineral podem induzir à má absorção de vitaminas A, D, E e K;

antiácidos podem alterar a absorção de ferro, cálcio e vitamina B₁₂;

trimetoprim, dilantim, barbitúricos, colestiramina e álcool podem resultar em deficiência de folato;

as necessidades de piridoxina estão aumentadas com o uso de isoniazida e hidralazina;

deficiência de vitamina B₁₂ pode estar associada com o uso de álcool, neomicina, colchicina, colestiramina e clindamicina;

dietas hiperproteicas podem diminuir a atividade de agentes dopaminérgicos utilizados no tratamento da doença de Parkinson;

uso de dilantim pode dificultar a hidroxilação hepática de vitamina D.

Além das avaliações apresentadas nesta etapa, é importante lembrar os exames bioquímicos mais utilizados para a avaliação nutricional do idoso: albumina, transferrina, hematócrito, hemoglobina, contagem total de linfócitos, colesterol total e frações. Outros exames poderão ser necessários para uma avaliação mais aprofundada.



Para mais informações sobre avaliação nutricional e envelhecimento acesse:

SAMPAIO, L. R. Avaliação nutricional e envelhecimento. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 4, Campinas, out./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732004000400010&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 mar. 2010.

RUBENSTEIN, L. Z. et al. Screening for undernutrition in geriatric practice developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). **Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 56, n. 6, p. 366-372, 2001.

5.2 Osteoporose

A osteoporose é uma enfermidade crônica, multifatorial e sistêmica que resulta em reduzida massa óssea e perda da microarquitetura mineral, levando à fragilidade mecânica e consequente predisposição a fraturas com trauma mínimo, muitas vezes causando à incapacidade, o que demonstra a importância da identificação de fatores de risco e prevenção desta enfermidade.

Classificação:

- a) **primária:** pós-menopausa e senil, responsável por 80% dos casos;
- b) **secundária:** relacionada a outras doenças e fatores (como, por exemplo, doença renal), responsável apenas por 20% dos casos de osteoporose.

A osteoporose pós-menopausa é de importância crescente, tendo em vista o aumento da expectativa de vida populacional, que no Brasil é de aproximadamente 72 anos para as mulheres. Dados epidemiológicos estimam que a osteoporose acomete cerca de 20% das brasileiras com mais de 50 anos e que a proporção de mulheres com osteoporose entre 50 e 59 anos é de 15%, elevando-se para 70% nas mulheres com mais de 80 anos.

Considerando-se que para a prevenção há a necessidade do diagnóstico precoce, este se inicia com a história de familiares

(história de fratura por pequenos traumas, a partir dos 40 anos) e questionamento detalhado de todos os fatores de risco (ver o quadro 13 a seguir) e, se necessário, realização de densitometria óssea, que quantificará a perda de massa óssea.

FATORES DE RISCO PARA OSTEOPOROSE
FATORES MAIORES
Sexo feminino; Raça asiática ou europeia; Idade avançada; História da mãe com fratura de fêmur ou osteoporose; Menopausa precoce; Tratamento com corticoides ou outras drogas que induzem a perda da massa óssea.
FATORES MENORES
Parada da menstruação em idade jovem; Perda de peso exagerada; Tabagismo; Alcoolismo; Sedentarismo; Imobilização prolongada; Dieta pobre em cálcio.

Quadro 13: Fatores de risco que quantificam a perda de massa óssea.

Fonte: Pinto Neto et al, 2002.

Após o perfeito conhecimento do estado clínico atual do paciente, devemos iniciar o tratamento com medidas preventivas - correção de fatores de risco e medicamentoso, se necessário. Dentre os fatores de risco destacam-se os potencialmente modificáveis:

- a) deficiência de estrogênio;
- b) perda de peso exagerada;
- c) tabagismo;
- d) alcoolismo;
- e) sedentarismo;
- f) dieta pobre em cálcio.

A deficiência de estrogênio causada pela menopausa é considerada um dos principais fatores de risco para a osteoporose em mulheres. Porém, a terapia de reposição hormonal não é isenta de riscos (câncer de mama e endométrio, por exemplo) e nem todas as pacientes necessitam de reposição. Portanto, a escolha desta terapêutica deve ser cautelosa e individual.

Deve-se evitar o baixo peso corporal e a perda de peso excessiva, pois indivíduos com maior peso corporal apresentam maior Densidade Mineral Óssea (DMO). O peso corporal interage com hormônios gonadais na manutenção da massa óssea, protegendo contra os efeitos adversos da deficiência estrogênica sobre o esqueleto.

Oriente o paciente a mudar hábitos de vida potencialmente lesivos para a estrutura óssea como o tabagismo, o alcoolismo e o sedentarismo. Deve-se aconselhar a prática de exercícios com carga – marcha por 30 minutos, 3 vezes por semana.

Quanto aos fatores nutricionais, deve-se analisar primeiramente se a ingestão de cálcio está sendo suficiente. A seguir, exibimos no quadro 14 sugestões de alimentos ricos em cálcio. Acompanhe.

SUPLEMENTO DE CÁLCIO EXISTENTE NOS ALIMENTOS	
Leite desnatado (240g)	302mg
Leite integral (240g)	290mg
Bebida láctea (240g)	300mg
logurte desnatado (240g)	452mg
Ricota senidesnatada (½ copo)	337mg
Mussarela semidesnatada (½ copo)	183mg
Queijo cheddar (30g)	176mg
Queijo parmesão (30g)	212mg
Requeijão desnatado (1 copo)	138mg
Sorvete de baunilha (1 copo)	176mg
Tofu – queijo de soja (30g)	258mg
Arroz fortificado cozido (1 copo)	300mg
Ervilha cozida (1 copo)	168mg
Brócolis cozido no vapor (½ copo)	89mg
Couve em lata (½ copo)	150mg
Leite de soja fortificado (1 copo)	300mg

Quadro 14: Alimentos ricos em cálcio.

Fonte: Do autor.

Todas as mulheres se beneficiarão de uma dieta rica em cálcio ou da suplementação nos casos de baixa ingestão ou déficit de absorção, uma vez que este é um nutriente essencial para a manutenção da saúde em geral e, em particular, para a manutenção do tecido ósseo. A dose recomendada para indivíduos adultos é de 1000 mg a 1500 mg por dia na forma de suplementação ou dieta. Caso a dieta não atinja de 400 mg a 1000 mg de cálcio diário, deve-se prescrever suplementação.

Apesar de as evidências mostrarem que a eficácia do uso de cálcio associado à vitamina D é modesta, uma revisão sistemática em mulheres com osteoporose induzida por corticoide sugeriu que tal terapêutica deve ser considerada por ser uma combinação relativamente inócua.

Entretanto, outra revisão sistemática demonstrou que ainda permanecem incertezas no uso de vitamina D e derivados isoladamente para a prevenção de fraturas. A vitamina D pode ser administrada na dose de 400-800 UI/dia via oral, especialmente em mulheres acima de 65 anos ou com osteoporose estabelecida.

A vitamina D também é fundamental para manter um esqueleto de qualidade. A vitamina D é obtida com a alimentação e sua síntese é feita na pele necessitando exposição à radiação solar. A forma ativa da vitamina D estimula a reabsorção óssea e a absorção intestinal de cálcio, conduzindo a um incremento da concentração de cálcio sérico.

Foi evidenciada a efetividade da prática regular de exercícios para prevenção e tratamento da osteoporose na mulher. Especificamente os exercícios aeróbicos demonstram manutenção da massa óssea de mulheres na pós-menopausa tanto na coluna vertebral como no quadril.

Em pacientes com osteoporose estabelecida, deve-se evitar exercícios de alto impacto pelos riscos de fraturas que podem acarretar. Além dos efeitos benéficos sobre o tecido ósseo, a prática regular de exercícios melhora o equilíbrio, a elasticidade e a força muscular, que em conjunto diminuem os riscos de quedas e, conseqüentemente, de fraturas. Recomendam-se caminhadas de 30 a 45 minutos, três a quatro vezes por semana, preferencialmente à luz do dia.

Após a revisão dos fatores de risco que podem alterar o curso da doença, o paciente deve ser aconselhado a implantar medidas visando à prevenção de quedas e com possibilidade de fraturas. Estas medidas são:

- a) boa iluminação;
- b) piso antiderrapante;
- c) locais adequados para utensílios domésticos;
- d) corrimãos instalados corretamente.

Estratégias de prevenção efetivas devem ser implementadas para minimizar as consequências físicas, sociais e econômicas da osteoporose. São procedimentos para minimizar a progressão da osteoporose:

- a) analisar possível terapia de reposição hormonal;
- b) orientação quanto à manutenção do peso corporal adequado;
- c) combater o tabagismo e o alcoolismo;
- d) estimular a prática de exercício;
- e) promover a ingestão adequada de cálcio e vitamina D.



Saiba Mais

Manejo racional da osteoporose: onde está o real benefício? Acesse o endereço a seguir para obter outras informações sobre o assunto:

CARVALHO, C. M. R. G. de; FONSECA, C. C. C.; PEDROSA, J. I. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 719-726, jun. 2004.

KATZ, S. et al. Progress in development of index of ADL. **Gerontologist**, v. 10, p. 20-30, 1970.

RADOMINSKI, S. C. Osteoporose em mulheres na pós-menopausa. **Projeto Diretrizes**. [S. l.]: Associação Médica Brasileira/ Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/078.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2010.

WANNMACHER, L. **Manejo racional da osteoporose**: onde está o real benefício? uso racional de medicamentos: temas selecionados, Brasília, v. 1, n. 7, jun. 2004. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_OST_0604.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2010.

5.3 Avaliação de quedas

Quando se trata de quedas, as ocorridas com idosos estão associadas a elevados índices de morbi-mortalidade, redução de capacidade funcional e institucionalização precoce. A cada ano, cerca de 30% da população idosa sofre ao menos uma queda. Dentre esses idosos que sofrem queda, 2,5% requerem hospitalização e, dos hospitalizados, apenas metade sobrevive após um ano.

Todo idoso deve ser questionado a cada consulta sobre quedas no período (ideal nos últimos 6 meses) para então evoluir na pesquisa e investigação de suas causas. Entre as principais estão:

- a) relacionadas ao ambiente;
- b) fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha;
- c) tontura/vertigem;
- d) alterações posturais/hipotensão ortostática;
- e) lesão no Sistema Nervoso Central (SNC);
- f) síncope;
- g) redução da visão.

A maior parte das quedas ditas “acidentais”, na verdade, não são, pois poderiam ser evitadas, e ocorrem dentro de casa ou em seus arredores, geralmente durante o desempenho de atividades cotidianas como caminhar, mudar de posição ou ir ao banheiro. Cerca de 10% das quedas acontecem em escadas, sendo que descê-las apresenta maior risco que subi-las.

É importante que o Médico ou outro membro da Equipe de Saúde da Família e comunidade estejam preparados para realizar orientações, particularmente durante as visitas domiciliares, sobre os riscos ambientais de queda identificados na casa do idoso. Alguns estão listados no quadro 15, a seguir.

RISCOS DOMÉSTICOS PARA QUEDAS

Presença de tapetes pequenos e capachos em superfícies lisas;
Carpetes soltos ou com dobras;
Bordas de tapetes, principalmente, dobradas;
Pisos escorregadios;
Cordas, cordões e fios no chão;
Cadeiras, cama e vaso sanitário muito baixos;
Objetos estocados em locais de difícil acesso;
Móveis fora do lugar, móveis baixos ou objetos deixados no chão;
Móveis instáveis ou deslizantes;
Degraus de escadas com altura ou largura irregulares e sem sinalização de término;
Escadas com piso muito desenhado dificultando a visualização dos degraus;
Chinelos, sapatos desamarrados, escorregadios ou mal ajustados;
Roupas compridas arrastando pelo chão;
Má iluminação;
Animais, entulho e lixo em locais inapropriados;
Escadas com iluminação frontal.

Quadro 15: Riscos ambientais de queda identificados na casa dos idosos.

Fonte: CASA..., 2010.



Saiba Mais

Mais riscos ambientais de queda podem ser consultados no site da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia:

CASA segura: uma arquitetura para a maturidade. Disponível em: <<http://www.casasegura.arq.br/>>. Acesso em: 30 jan. 2010.

PEREIRA. S. R. M.; et al. **Quedas em idosos**: projeto diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. [S. l.: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia., 2001.

Ao avaliar o idoso após uma queda, o MFC deve estar sempre alerta a fatores que podem agravar o trauma como:

- ausência de reflexos de proteção;
- osteoporose;
- desnutrição;
- idade avançada;
- resistência e rigidez da superfície sobre a qual se cai;
- dificuldade para levantar após a queda.

Quando necessário, encaminhar para a avaliação de traumas mais graves e, assim que possível, realizar modificações necessárias à prevenção de quedas futuras:

- a) adaptação do ambiente;
- b) orientação para autocuidado;
- c) utilização de dispositivos de auxílio à marcha;
- d) utilização criteriosa de medicamentos.

Queda sentinela: segundo o Projeto Diretrizes do Conselho Federal de Medicina, a queda pode ser considerada um evento sentinela na vida de uma pessoa idosa, um marcador potencial do início de um importante declínio da função ou um sintoma de uma patologia nova.



Saiba Mais

Para refletir sobre as quedas nos idosos acesse:

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700008>. Acesso em: 17 jan. 2010.

5.3.1 Avaliação de Mobilidade

A grande propensão da pessoa idosa à instabilidade postural e à alteração da marcha aumenta o risco de quedas e, por essa razão, equilíbrio e marcha devem ser sempre avaliados.

Pode-se iniciar avaliando a função dos membros inferiores pelo teste “*get up and go*”, que consiste em solicitar ao paciente que se levanta de uma cadeira, sem utilizar apoio, caminhe por 3 metros, retorne e sente-se novamente. Lentidão excessiva, hesitação, excessiva oscilação do tronco, necessidade de apoio ou tropeço indicam disfunção de marcha e/ou equilíbrio. Nesse caso, está indicada avaliação neurológica completa e atenção para a amplitude e presença de dor aos movimentos.

Agora, vamos acompanhar informações importantes sobre a avaliação dos membros superiores e a avaliação da função distal.

Acompanhe.

Avalia-se a função de membros superiores em duas etapas: proximal e distal. A avaliação da função proximal consiste em solicitar ao paciente que posicione ambas as mãos na parte posterior do pescoço, observando-se a presença de dor ou limitação durante a execução do teste. Se é capaz de realizar o movimento completo, provavelmente tem uma adequada função proximal dos membros superiores.

A avaliação da função distal consiste em solicitar que pegue um objeto pequeno em movimento de pinça do 1º e 2º dedos de cada mão. Esse movimento é essencial na manutenção da capacidade de vestir-se, banhar-se e comer. Sugere que o paciente tenha a capacidade de escrever e manipular utensílios, sem disfunção distal dos membros superiores.

O equilíbrio pode ser avaliado pela Escala de Tinetti, em que pontuações menores indicam problemas. Menores de 19 indica risco 5 vezes maior de quedas. Escores muito baixos revelam necessidade de avaliação fisioterápica e/ou início de programa de reabilitação.



Ambiente Virtual

Veja no material complementar deste módulo a Escala de Tinetti.

5.4 Avaliação da Visão

Cerca de 90% das pessoas idosas necessitam de lentes corretivas para enxergar adequadamente. Pergunte ao idoso se sente dificuldade ao ler, assistir televisão, dirigir ou para executar qualquer outra atividade da vida cotidiana. Aqueles que responderem positivamente devem ser avaliados como uso do cartão de Jaeger, quando disponível, ou encaminhados para avaliação oftalmológica.



Ambiente Virtual

Veja no ambiente virtual deste módulo o cartão de Jaeger.

O cartão deve ser colocado a uma distância de 35cm do paciente e lentes corretivas devem ser utilizadas se for de uso habitual. Aqueles que lerem até o nível de 20/40 serão considerados sem disfunção.

5.5 Avaliação Auditiva

Muitas vezes o idoso não percebe a perda ou considera normal em sua idade e pode não referir-la. Utiliza-se o teste do sussurro para triagem. Fora do campo visual do idoso, a uma distância de aproximadamente 33 cm, sussurra-se em cada ouvido uma questão breve e simples, como, por exemplo, “qual o seu nome?”. Se o idoso não responder, deve-se examinar o conduto auditivo para afastar a possibilidade de cerume e se, necessário, encaminhar para avaliação de acuidade auditiva com audiometria.

5.6 Avaliação da Capacidade Funcional

Avaliar a capacidade funcional de uma pessoa significa medir a capacidade dela de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Didaticamente, as atividades são divididas em Atividades da Vida Diária (AVD) – relacionadas ao autocuidado – e Atividades da Vida Diária Instrumentalizada (AVDI) – relacionadas à participação do idoso em seu entorno social. Veja as especificações de cada uma delas no quadro 16, a seguir.

AVD	AVDI
Alimentar-se; Banhar-se; Vestir-se; Mobilizar-se; Deambular; Ir ao banheiro; Manter controle sobre suas necessidades fisiológicas.	Utilizar meios de transporte; Manipular medicamentos; Realizar compras; Realizar tarefas domésticas leves e pesadas; Utilizar o telefone; Preparar refeições; Cuidar das próprias finanças.

Quadro 16: Relação de atividades da vida diária e atividades da vida diária instrumentalizada.

Fonte: Do Autor.

A avaliação deve ser feita mediante da Escala de Katz, que avalia a independência funcional das pessoas idosas no desempenho das AVD através de um questionário padrão. Conforme o número de respostas afirmativas, classifica-se em independente (6 pontos), com déficit moderado (4 pontos) e com déficit severo (2 pontos). Confira no quadro 17.

(AVD, KATZ, 1970) 5 ATIVIDADE	INDEPENDENTE	SIM	NÃO
a) Banho		Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.	
b) Vestir-se		Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.	
c) Higiene Pessoal		Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).	
d) Transferência		Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).	
f) Continência		Controla completamente urina e fezes.	
g) Alimentação		Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão).	

Quadro 17: Avaliação funcional: escala de Katz.

Fonte: Katz, 1970.

As AVDI são avaliadas pela Escala de Lawton, também por meio de um questionário, que ajuda a identificar os idosos que necessitam de projeto terapêutico com um acompanhante.



Ambiente Virtual

Veja no ambiente virtual a Escala de Lawton.

Quando se avalia a funcionalidade da pessoa idosa, é necessário diferenciar desempenho e capacidade funcional:

- a) desempenho funcional avalia o que o idoso realmente faz no seu dia a dia;
- b) capacidade funcional avalia o potencial que a pessoa idosa tem para realizar a atividade, ou seja, sua capacidade remanescente, que pode ou não ser utilizada.

É muito comum, em nosso meio, encontrarmos idosos que têm capacidade funcional para desenvolver uma tarefa e, todavia, são impedidos de desempenhá-la por seus familiares com receio de acidentes.

A incapacidade de um indivíduo idoso é um processo que se desenvolve ao longo do tempo, influenciado por fatores demográficos, sociais, psicológicos, ambientais, estilo de vida, comportamentos e características biológicas dos indivíduos.

O estado de incapacidade pode ser temporário ou permanente e os casos reversíveis devem ser identificados precocemente para que as intervenções necessárias sejam realizadas. Medidas de reabilitação, terapia medicamentosa e modificações do ambiente físico-social, mudanças no comportamento e estilo de vida, atributos psicossociais, adaptação às atividades e a presença de suporte extra podem reduzir as dificuldades.

No relacionamento familiar, o MFC deve orientar a família que a incapacidade de um idoso não significa necessariamente perda de sua autonomia. Um indivíduo pode depender do auxílio de outra pessoa para realizar as atividades cotidianas sem, no entanto, perder a capacidade de tomar decisões (autonomia), que deve sempre ser considerada.

É responsabilidade da Equipe de Saúde da Família detectar os idosos frágeis e em risco de desfechos clínicos adversos (observe o quadro 18, a seguir). A fragilidade é compreendida como uma síndrome clínica caracterizada pela diminuição da reserva energética e pela resistência reduzida pelos agentes. A presença de três ou mais sinais e/ou sintomas indica fragilidade e a detecção de um ou dois alerta a equipe para alto risco de desenvolver a síndrome.

SINAIS E SINTOMAS DE FRAGILIDADE NO IDOSO

SINTOMAS

Perda de peso não intencional;
Fadiga autorreferida;
Diminuição da força de preensão;
Baixo nível de atividade física;
Diminuição da velocidade da marcha.

SINAIS

Sarcopenia;
Osteopenia;
Alterações de equilíbrio e marcha;
Limitações funcionais;
Descondicionamento físico;
Má nutrição.

Quadro 18: Sinais e sintomas de fragilidade no idoso.

Fonte: Do autor.



Para aprofundar seu conhecimento e obter outras informações sobre o assunto, acesse os endereços listados a seguir:

Entenda a importância da capacidade funcional para os idosos urbanos: RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 19, n. 3, jun. 2003.

Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2003000300011>. Acesso em: 20 abr. 2010.

Conceito de Atividade Instrumentalizada da Vida Diária (AIVD) e sua importância na avaliação do idoso frágil e/ou portador de problemas cognitivos:

MARRA, T. A. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 4, jul./ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000400005>. Acesso em: 21 jan. 2010.

Relações entre a saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos entre os idosos brasileiros em um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun. 2003. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300006>. Acesso em: 18 jan. 2010.

5.7 Avaliação cognitiva

Ao envelhecer, a maioria das pessoas se queixa mais frequentemente de esquecimentos cotidianos. O desempenho físico e social do idoso depende da integridade de suas funções cognitivas. A perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de redução dessas funções. Considerando a baixa escolaridade de nossos idosos, recomenda-se a avaliação da perda de memória recente como mais adequada.

Para uma triagem rápida, o MFC pode solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: “mesa”, “maçã” e “dinheiro”. Após 3 minutos, deve pedir que o idoso os fale novamente. Se o idoso for incapaz de repeti-los, há a necessidade de uma investigação mais aprofundada.



Saiba Mais

Instrumento para avaliar Comprometimento Cognitivo Leve - Mild Cognitive Impairment (versão em português):

AVALIAÇÃO cognitiva Montreal (Mo CA). Disponível em: <http://www.mocatest.org/pdf_files/MoCA-Instructions-Portuguese_Brazil.pdf>.

Acesso em: 13 jan. 2010.

Os testes mais utilizados para o rastreio de alterações cognitivas são o **Miniexame do Estado Mental** (FOLSTEIN et al, 1985) e o **Teste do Relógio** (SUNDERLAND et al, 1989). Veja, a seguir, como ambos podem ser realizados.

O Miniexame do Estado Mental é um teste neuropsicológico para a avaliação da função cognitiva. Apresenta uma lista de tarefas a serem solicitadas para que o paciente execute e, conforme o desempenho do mesmo, dá-se a pontuação num total de 30 pontos (BRUCKI, 1996). São sugeridos os seguintes pontos de corte: para analfabetos, 20; para idade de 1 a 4 anos de escolaridade, 25; de 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos, 28; para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29.

O teste do relógio consiste no desenho do mostrador de um relógio analógico, pelo paciente, marcando uma hora predeterminada com os ponteiros. Esta avaliação verifica a habilidade visuoespacial ou praxia construcional, que é a capacidade de desenhar ou construir a partir de um estímulo (no caso um comando verbal). A pontuação é dada conforme segue: 10 a 6 pontos – a face, o círculo e os números do relógio estão no geral intactos; 5 a 1 pontos – desenho da face, do círculo e dos números do relógio não estão intactos; um ponto para o posicionamento correto dos números: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10 e 11, sendo correto aquele que estiver dentro da oitava que lhe corresponde; e um ponto para a posição correta dos ponteiros grande e pequeno.

Ambos os testes, quando associados, nos permitem avaliar sumariamente o indivíduo com declínio cognitivo.

A demência é uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo a memória, a atenção e o aprendizado, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o julgamento. Ela produz um declínio apreciável no funcionamento intelectual que interfere com as atividades diárias.

O MFC deve estar atento às causas reversíveis de demência:

- a) uso de medicamentos (psicotrópicos e analgésicos narcóticos);
- b) metabólica (distúrbio hidroeletrólítico, desidratação, insuficiência renal ou hepática e hipoxemia);
- c) neurológica (hidrocefalia de pressão normal, tumor e hematoma subdural crônico);
- d) infecciosas (meningite crônica, AIDS, neurosífilis);
- e) colágeno-vascular (lúpus, arterite temporal, vasculite reumatóide, sarcoidose e púrpura trombocitopênica trombótica);
- f) endócrinas (doença tireoidiana, doença paratireoidiana, doença adrenal e doença da pituitária);
- g) nutricionais (deficiência de vitamina B12, ácido fólico, tiamina e niacina);
- h) alcoolismo crônico; e outras (DPOC, ICC e apneia do sono).

Descartadas as causas reversíveis, deve-se investigar as causas irreversíveis tais como Alzheimer, demência vascular, demências mistas, demência dos corpos de Lewy e demências frontotemporais.



Saiba Mais

Material didático e interativo sobre a Doença de Alzheimer:

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. **Dentro do cérebro:** uma viagem interativa.

Disponível em: <http://www.alz.org/brain_portuguese/01.asp>. Acesso em: 19 jan. 2010.

5.8 Avaliação de Depressão

A depressão é e será uma das patologias psiquiátricas mais incapacitantes entre idosos, conhecida em todas as culturas, afligindo parcela considerável da população. Ela acomete ambos os sexos e todas as etnias, aumenta sua prevalência com a idade e se constitui fator de maior prejuízo pessoal, funcional e social da atualidade.

Clinicamente na depressão há um sentimento de tristeza profunda, associado com sintomas fisiológicos e cognitivos.

O CID-10 e a American Psychiatric Association (DMS-IV) caracterizam a depressão como um conjunto de sintomas que causam alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas interferindo na vida do indivíduo. Esta realidade é ainda mais severa entre os idosos, tanto em termos de prevalência quanto da gravidade dos quadros.

A depressão no idoso é um distúrbio da área afetiva ou do humor, e atualmente é considerado um grave problema, envolvendo a saúde pública, devido a sua alta prevalência.



Saiba Mais

Importância da depressão entre os idosos em termos de impacto na saúde pública:

SNOWDON, J. Qual é a prevalência de depressão na terceira idade?

Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 24, São Paulo, abr. 2002. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500009&lang=pt>. Acesso em: 30 jan. 2010.

No envelhecimento, pode-se encontrar uma série de perdas e limitações progressivas. É a fase da vida com maior frequência de fenômenos degenerativos e doenças físicas capazes de produzir sintomas depressivos. Fatores sociais como perda de entes queridos e diminuição do convívio social também atuam, facilitando o aparecimento deste transtorno. A maioria dos estudos indica que mais de 10% dos idosos apresentam quadros depressivos, porém, esse número sobe para 30% em idosos institucionalizados.

A depressão apresenta causas endógenas (neurobiológicas, genéticas) e exógenas (psicossociais). Em muitos casos, os sintomas depressivos surgem da inter-relação de ambos os fatores.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou o transtorno depressivo, também denominado de depressão maior, depressão unipolar ou simplesmente depressão, como a quarta doença de maior impacto mundial quando comparada às demais doenças existentes atualmente no mundo.

A depressão consiste em um distúrbio de alteração de humor e/ou comportamento que persiste por no mínimo duas semanas. Sentimentos como tristeza, vazio, desesperança, desamparo, perda de interesses, alterações no apetite e peso, distúrbios no sono, falta de energia, falta de interesse sexual e pensamentos suicidas estão, entre outros sintomas, associados ao transtorno depressivo. Especialmente os idosos apresentam sintomatologia atípica cursando com declínio funcional e cognitivo, o que dificulta o rastreamento e o diagnóstico precoce principalmente pelo profissional médico não especialista, tal como aquele que realiza o atendimento primário de grande parcela da população idosa.

Os tratamentos requerem uma abordagem multiprofissional. A eficácia da farmacoterapia antidepressiva poderá ser ampliada quando além do diagnóstico precoce somam-se medidas que propiciem melhora no suporte social dos indivíduos afetados. Há também a dificuldade no diagnóstico diferencial e na adesão aos tratamentos, dificultando a melhora do quadro clínico.

De modo geral, a clínica da depressão nos idosos é mais variada e atípica que no adulto jovem. Os idosos apresentam frequentemente sintomas depressivos que nem sempre se ajustam aos requisitos necessários para categorias diagnósticas das classificações tradicionais (CID.10 e DSM.IV). Normalmente tais quadros são repletos de sintomatologia somática.

Durante a depressão, ocorrem alterações bioquímicas no cérebro, geradas por falhas no metabolismo da serotonina, um dos principais neurotransmissores responsáveis pela sensação de bem-estar e pelo equilíbrio do humor. Em alguns casos, a existência de predisposição genética atua como agravante de quadros clínicos de depressão.

Fatores psicossociais também atuam como precursores de surtos depressivos, particularmente em idosos, devido à elevada relação destes com o envelhecimento. Ao mesmo tempo, as consequências físico-motoras e mentais, a partir desses surtos acabam refletindo nas relações de convívio social e nas psicológicas.

A depressão também pode ser classificada em depressão de início precoce, ocorrendo nas fases jovens e adultas, ou depressão tardia, que atinge pacientes com idade superior ou equivalente a 60 anos.

Mais especificamente no caso da depressão de início tardio, existe relação com alterações do sistema nervoso central, e observa-se a probabilidade de o paciente evoluir para o quadro de demência do tipo Alzheimer. Pacientes com alterações vasculares também podem desenvolver a depressão de início tardio. Nos casos de Acidente Vascular Cerebral e nas demências vasculares, a presença de depressão está consideravelmente aumentada.

A depressão e a doença física estão relacionadas e são de suma importância para o idoso, devido à redução das reservas funcionais, alterações no mecanismo de homeostase e alterações nos diversos sistemas orgânicos, além de grande número de doenças crônicas e do aumento do número dos medicamentos utilizados, que levam o idoso à sua vulnerabilidade frente à depressão.

Pode-se observar que a depressão desencadeia ou mesmo agrava as doenças preexistentes e em geral é acompanhada de dores, mal estar físico, sensação de fraqueza e cansaço, alterações do sono e do apetite.

A depressão pode causar diretamente a doença física. Há relação entre as alterações da imunidade e também se observa a depressão como fator de risco para as doenças cardiovasculares. Existe ainda, por parte do paciente idoso depressivo, ocasionalmente, não aceitar o tratamento e, não aderindo ao mesmo, resulta em cuidar-se menos, desde a higienização até a alimentação.

Em muitos casos, a depressão surge como secundária à doença física, por exemplo, causada pelo hipotireoidismo ou por carcinomas: por reação às consequências da própria doença física e suas limitações e/ou à dor causada por ela. Outra causa de depressão é o uso abusivo de álcool, benzodiazepínicos e drogas ilícitas. Nesses casos, independe da idade.

Os fatores psicossociais relacionados à depressão como o falecimento do cônjuge, o afastamento dos filhos, a diminuição de rendas, as limitações físicas, a aposentadoria e as modificações no contexto social podem afetar o idoso de diversas maneiras como fatores desencadeantes ou mesmo fatores predisponentes, dependendo da idade, do tipo do evento, da personalidade e da história de vida de cada indivíduo.

A depressão não é inerente ao processo de envelhecimento, é uma doença que deve ser tratada. É a doença psiquiátrica mais comum que leva ao suicídio e os idosos formam o grupo etário que com mais frequência se suicida, muitas vezes sem diagnóstico.

O MFC deve ficar atento a fatores de risco para o desenvolvimento de depressão como: isolamento, dificuldades nas relações pessoais, problemas de comunicação e conflitos com a família ou com outras pessoas, além das dificuldades econômicas e outros estressores da vida diária. O quadro é mais frequente nos anos que precedem à aposentadoria, diminui na década seguinte e, outra vez, sua prevalência aumenta após os 75 anos.

Cuidado especial deve ser dado a pacientes com antecedentes de depressão, doença incapacitante ou dolorosa, os que sofreram abandono e/ou maus tratos, os institucionalizados e os em luto pela morte de parentes próximos ou cônjuges. Situações de pacientes que recusam ou abandonam tratamento também devem levantar a suspeita.

Medicações como benzodiazepínicos, betabloqueadores, metildopa, reserpina, clonidina, cinarizina, flunarizina, digoxina e esteróides estão relacionados com quadros depressivos.

Os sintomas são variados e atípicos em relação aos jovens e o diagnóstico pode não se enquadrar nas classificações tradicionais (CID-10 e DSM.IV). Há uma preponderância de sintomatologia somática, inquietação psicomotora (depressão ansiosa), sintomas depressivos leves, alterações vegetativas, baixa autoestima, pensamentos de abandono e dependência, poucos sintomas psicóticos e déficit cognitivo é variado.

Questione o idoso sobre sentimentos de tristeza ou desânimo frequentes e quando existir forte suspeita, aplique a Escala de Depressão Geriátrica (GDS 15). Esta escala consiste num questionário

com 15 perguntas objetivas e quanto maior o número de respostas positivas para depressão maior o risco de depressão. Até 5 pontos são considerados normais, de 6 a 10, depressão leve, e de 11 a 15, depressão severa (Quadro 19).

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
1. Sente-se satisfeito com a vida?	Sim	Não
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	Sim	Não
3. Acha sua vida vazia?	Sim	Não
4. Aborrece-se com frequência?	Sim	Não
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	Sim	Não
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	Sim	Não
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	Sim	Não
8. Sente-se desamparado com frequência?	Sim	Não
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim	Não
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	Sim	Não
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	Sim	Não
12. Vale a pena viver como vive agora?	Sim	Não
13. Sente-se cheio de energia?	Sim	Não
14. Acha que sua situação tem solução?	Sim	Não
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	Sim	Não

Quadro 19: Escala de Depressão Geriátrica Simplificada (GDS 15).

Fonte: Yesavage, 1983.

Estabelecido o diagnóstico, deve-se elaborar uma programação terapêutica. Quando indicado o uso de medicações, deve-se optar por drogas com menor efeito colateral e maior segurança para idosos. Iniciar sempre com doses baixas sem, no entanto, esquecer-se de elevá-la até níveis terapêuticos uma vez que subdoses são fatores de risco para cronificação e baixa resposta. O tratamento deve incluir psicoterapia individual ou em grupo e atividades comunitárias.

Idosos em risco de suicídio podem necessitar de internação hospitalar ou domiciliar supervisionada. Estão em maior risco:

- a) homens;
- b) aqueles que vivem sozinhos;
- c) quadros depressivos graves;
- d) insônia persistente;
- e) inquietude psicomotora importante;
- f) doença clínica grave, dolorosa ou incapacitante;

- g) viuvez recente;
- h) institucionalizados ou dependentes;
- i) etilista;
- j) sentimento de culpa excessivo.

Para prevenir e auxiliar no tratamento, estimule a formação de grupos de idosos em sua comunidade, com atividades regulares e a criação de uma rede de amigos para visitação daqueles em risco de desenvolver depressão.

5.9 Vacinação Para os Idosos

De acordo com o calendário vacinal, são recomendadas duas vacinas para os idosos: influenza (gripe) e dupla adulto (dT).

A vacina da influenza deve ser aplicada anualmente no outono para evitar as complicações de quadros gripais, comuns nessa faixa etária. Há evidências de que a vacina contra a influenza é eficaz na diminuição da hospitalização dos idosos.

A dT deve ser reforçada, em pacientes já com esquema completo, a cada 10 anos ou 5 anos em caso de ferimentos considerados "sujos".

Idosos têm também podem se beneficiar da vacina anti-pneumocócica que deve ser reforçada em 5 anos nos institucionalizados.

5.10 Síndrome Metabólica e Diabetes

O termo Síndrome Metabólica descreve um conjunto de fatores de risco metabólico que se manifestam num indivíduo e aumentam as chances de desenvolver doenças card cias, derrames e Diabetes. A Síndrome Metabólica tem como base a resistência   ao da insulina, da  também ser conhecida como síndrome de resistência à insulina. Isto é: a insulina age menos nos tecidos, obrigando o pâncreas a produzir mais insulina e elevando o seu nível no sangue. Alguns fatores contribuem para o aparecimento: os genéticos, excesso de peso (principalmente na região abdominal) e a ausência de atividade física.

Recentemente, um grupo de consultores da Organização Mundial de Saúde propôs a denominação de Síndrome Metabólica quando o indivíduo possuir dois ou mais dos componentes descritos abaixo:

- a) regulação alterada da glicose ou Diabetes e/ou resistência à insulina;
- b) pressão arterial elevada ($> 140/90$ mmHg);
- c) triglicérides plasmáticos elevados ($> 1,7$ mmol; 150mg/dl);
- d) colesterol HDL baixo ($< 0,9$ mmol, 35 mg/dl para homens; $< 1,0$ mmol, 39 mg/dl para mulheres);
- e) obesidade central (relação cintura/quadril $> 0,90$ para homens e $0,85$ para mulheres) e o índice de massa corpórea (IMC) > 30 kg/m²);
- f) microalbuminúria (excreção > 15 µg min ou relação albumina; creatinina na urina > 30 mg).

Outros componentes estudados nesta síndrome também foram relacionados com a resistência à insulina e/ou tendem a agrupar-se com a síndrome principal, entre eles:

- a) hiperuricemia;
- b) proporção aumentada de LDL pequena e densa;
- c) aumento da concentração de lipoproteínas remanescentes;
- d) distúrbios da coagulação e da fibronólise (elevação do fibronogênio);
- e) disfunção endotelial;
- f) inflamação da parede arterial;
- g) angina microvascular;
- h) síndrome de ovários policísticos.

Um grupo de especialistas pertencentes ao Programa Nacional de Educação em Colesterol (NCEP), nos Estados Unidos da América, apresentou outra versão para a definição da síndrome baseada nos fatores de risco. Será feito o diagnóstico de Síndrome Metabólica quando estiverem presentes três ou mais dos fatores a seguir relacionados. Acompanhe no quadro 20.

FATOR DE RISCO	DEFINIÇÃO
Obesidade abdominal	Até Circunferência da cintura > 102 cm em homens e > 88 cm em mulheres
Triglicérides elevados	>150mg/dl
Colesterol HDL baixo	< 40 mg/dl em homens e < 50 mg/dl em mulheres
Hipertensão arterial	>130/ >85 mmHg
Hiperglicemia de jejum	>110mg/dl

Quadro 20: Identificação da Síndrome Metabólica, segundo NCEP.

Fonte: SÍNDROME..., 2010.

Recentemente, a Federação Internacional sobre Diabetes (2005) sugeriu como critérios:

- a) Obesidade central cujos limites podem variar conforme a etnia. Assim, para europeus foi sugerido para a medida da circunferência da cintura os valores de 94cm, para homens, e 80cm para mulheres. Para asiáticos 90 e 80cm e para japoneses 85 e 90cm, respectivamente, homens e mulheres.
- b) E dois ou mais dos seguintes critérios:

Hipertrigliceridemia: ≥ 150 mg/dL ou estar em tratamento específico;

HDL colesterol: < 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres ou estar em tratamento específico;

Hipertensão arterial sistêmica $\geq 130/85$ mmHg ou tratamento de hipertensão diagnosticado previamente;

Glicemia de jejum ≥ 100 mg/dL ou Diabetes tipo 2 diagnosticado previamente.



Saiba Mais

Para saber mais sobre a Federação Internacional sobre Diabetes, acesse o endereço:

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL SOBRE DIABETES. Disponível em: <<http://www.idf.org>>. Acesso em: 26 jan. 2010.

Outros critérios metabólicos estão em pesquisa: medida da distribuição abdominal da gordura, características da dislipidemia, métodos de avaliação da resistência à insulina (níveis de insulina), avaliação da desregulação vascular, como a microalbuminúria, do estado proinflamatório (proteína C reativa, fator de necrose tecidual, interleucina) e protrombótico (fatores fibrinolíticos e de coagulação). Tais fatores podem auxiliar na predição de complicações cardiovasculares e Diabetes tipo 2.

Fatores de risco:

- a) grande quantidade de gordura abdominal - Em homens, cintura com mais de 102cm e, nas mulheres, maior que 88cm;
- b) baixo HDL (“bom colesterol”) - Em homens, menos que 40mg/dl, e nas mulheres, menos do que 50mg/dl;
- c) triglicérides elevados (nível de gordura no sangue) - 150mg/dl ou superior;
- d) pressão sanguínea alta - 135/85 mmHg, superior, ou se está utilizando algum medicamento para reduzir a pressão;
- e) glicose elevada - 110mg/dl ou superior.

Ter três ou mais dos fatores citados é um sinal da presença da resistência insulínica, que é um hormônio produzido pelo pâncreas. Esta resistência significa que mais insulina do que a quantidade normal está sendo necessária para manter o organismo funcionando e a glicose em níveis normais. Para a maioria das pessoas, o desenvolvimento da síndrome aumenta com o envelhecimento. O risco aumenta se a pessoa tem uma vida sedentária, sem atividade física e com:

- a) aumento do peso, principalmente na região abdominal (circunferência da cintura);
- b) histórico de diabetes na família;
- c) níveis elevados de gordura no sangue;
- d) pressão alta.

A maioria das pessoas que apresentam a Síndrome Metabólica sente-se bem e não tem sintomas. Contudo, elas estão na faixa de risco para o desenvolvimento de doenças graves, como as cardiovasculares e a diabetes.

O aumento da atividade física e a perda de peso são as melhores formas de tratamento, mas pode ser necessário o uso de medicamentos para tratar os fatores de risco. Entre eles estão os chamados “sensibilizadores da insulina”, que ajudam a baixar o açúcar no sangue, os medicamentos para pressão alta e os para baixar a gordura no sangue.

É importante assinalar a associação da Síndrome Metabólica com a doença cardiovascular, aumentando a mortalidade geral em cerca de duas vezes e a cardiovascular em três vezes. A Síndrome Metabólica é considerada como fator de risco cardiovascular e de Diabetes Mellitus tipo 2.

A Diabetes Mellitus é uma doença crônica que causa alterações metabólicas associada à deficiência absoluta ou relativa de insulina. Caracteriza-se clinicamente por alterações metabólicas, complicações vasculares e neuropáticas, afeta em torno de 7,4% da população brasileira, entretanto, na população com faixa etária entre 60 e 69 anos, chega a 17,4%. A hiperglicemia persistente, característica da doença, atinge de forma significativa os indivíduos, exigindo alterações importantes em seus estilos de vida.

A Diabetes no idoso é frequentemente assintomático. O quadro clínico clássico de poliúria e polidipsia pode não ser o mais encontrado nessa faixa etária, sendo o diagnóstico definido muitas vezes em exames de rotina ou internações hospitalares.

A Diabetes é uma doença comum e sua incidência aumenta com a idade. É uma importante causa de incapacidade no idoso através de suas complicações, como a insuficiência renal, as amputações, a cegueira e a doença cardiovascular, além de alta mortalidade.

No idoso, a Diabetes se manifesta como um achado casual em doenças intercorrentes, particularmente infecções, ou pelo surgimento de complicações (cerebrovasculares, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), arteriopatia periférica) ou em exame de rotina.

De forma menos frequente, pode manifestar-se com os clássicos sintomas de polidipsia, poliúria, aumento do apetite, fadiga, visão turva, infecção de resolução lenta e impotência (em homens).

O limiar renal para a eliminação da glicose na urina aumenta com o envelhecimento, chegando a 200mg/dl, o que retarda o surgimento de poliúria. Dessa forma, idosos com poliúria podem levar a outros diagnósticos que não Diabetes.

Uma alteração relacionada com o centro osmorregulador no hipotálamo faz com que os idosos apresentem grave depleção do espaço extracelular, hiperosmolaridade e coma sem polidipsia.

Os idosos raramente desenvolvem cetoacidose, porém, diante da hiperosmolaridade, podem apresentar confusão, coma ou sinais neurológicos focais.

Os critérios diagnósticos e as medicações utilizadas não diferem da população adulta geral.

As mudanças de hábitos de vida, com restrições alimentares e necessidade de prática de atividade física, apresentam maior resistência entre os idosos. Da mesma maneira, os tabus que envolvem a Diabetes Mellitus geram temor do uso crônico de medicações, do “vício de insulina” e mesmo de morte. E ainda os sentimentos de punição e condenação podem ampliar as dificuldades de adesão ao tratamento deste grupo.



Na Prática

Por isso, ao estabelecer o diagnóstico, o MFC deve considerar a experiência do paciente com a doença, seu conhecimento sobre ela e os medos/tempos diante da Diabetes. A história clínica e o exame físico devem investigar possíveis lesões de órgãos alvo e a expectativa de vida do paciente para orientar a opção terapêutica.

A família do idoso diabético, especialmente se ele for funcionalmente dependente, precisa ser instruída acerca das medidas de tratamento, da forma de supervisioná-lo e dos sinais e sintomas de alarme, em particular os relativos à hipoglicemia e desidratação.



Saiba Mais

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2006:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Atualização brasileira sobre diabetes.

Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005. Disponível em:

<<http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/atualizacaodiabetes2006.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

Manejo do pé diabético:

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA. **Pé diabético**. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/denf/NIE/PEDIABETICO/mestradositecopia/pages/INDEX.htm>>. Acesso em: 16 jan. 2010.

5.11 Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial sistêmica é silenciosa e tem sua prevalência aumentada com a idade. Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. Apesar disso, não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento. Como a Diabetes, a doença hipertensiva é um fator determinante de morbidade e mortalidade com repercussões na independência do indivíduo.

A pressão arterial no idoso possui duas particularidades:

- e) maior frequência de hiato auscultatório;
- f) pseudo-hipertensão em decorrência do enrijecimento da parede da artéria, identificado por meio da manobra de Osler.

A hipertensão sistólica isolada é a mais prevalente entre os idosos e parece estar mais associada a eventos cardiovasculares que a hipertensão diastólica ou sistólica e diastólica.



Na Prática

O diagnóstico e os medicamentos utilizados em idosos não diferem da população adulta geral.

Para estabelecer as prioridades para o tratamento e a periodicidade do seguimento, é necessário que o MFC reconheça os fatores de risco e classifique o risco individual do idoso.

A menor eficiência dos mecanismos reguladores da pressão arterial através dos barorreceptores, a frequente utilização de medicamentos como diuréticos, tranquilizantes, vaso-dilatadores e beta-bloqueadores, assim como a maior frequência de insuficiência vascular cerebral, tornam o idoso predisposto à hipotensão ortostática. Complicações, como quedas por hipotensão, podem ser evitadas pela redução dos níveis tensionais de forma mais gradativa e início das medicações sempre com doses menores do que as preconizadas.

Às vezes, pode ser difícil reduzir a pressão sistólica abaixo de 140mmHg em idosos. Nesses casos, afastadas as causas secundárias, pode-se tolerar reduções menos acentuadas.

Deve-se estimular o controle de pressão arterial domiciliar. Os aparelhos eletrônicos devidamente validados e calibrados são os mais indicados. Os aparelhos de coluna de mercúrio e os aneróides podem ser usados, desde que calibrados e após treinamento apropriado. Os aparelhos de medida da pressão arterial no dedo não são recomendados.

Medidas como redução de peso, combate ao sedentarismo e cessação do tabagismo devem ser orientadas ao paciente idoso.

Grupos de autoajuda e de educação em saúde podem auxiliar na compreensão da doença e no estímulo à mudança de hábitos de vida. A família deve sempre ser envolvida no tratamento e no cuidado.



Saiba Mais

Veja no link Leitura complementar:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes do grupo de estudos em cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia.**

1. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2002/7901/cardiogeriatría.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2010.

5.12 Iatrogenia

A polifarmácia é uma das grandes preocupações deste grupo etário. Assim, é de fundamental importância realizar um inquérito acurado

a respeito de quais medicações este paciente está em uso, tanto as prescritas quanto aquelas indicadas por parentes, amigos e meios de comunicação (não esquecer uma miríade de chás, extratos e outras substâncias ditas “naturais” interpretadas pelos idosos como algo que “mal não faz”).

Em função do grande número de patologias envolvidas com o envelhecimento, os idosos estão entre aqueles que mais fazem uso de medicações. E mais do que isso, as interações observadas entre os inúmeros fármacos e a própria mudança fisiológica no organismo senescente denotam a relevância do conhecimento não somente da farmacocinética e da dinâmica da medicação como também das mudanças fisiológicas que ocorrem com o idoso.



Saiba Mais

Fatores relacionados à aderência dos idosos aos tratamentos medicamentosos nos ambulatórios:

XAVIER, A. J. Tempo de adesão à estratégia de saúde da família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, Rio de Janeiro, set./out. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2010
CANINEU, P. R.; BASTOS, A. Transtorno cognitivo leve. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

5.13 Incontinência urinária

A perda involuntária de urina é um problema sério que afeta milhões de pessoas e pode ocorrer em qualquer idade, tendendo a manifestar-se mais com o aumentar da idade, principalmente nas mulheres na perimenopausa.

Cerca de 30% das pessoas idosas não-institucionalizadas costumam apresentá-la e nem sempre a referem na avaliação clínica ou por vergonha ou por acharem ser isso normal no processo de envelhecimento. A frequência dos escapes e a importância do evento estão associadas às repercussões emocionais com constrangimento, de pressão e isolamento social.

O MFC deve perguntar diretamente se a pessoa idosa perdeu urina recentemente ou sentiu-se molhada. Respostas afirmativas requerem investigação.

A incontinência urinária predispõe às infecções do trato urinário e genital, provoca maceração e ruptura da pele, facilita a formação de úlceras de pressão e celulites, contribui para a disfunção sexual e a perda de função renal, afeta a qualidade do sono e aumenta o risco de quedas.

A etiologia da incontinência deve ser investigada e tratada. Orientações como evitar a ingestão de grandes quantidades de líquidos quando não houver disponibilidade de banheiros acessíveis, evitar alimentos com cafeína e álcool e tratar adequadamente os quadros de obstipação intestinal crônica podem auxiliar na melhoria da qualidade de vida do paciente.

As causas, no idoso, podem ser divididas em agudas e crônicas, conforme o quadro 21, a seguir:

AGUDAS	CRÔNICAS
Endócrinas – Hiperglicemia, hipopotassemia, diabetes, vaginite atrófica;	Debilidade e lassidão do assoalho pélvico (multiparidade);
Psicológicos – Depressão, ideias delirantes;	Debilidade do esfíncter uretral ou da saída da bexiga (cirurgias e traumas);
Farmacológicas – Diuréticos, anticolinérgicos, antidepressivos, antipsicóticos, hipnóticos-sedativos, narcóticos, agonista e antagonista alfa-adrenérgico, bloqueadores de cálcio, cafeína e álcool;	Hiperatividade do detrusor (uretrites, cistites, tumores, litíase, diverticulose, AVC, demência, Parkinson, lesão espinhal);
Infecções do trato urinário;	Obstrução anatômica (HPB, cistocele);
Neurológicas – Doença vascular cerebral, doença de Parkinson, hidrocefalia normotensa, delírium, redução de consciência e redução de mobilidade; e	Bexiga hipocontrátil (DM e lesão medular);
Obstipação intestinal por impactação fecal.	Demência;
	Depressão; e
	Imobilidade.

Quadro 21: Causas agudas e crônicas de incontinência urinária.

Fonte: Do autor.

5.14 A sexualidade das Idosas e dos Idosos

A sexualidade é o modo como vivenciamos nosso instinto sexual na busca do encontro afetivo, do acasalamento e do prazer. Ela

permeia tudo o que nos faz sentir mais homem/macho e mulher/fêmea no inexorável jogo da sedução e da conquista. A sexualidade articula-se a fatores hormonais, emocionais e sócio-culturais, de um modo pessoal e singular que se estende da função do prazer à da procriação. É uma função que permeia a vida, da infância à velhice e instala-se junto a uma série de tabus (FREITAS, 2002).

A sexualidade está sendo cada vez mais reconhecida como importante no cuidado dos idosos. Todos os idosos precisam expressar sentimentos sexuais (a sexualidade envolve amor, partilha calor, toque e não somente o ato do intercurso).

Com o passar dos anos, os espaços e o ritmo do prazer com relação à sexualidade mudam, mas ela segue sendo uma necessidade básica também na velhice.

A sexualidade é também fonte de angústias e contradições: é para o homem desejar sem ter como concretizar seu desejo; e, para a mulher, a quem a cultura muitas vezes interdita a própria possibilidade do desejo, chegar à velhice e não ser sequer desejada.

Existem diferenças entre a sexualidade masculina e a feminina. Estudos demonstram que 74% dos homens e 56% das mulheres casadas mantêm vida sexual ativa após os 60 anos. Muitas das alterações sexuais que ocorrem com o avançar da idade podem ser resolvidas com orientação e educação.

Problemas na capacidade de desfrutar prazer nas relações sexuais não devem ser considerados como parte normal do envelhecimento.

A modificação das taxas de hormônios sexuais femininos, que ocorre próximo à menopausa, pode reduzir o desejo sexual e a excitação, além de provocar sintomas físicos conhecidos como “calores” ou “fogachos”, irritabilidade, alterações no sono e depressão. Por outro lado, a menopausa ou a histerectomia podem propiciar uma vida sexual sem risco de gravidez indesejada. Mulheres com cabelos brancos ou rugas podem se achar menos atraentes. Ressecamento

vaginal e menor distensibilidade podem afetar o prazer sexual. A sensação do orgasmo não se modifica. Lembrar que a ausência de desejo sexual (libido) não faz parte do envelhecimento normal tanto de homens quanto de mulheres.

No homem, as principais alterações são: redução da frequência de relações sexuais, diminuição do interesse pelo sexo, menor número de ereções matinais e menor frequência de masturbação. No caso da masturbação, esta se reduz menos e pode ser uma atividade mais frequente que as relações sexuais, após certa idade.

Os indivíduos que apresentam maior frequência de atividade sexual quando jovens têm menor declínio quando mais velhos. Nos que têm menor frequência ao longo da vida, o declínio é proporcionalmente maior. O homem demora mais para conseguir uma ereção satisfatória, mas também tende a ter melhor controle sobre a ejaculação. A perda da ereção após o orgasmo pode acontecer mais rapidamente, ou pode levar mais tempo antes de uma nova ereção. Homens e mulheres se beneficiam de maior tempo com carinhos preliminares.

Mitos que precisam ser discutidos:

- a) muitos idosos consideram que com a idade chega ao fim a vida sexual;
- b) a diminuição do desejo sexual no idoso e, conseqüentemente, da frequência de relações sexuais é inevitável;
- c) mulheres entendem que, com a menopausa e a incapacidade natural de engravidarem, o sexo já não tem mais sentido;
- d) o orgasmo simultâneo é o ideal;
- e) se o parceiro perde a ereção, é porque não deseja mais sua parceira.

Doenças comuns que afetam a vida sexual: diabetes, depressão, cardiopatias, hipotireoidismo, dor (especialmente articular) e incontinência urinária, bem como as medicações que são utilizadas para tratar essas patologias. Todas as situações acima têm tratamento adequado. Lembrar que o excesso de álcool pode ocasionar problemas de ereção no homem e retardar o orgasmo nas mulheres, e que o tabaco compromete a ereção e diminui a libido.

Um obstáculo importante é a dificuldade das mulheres, que vivem mais, de conseguir parceiros. Uma opção é frequentar mais os meios sociais. A principal causa para não praticarem sexo é a falta de parceiro disponível.

A idade pode vir acompanhada de um desgaste no relacionamento afetivo, transformações físicas, doenças e fatores externos que afetam o sexo. Porém, associar esta etapa de vida com incapacidade, déficit, perda ou impossibilidades é, de certo, impor limitações desnecessárias.

Durante toda a vida adulta, há a possibilidade de vivência sexual satisfatória e prazerosa. Acima dos 60 anos de idade deve-se criar e utilizar novos recursos e estratégias que facilitem sua adaptação a esta outra etapa de vida. Durante a avaliação de idosos, o MFC deve lembrar sempre de abordar a satisfação e os problemas com a sexualidade, e da mesma forma orientar os idosos sobre a expansão das DST, particularmente HIV, entre este grupo.



Saiba Mais

Você poderá acessar mais informações a respeito da sexualidade dos idosos, no seguinte documento:

RISMAN, A sexualidade e terceira idade: uma visão histórico-cultural - textos envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2010.

BANCROFT, J. **Human sexuality and its problems**. 2. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1989.

MARZANO, C. Sexualidade na terceira idade. **CEDES – Urologia & Sexualidade**. 2003. Disponível em: www.cedes.com.br/3idade>. Acesso em: 11 mar. 2010.

MONTEIRO, D. M. R. Afetividade, intimidade e sexualidade no envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

5.15 O cuidador

A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), de 2002, sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”.

Geralmente a atividade é desenvolvida por alguém da família ou da comunidade, com ou sem remuneração, e na maioria das vezes sem formação para isso. Sua função pode ser compreendida mais claramente como acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha.

O cuidador nem sempre escolhe sê-lo. Quando uma pessoa se adoenta ou se torna dependente na família ou na comunidade, algumas pessoas se revelam como cuidadoras, tornando esta uma tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios, tais como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, choro, medo da morte e da invalidez.

Do outro lado, está o enfermo incapacitado também com os mesmos sentimentos contraditórios, o que pode tornar este relacionamento entre cuidador e pessoa cuidada conflituoso. Orientar o cuidador a reconhecer seus próprios sentimentos e os do dependente pode ajudar a suavizar as relações. Respeitar a autonomia do acamado também pode ser útil.

Tarefas do cuidador:

- a) atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde;
- b) escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada;
- c) ajudar nos cuidados de higiene;
- d) estimular e ajudar na alimentação;
- e) ajudar na locomoção e nas atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos;
- f) estimular atividades de lazer e ocupacionais;
- g) realizar mudanças de posição na cama e na cadeira e massagens de conforto;
- h) administrar as medicações, conforme prescrição e orientação da equipe de saúde;

- i) comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada;
- j) outras situações que se fazem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

Devemos nos lembrar que, muitas vezes, a pessoa cuidada parece estar dormindo, mas pode estar ouvindo o que falam a seu redor. Por isso, é fundamental respeitar a dignidade da pessoa cuidada e não discutir, em sua presença, fatos relacionados com ela, agindo como se ela não entendesse, não existisse, ou não estivesse presente.



Na Prática

A Equipe de Saúde da Família deve orientar o cuidador sobre a doença de seu paciente, necessidades de auxílios e alertá-lo a respeito de sinais e sintomas de perigo, dando segurança a ele.

A doença ou a limitação física em uma pessoa provoca mudanças na vida dos outros membros da família, que têm que fazer alterações nas funções ou no papel de cada um dentro da família, quais sejam: a filha que passa a cuidar da mãe; a esposa que, além de todas as tarefas, agora cuida do marido acamado; o marido que tem que assumir as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos, porque a esposa se encontra incapacitada; o irmão que precisa cuidar de outro irmão. Todas essas mudanças podem gerar insegurança e desentendimentos, além de sobrecarga, uma vez que o papel na família antes de assumir a função de cuidador não é abandonado, mas agregado aos novos papéis.

Esta sobrecarga física e emocional pode ser fator de estresse no cuidador e a Equipe de Saúde da Família deve estar apta a orientar a participação de outras pessoas para revezar no cuidado.

É essencial que o cuidador reserve alguns momentos do seu dia para se cuidar, descansar, relaxar e praticar alguma atividade física e de lazer, tais como: caminhar, fazer ginástica, crochê, tricô, pinturas, desenhos, dançar, etc.



Saiba Mais

Diversas dicas para os cuidadores podem ser encontradas no Guia Prático do Cuidador:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2010.

Chegamos ao fim deste módulo de estudo. Procure implementar no seu dia a dia as ferramentas que estudou, aperfeiçoando sua prática dentro do contexto da Saúde da Família. Procure, também, manter-se sempre atualizado sobre o conteúdo visto.

Bom aprendizado!



Saiba Mais

Entre nos websites indicados a seguir. Eles são interessantes para aprofundar o tema de estudo deste módulo. Confira!

Material didático digital disponível para estudo:

MERCK Manual of health e aging. Disponível em: http://www.merck.com/pubs/mmanual_ha/contents.html>. Acesso em: 30 jan. 2010.

Bases de dados:

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/>>. Acesso em: 30 jan. 2010.

Revistas nacionais em geriatria:

REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIA DO ENVELHECIMENTO HUMANO. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/index>>.

Acesso em: 10 fev. 2010.

UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/>>. Acesso em: 29 mar. 2010.

Revistas internacionais:

BIOMEDCENTRAL. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/>>. Acesso em: 29 mar. 2010.

MODERNMEDICINE. Disponível em: <<http://www.modernmedicine.com/modernmedicine/Geriatics/home/40131>>. Acesso em: 29 mar. 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Esta unidade procurou fornecer orientações para o MFC sobre os problemas de alta prevalência entre os idosos com o objetivo de melhorar a desenvoltura tornando, o atendimento mais eficaz. São informações fundamentais e determinantes de uma medicina de família de boa prática. Este conhecimento serve de base para aprofundamento deste assunto.

CARO (A) ESPECIALIZANDO (A)

Aqui você chega ao final do Módulo 8 do Eixo 2, que teve como foco central a Atenção à Saúde do Idoso. Entre os conteúdos abordados e distribuídos nas 2 unidades, você teve a oportunidade de na primeira unidade, conhecer conceitos sobre a abordagem familiar no âmbito social do idoso pelos membros da Equipe da Saúde da Família, as alterações fisiológicas causadas pelo envelhecimento e estudou as ações do cuidado à saúde do idoso. Na segunda unidade, foram discutidos temas como os aspectos biológicos e sociais envolvidos no envelhecimento e entrevista clínica, bem como as ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde do idoso. No âmbito mundial, viu, igualmente, que a saúde do idoso ganha força e está contemplada em vários acordos internacionais, onde o Brasil é signatário.

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 bom aprendizado!

REFERÊNCIAS

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3, p. 777-781, set. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=pt>. Acesso em: 13 fev. 2010.

CASA segura: uma arquitetura para a maturidade. Disponível em: <<http://www.casasegura.arq.br/>>. Acesso em: 30 jan. 2010.

FOLSTEIN, M. F ; FOLSTEIN, S.; McHUGH, E. **Mini-Mental State J. Psychiatr**, v. 12, p. 189-198. 1985.

KATZ, S. et al. Progress in development of index of ADL. **Gerontologist**, v. 10, p. 20-30, 1970.

MARCHINI, J. S.; FERRIOLI, E.; MORIGUTI, J. C. Suporte nutricional no paciente idoso: definição, diagnóstico, avaliação e intervenção. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 31, p. 54-61, jan./mar. 1998. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/1998/vol31n1/suporte_nutricional_paciente_idoso.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2010.

PINTO NETO, A. M. et al. Consenso brasileiro de osteoporose 2002. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 42, n. 6, p. 343-354, nov./dez. 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=386657&indexSearch=ID>>. Acesso em: 23 fev. 2010.

SÍNDROME metabólica: critérios e definição. Disponível em: <<http://www.mega21.com.br/artigo/196-Sindrome-Metabolica-Criterios-e-definicao.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

SUNDERLAND, T.; et al. Clock drawing in Alzheimer's disease: a novel measure of dementia severity. **Journal of the American Geriatric Association**, v. 37, p. 725-729, 1989.

VELLAS, B. GUIGOZ, Y. **Facts and Research in Gerontology**. [S. l: s.n], 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva, 1997.

YESAVAGE, J. et al. Development and validation of a geriatric screenig scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v. 17, 1983.

Jussara Gue Martini

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1979), especialização em Metodologia do Ensino Superior pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1982), especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1987), especialização em Enfermagem Comunitária pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1990), especialização on line em Investigação Sobre o fenômeno das Drogas pela Universidade de São Paulo (2006), especialização em Acupuntura pelo Colégio Brasileiro de Estudos Sistêmicos (2005), 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 preceptora do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família (PRISF) da Universidade Federal de Santa Catarina. Integra a diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) - Gestão 2007 - 2010, exercendo a Diretoria de Publicações e Comunicação Social. 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) e Diretora de Publicações e Comunicação Social da ABEn - Nacional (2007-2010).

Ana Lúcia S. F. 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, odontogeriatrics, 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