

Especialização Multiprofissional em  
**Saúde da Família**



**Eixo III - A Assistência na Atenção Básica**  
**Atenção Integral à Saúde do Idoso**  
**Enfermagem**  
**2ª edição**



## 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

**Reitora** Roselane Neckel

**Vice-Reitora** Lúcia Helena Pacheco

**Pró-Reitora de Pós-graduação** Joana Maria Pedro

**Pró-Reitor de Pesquisa** Jamil Assereuy Filho

**Pró-Reitor de Extensão** Edison da Rosa

## CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Diretora** Kenya Schmidt Reibnitz

**Vice-Diretor** Arício Treitinger

## DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

**Chefe do Departamento** Antonio Fernando Boing

**Subchefe do Departamento** Sérgio Fernando Torres de Freitas

**Coordenadora do Curso** Elza Berger Salema Coelho

## COMITÊ GESTOR

**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

Eleonora Milano Falcão Vieira

Marialice de Mores

Sheila Rubia Lindner

## AUTORES 1ª EDIÇÃO

Jussara Gue Martini

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

André Junqueira Xavier

Lúcio José Botelho

## 2ª EDIÇÃO ADAPTADA

Jussara Gue Martini

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

André Junqueira Xavier

Lúcio José Botelho

Fernando Mendes Massignam

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

# Atenção Integral à Saúde do Idoso Enfermagem

2ª edição

**Eixo III**

A Assistência na Atenção Básica

Florianópolis  
UFSC  
2012

© 2012 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](http://www.unasus.ufsc.br).

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

---

U588a Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.  
Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.

Atenção integral à saúde do idoso: enfermagem [Recurso eletrônico] /  
Universidade Federal de Santa Catarina; Jussara Gue Martini; Ana Lúcia  
Schaefer Ferreira de Mello; André Junqueira Xavier. 2. ed. – Florianópolis :  
Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

68 p. (Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica).

Modo de acesso: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)

Conteúdo do módulo: Introdução. – Vulnerabilidades Ligadas à Saúde do  
Idoso. – Cuidados de Enfermagem à Saúde do Idoso. – Práticas Educativas  
na Atenção à Saúde do Idoso. – Experiências Exitosas do Trabalho  
Interdisciplinar na Atenção Básica – Saúde do Idoso.

ISBN: 978-85-8267-006-4

1. Saúde do idoso. 2. Atenção primária à saúde. 3. Medicina preventiva. 4.  
Cuidados de saúde. 5. Serviços de saúde para idosos. I. UFSC. II. Martini,  
Jussara Gue. III. Mello, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. IV. Xavier, André  
Junqueira. V. Título. VI. Série.

CDU: 613.98

---

## **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL**

**Coordenação Geral da Equipe:** Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

**Coordenação de Produção:** Giovana Schuelter

**Design Instrucional:** Soraya Medeiros Falqueiro

**Revisão Textual:** Maria Geralda Soprana Dias, Flávia Goulart

**Design Gráfico:** Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

**Ilustrações:** Rafaella Volkmann Paschoal, Fabrício Sawczen

**Design de Capa:** Rafaella Volkmann Paschoal

# SUMÁRIO

UNIDADE 1 INTRODUÇÃO .....	11
REFERÊNCIAS .....	16
UNIDADE 2 VULNERABILIDADES LIGADAS À SAÚDE DO IDOSO.....	19
2.1 Atividade física e nutrição.....	19
2.2 Uso de medicamentos e suas implicações .....	21
2.3 As quedas .....	22
2.4 A violência contra o idoso.....	25
2.5 A finitude e a perspectiva da morte .....	31
2.6 Idosos vivendo em locais de cuidados contínuos .....	32
REFERÊNCIAS .....	35
UNIDADE 3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM À SAÚDE DO IDOSO .....	37
3.1 Avaliação das necessidades de cuidado de enfermagem dos idosos .....	37
3.2 A família como foco no cuidado ao idoso.....	39
3.3 Histórico de enfermagem e exame físico.....	41
3.4 Imunizações.....	48
REFERÊNCIAS .....	51
UNIDADE 4 PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO .....	53
4.1 Educação para a compreensão da velhice.....	53
4.2 Orientações aos familiares cuidadores .....	55
4.3 Atividades educativas em saúde nos grupos de idosos.....	57
REFERÊNCIAS .....	62
UNIDADE 5 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA — SAÚDE DO IDOSO .....	65
5.1 Educação popular e promoção da saúde do idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa-PB.....	65
5.2 Grupo de hidroterapia – Fisioterapia Aquática “Projeto Mais Viver” .....	66
REFERÊNCIAS .....	68
SÍNTESE DO MÓDULO .....	69
AUTORES.....	70



## APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

O presente módulo traz à discussão a atenção integral à saúde do idoso e o processo de trabalho interdisciplinar da equipe de saúde da Atenção Básica. Para tanto, organizamos o conteúdo de modo a aprofundar os conhecimentos sobre o cuidado da pessoa idosa, procurando ampliar o olhar individual, e trazer também para a discussão aspectos relacionados às redes de apoio e aos cuidadores diretos desses idosos. Essas questões são retomadas e rediscutidas na especificidade de sua categoria profissional, com o foco na integralidade do cuidado.

Com isso, pretendemos ampliar a resolubilidade das ações na Atenção Básica, entendendo que somente por meio do trabalho em equipe, da integralidade do cuidado, do planejamento em saúde direcionado à pessoa idosa, respeitando sua singularidade, alcançaremos tal objetivo. Todos esses caminhos são indispensáveis para o desenvolvimento de uma prática acolhedora, humanizada e solidária.

Desse modo, é fundamental refletirmos a respeito dos potenciais de atuação dos profissionais da saúde neste campo, consolidando as competências relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos, ao tratamento e reabilitação, quer seja no âmbito da unidade de saúde, do território ou do domicílio.

## **Ementa**

Abordagem integral à saúde do idoso; humanização da assistência; trabalho em equipe interdisciplinar; vulnerabilidades ligadas à saúde do idoso; cuidados de enfermagem à saúde do idoso; práticas educativas na atenção à saúde do idoso; experiências exitosas do trabalho interdisciplinar da Atenção Básica na saúde do idoso.

### **Objetivo geral**

Compreender a atenção à saúde do idoso de maneira mais abrangente, de modo a incluir os diferentes olhares do trabalho em equipe nas questões relativas à atenção integral à saúde do idoso, os aspectos biológicos e sociais envolvidos no processo de envelhecimento, assim como medidas de promoção da saúde, preventivas de doenças e agravos, curativas e reabilitadoras, fundamentadas pela integralidade do cuidado.

### **Objetivos específicos**

- Refletir sobre as políticas de saúde voltadas para a pessoa idosa no Brasil e os principais indicadores de morbimortalidade dessa população.
- Compreender os aspectos biológicos e sociais envolvidos no processo de envelhecimento, refletindo sobre a potencial situação de vulnerabilidade da pessoa idosa.
- Conhecer as principais ações do cuidado de enfermagem à saúde do idoso, na perspectiva da integralidade da atenção e do trabalho em equipe.
- Identificar as práticas educativas direcionadas à atenção integral à saúde do idoso.
- Identificar possibilidades de trabalho interdisciplinar na Atenção Básica por meio do relato de experiências exitosas para subsidiar uma prática profissional fundamentada pela integralidade do cuidado.

**Carga horária: 30h**

## **Unidades de Conteúdo**

Unidade 1: Introdução

Unidade 2: Vulnerabilidades ligadas à saúde do idoso

Unidade 3: Cuidados de enfermagem à saúde do idoso

Unidade 4: Práticas educativas na atenção à saúde do idoso

Unidade 5: Experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na Atenção Básica – saúde do idoso



# PALAVRAS DOS PROFESSORES

Seja bem-vindo(a)!

Neste módulo, aprofundaremos os conhecimentos sobre a atenção integral à saúde do idoso, buscando ampliar as possibilidades de atuação dos profissionais da Atenção Básica 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 da saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento e reabilitação. É imprescindível que essas ações sejam desenvolvidas no âmbito da unidade de saúde, do território e na atenção domiciliar aos idosos e suas famílias.

Fundamentaremos a reflexão sobre a atenção integral à saúde da pessoa idosa a partir dos seguintes aspectos:

- As ações dos profissionais da saúde respondem às necessidades dessa população?
- O que preconizam as políticas de atenção à saúde do idoso, formuladas pelo Ministério da Saúde?
- Quais os desafios que o cuidado integral à saúde do idoso apresenta aos profissionais da equipe de saúde? Quais os limites da atuação desses profissionais e quais as possíveis estratégias que os mobilizam para superá-los?

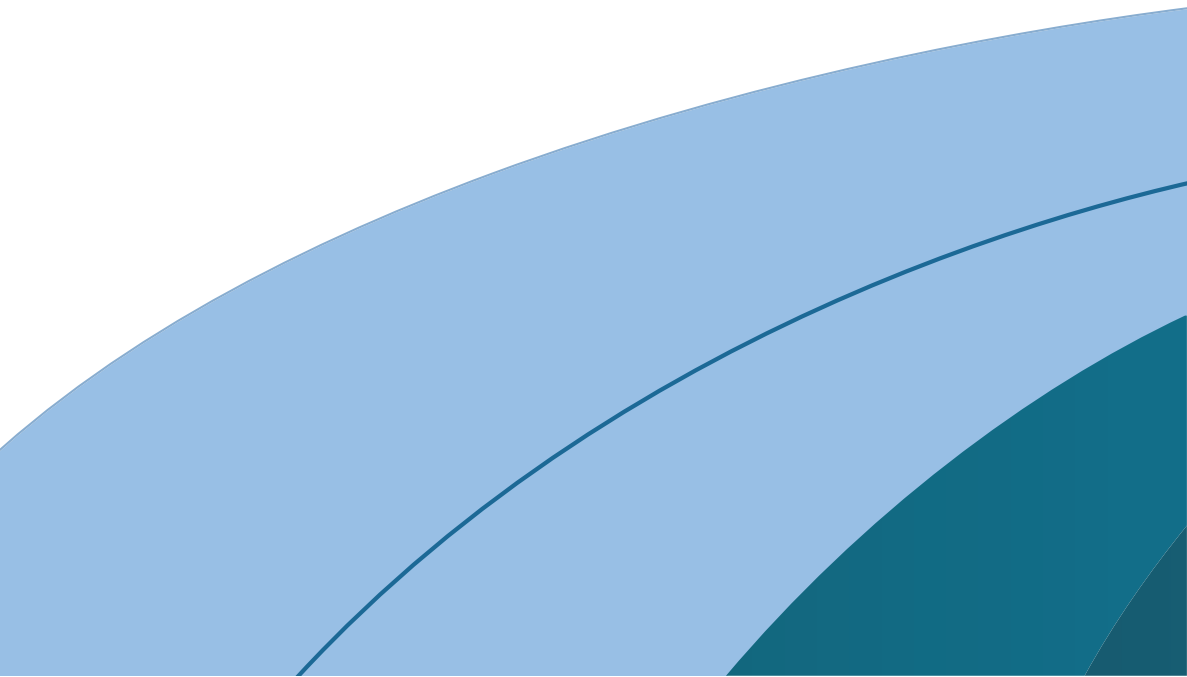
Serão discutidas as questões relativas às especificidades de sua área profissional, lembrando que o trabalho em equipe interdisciplinar fortalece a atenção integral à pessoa idosa.

Bons estudos!

Jussara Gue Martini  
Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello  
André Junqueira Xavier  
Lúcio José Botelho  
Fernando Mendes Massignam

Atenção Integral à Saúde do Idoso  
Enfermagem

# Unidade 1



# 1 INTRODUÇÃO

Os indicadores demográficos e de morbimortalidade demonstram, nas últimas décadas, um aumento no tempo de vida na maioria das populações, mesmo em países considerados em desenvolvimento. Embora ainda haja muita variabilidade social, a estrutura etária e os problemas de saúde são e serão, por algumas décadas, um dos principais desafios da sociedade e dos profissionais de saúde, a fim de que seja possível conciliar longevidade e qualidade de vida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta como principal desafio para a Saúde Pública a construção de uma vida ativa e autônoma no envelhecimento. Esse objetivo pode ser alcançado por meio do fortalecimento de políticas públicas de promoção da saúde, sobretudo aquelas voltadas para a população idosa, oportunizando qualidade de vida e bem-estar no envelhecimento.

Diante desta perspectiva, é preciso que a sociedade discuta coletivamente as questões históricas e culturais que ainda desvalorizam a pessoa idosa em nosso país. Para tal, novas **tecnologias, leves e duras**<sup>1</sup>, inovação e conhecimento, são aliados potentes para transformar de maneira justa e democrática a equidade na distribuição de serviços e facilidades para esse grupo populacional que mais cresce em nosso país.

Em 2020, o Brasil terá a sexta maior população mundial em termos de números absolutos de indivíduos com 60 anos ou mais. Em 2050, serão aproximadamente 14,2% de idosos no planeta (CHAIMOWICZ, 1997).

Diante desta realidade, mantidos os padrões atuais de qualidade de vida da população idosa, a proporção de indivíduos portadores de incapacidade nesta faixa etária alcançará o patamar de 25% para aqueles acima de 65 anos e 50% para aqueles com 85 anos ou mais (YOUNG apud CAMARANO, 2002). Muitas pessoas vivenciam essa fase da vida com diferentes graus de dependência. Enfrentar essa realidade pressupõe não apenas oportunizar o acesso aos serviços e bens de saúde, mas também investir alto no desenvolvimento social, econômico e político da população.

---

1 Merhy (2002) estabelece tipos de tecnologia para a área de saúde, agrupando-as e definindo-as como leve, leve-dura e dura. A tecnologia leve considera o processo de produção da comunicação, das relações, de acolhimento, de autonomização, de vínculos que conduzem ao encontro dos usuários com as necessidades de ações na saúde. A tecnologia leve-dura inclui os saberes estruturados, representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, da enfermagem, entre outras. A tecnologia dura pode ser representada pelo material concreto, como equipamentos tecnológicos (*hardware*), mobiliário permanente ou de consumo, normas e rotinas, estruturas organizacionais.

---

Na atualidade, o empobrecimento da população idosa é uma realidade que impressiona, uma vez que a remuneração percebida por meio de aposentadorias e pensões (sua principal fonte de renda) foi reduzida drasticamente com o passar dos anos. Em 1988, quase 90% dos idosos aposentados no Brasil recebiam contribuições de até 2,5 salários-mínimos (CHAIMOWICZ, 1997). Hoje, quase 25 anos depois, o valor médio das aposentadorias pagas pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é de R\$ 715,44 (SINDIFISCO NACIONAL, 2010). Tendo em vista que, em 2012, por exemplo, o salário mínimo corresponde a R\$ 622,00, fica evidente a pauperização do aposentado em nosso país. As transformações do perfil demográfico da população e no mercado de trabalho elevaram as contas da Previdência Social e fizeram com que, a partir de meados da década de noventa do século XX, fosse intensificado o debate acerca dessa instituição. Em 2002, o país tinha 9,3% da população com mais de 60 anos de idade. Desse montante, 77% eram aposentados ou pensionistas (IBGE, 2003).

Mesmo com a referida perda de poder aquisitivo, muitas famílias sobrevivem contando com o valor recebido pelo idoso a título de pensão ou aposentadoria e, muitas vezes, essa condição determina a própria posição da pessoa idosa na dinâmica familiar.

As mulheres são as que mais sofrem 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.

A situação se agrava quando existem condições adversas de trabalho, moradia e alimentação, favorecendo com isso uma frequência aumentada de doenças e de dependência. Neste sentido, 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”. É necessária a eliminação da pobreza na velhice, de modo a habilitar as pessoas idosas para que participem plenamente da vida social, econômica e política de suas sociedades, oportunizando a realização pessoal e o bem-estar do indivíduo em todo o curso de sua vida.

A existência de ambientes socioculturais marcados pelo respeito à pessoa idosa e o reconhecimento do valor do envelhecimento saudável são pilares para o desenvolvimento de ações de saúde dirigidas a essa população. Sob tal inspiração, a OMS lançou, em 2005, o Projeto Cidade Amiga do Idoso, em 33 grandes cidades nos cinco continentes, com vistas a gerar um guia identificador das características principais dessas cidades.

Uma cidade amiga do idoso é aquela que adapta suas estruturas e serviços para que sejam acessíveis e inclusivos às pessoas idosas com diferentes necessidades e capacidades, o que estimula o envelhecimento ativo ao otimizar as oportunidades para a 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 consigam autoavaliar-se em nove 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, planejar e implementar ações que tornem mais amigáveis os lugares onde vivem, beneficiando a todos.

---

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

---

No Brasil, em 1999, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 1.395 GM/MS (BRASIL, 1999), lançando a Política de Saúde do Idoso, revisada pela Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006a). Buscando reverter o enfoque do modelo assistencial à saúde, essa política apresenta como eixos orientadores as medidas preventivas, a promoção da saúde e o atendimento multidisciplinar específico para os idosos.

A Política de Saúde do Idoso tem como diretrizes norteadoras incentivar e viabilizar formas alternativas de cooperação intergeracional, com atuação junto às organizações da sociedade civil, representativas dos interesses dos idosos, com vistas à formulação, implementação e avaliação das políticas, planos e projetos relacionados à saúde do idoso. Prioriza ainda: o atendimento por suas próprias famílias das pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, em detrimento ao atendimento asilar; a promoção de educação permanente dos profissionais de saúde, especialmente nas áreas de geriatria e gerontologia; a prioridade para o atendimento do idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços; e o fomento à discussão e desenvolvimento de estudos referentes à questão do envelhecimento (BRASIL, 1999).

Outro instrumento legal de proteção ao idoso, o Estatuto do Idoso, foi publicado em 2003. Esse documento contribui sobremaneira para a conscientização do direito dos idosos em relação às questões de saúde, regulamentando as medidas de proteção, com o estabelecimento de penalidades para aqueles que violarem tais direitos, e contempla, também, as áreas de educação, habitação e transportes.

Vale mencionar ainda a Portaria n. 73/01 da SEAS/MAPS (BRASIL, 2001), que orienta o funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil; e a RDC n. 283/05, da ANVISA (ANVISA, 2005), que aprova o Regulamento Técnico que, entre outras normas, exige um plano de atenção integral à saúde dos idosos residentes em instituições de longa permanência (ILPIs).

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 n. 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, 2006b).

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 a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social;
- formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- divulgação e informação sobre a política nacional de saúde da pessoa idosa para 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 nessa área.

No sentido de operacionalizar a atenção ao idoso na Atenção Básica, foi publicado, em 2006, o *Caderno de Atenção Básica*, n. 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 que favoreçam a qualidade de vida. Além disso, seguindo o princípio da territorialização, as equipes de saúde devem ser responsáveis pela atenção à saúde de todos os idosos cadastrados na sua área de abrangência, inclusive os que residem em ILPIs, públicas e privadas (BRASIL, 2006c).

O cuidado ao idoso, assim como a toda a população, na Atenção Básica engloba questões maiores que a atenção clínica. Concentra-se, neste sentido, no fomento à construção de espaços coletivos de discussão sobre o território, visando ao debate social acerca de todos os aspectos envolvidos no processo saúde-doença, tais como: o acesso à água potável, a coleta segura de resíduos de todos os tipos, moradia adequada, alimento seguro e nutritivo, sistema de transporte adequado às necessidades, serviços de saúde e educação, inclusive uma rede de apoio familiar e comunitário, etc. (MIYATA et al., 2005).

Argumenta-se que essa concepção, fundamentada na vigilância em saúde e nos determinantes sociais de saúde, encontra na Atenção Básica suas melhores potencialidades de operacionalização, contribuindo para as mudanças almejadas no SUS. No entanto, a integração das práticas individuais e coletivas nos espaços de atuação das equipes de saúde ainda enfrenta obstáculos de natureza político-institucional, técnico-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.

Ao profissional de saúde compete a atenção integral a essa população na perspectiva de um cuidado que seja acolhedor, humanizado e capaz de promover vínculos solidários, protagonismo, qualidade de vida e bem-estar.

## **SÍNTESE DA UNIDADE**

Vimos, nesta unidade, aspectos importantes sobre os indicadores demográficos e de morbimortalidade, assim como a variabilidade social, a estrutura etária e os problemas de saúde que são dos principais desafios para a sociedade e para os profissionais de saúde frente à longevidade e à qualidade de vida.

Também elencamos fatores que podem interferir na saúde do idoso, reforçando que o cuidado ao idoso, assim como à toda a população na Atenção Básica, engloba questões maiores que a atenção clínica. Destacamos o caráter interdisciplinar do cuidado à saúde do idoso, a atenção humanizada, o acompanhamento e o apoio domiciliar, a diminuição das barreiras físicas e não físicas dos serviços de saúde, e a promoção de hábitos que favoreçam a qualidade de vida.

Esperamos, com isso, reforçar a importância de conhecer a realidade dos idosos de sua área, observando as dificuldades e as potencialidades dessa população em relação à saúde, para que a equipe de saúde possa planejar ações de cuidado que respondam às necessidades do idoso, de sua família e da comunidade e que seja acolhedor, humanizado e capaz de promover vínculos solidários, protagonismo, qualidade de vida e bem estar.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos, de caráter residencial. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/RES\\_283.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/RES_283.pdf)>. Acesso em: 02 jun. 2012.

BRASIL. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1999. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria\\_1395\\_de\\_10\\_12\\_1999.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf)>. Acesso em: 02. jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, nas modalidades previstas na Política Nacional do Idoso, e aos desafios que o crescimento demográfico impõe ao país. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf)>. Acesso em: 02 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional da pessoa idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 02 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abca19.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abca19.pdf)>. Acesso em: 02 jun. 2012.

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

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2170.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2012.



IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais 2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: <[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/sintese\\_indic/indic\\_sociais2003.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/sintese_indic/indic_sociais2003.pdf)>. Acesso em: 02 jun. 2012.

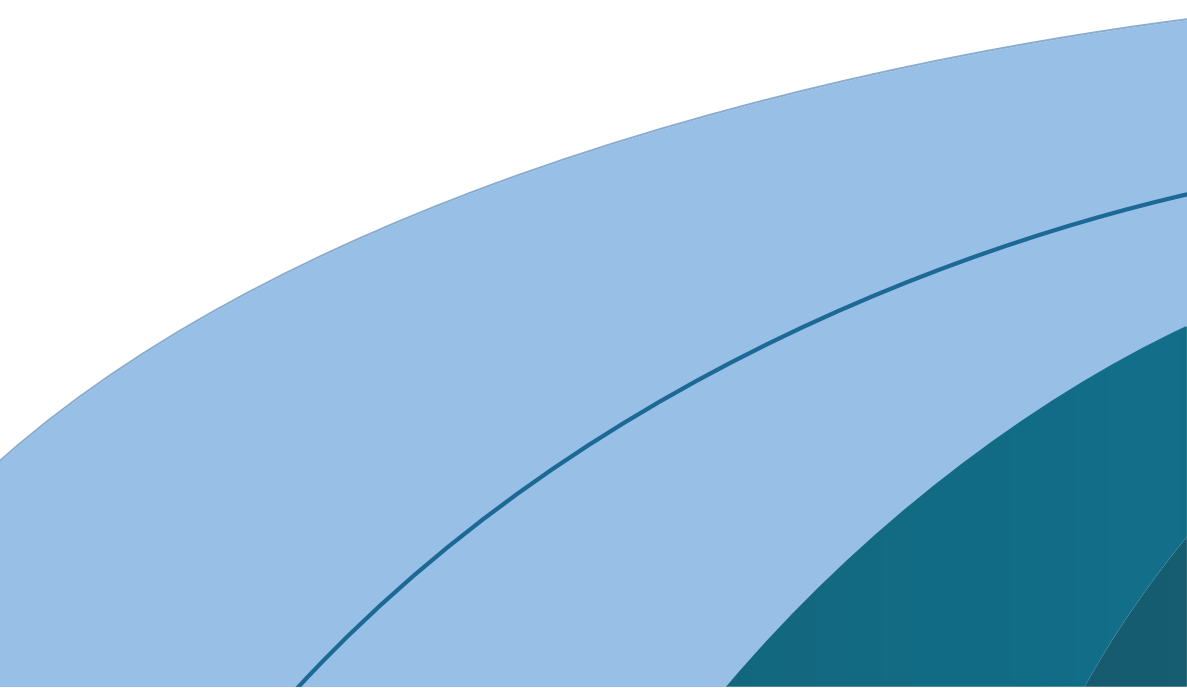
MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

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

SINDIFISCO NACIONAL. **Previdência**: a reforma incompleta. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://www.sindifisconacional.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&catid=45%3Ana-midia&id=7353%3AREforma+&Itemid=73&lang=pt](http://www.sindifisconacional.org.br/index.php?option=com_content&view=article&catid=45%3Ana-midia&id=7353%3AREforma+&Itemid=73&lang=pt)>. Acesso em: 02 jun. 2012.

Atenção Integral à Saúde do Idoso  
Enfermagem

# Unidade 2



## 2 VULNERABILIDADES LIGADAS À SAÚDE DO IDOSO

A presente unidade traz à discussão questões referentes à saúde integral da pessoa idosa, procurando enfatizar aspectos relacionados a sua condição física e nutricional, além de abordar possíveis ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento de agravos e de reabilitação.

Outro aspecto importante é a relação da pessoa idosa com a finitude e a morte (sua própria morte e de seus entes próximos), que exige do profissional de saúde a atitude de dialogar a esse respeito durante os encontros com pessoas nessa faixa etária. É igualmente importante abordar a **institucionalização**<sup>2</sup>, especificamente sobre quando e como pode ser considerada uma boa opção e, finalmente, falar sobre as **quedas físicas**<sup>3</sup>, frequentes entre as pessoas idosas.

Ainda dentre os traumas, discutiremos a violência contra o idoso, como identificá-la e quais as possíveis condutas que o profissional pode adotar diante dessa situação.

Esperamos evidenciar aspectos que tornam a pessoa idosa potencialmente vulnerável, demonstrando como o profissional de saúde, e aqui, mais especificamente, o enfermeiro, pode auxiliar o idoso e sua família a lidar, superar ou minimizar os problemas que possam surgir nessa idade.

### 2.1 Atividade física e nutrição

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

---

2 Na língua portuguesa, institucionalização é o “ato ou efeito de institucionalizar”. *Institucionalizar*, por sua vez, é “dar o caráter de instituição, adquirir o caráter de instituição”; “dar forma institucional”. Assim, o idoso institucionalizado é aquele a quem se dá ou que adquire o caráter de instituição, que se transforma em instituição, o que, obviamente, não faz sentido. Já na língua inglesa, o verbo correspondente a institucionalizar, *to institutionalize*, tem uma acepção a mais, a de colocar ou confiar alguém aos cuidados de uma instituição especializada. REZENDE, Joffre M. de. “Institucionalização” do idoso. In: REZENDE, Joffre M. de. **Linguagem médica** 3. ed. Goiânia: AB Editora e Distribuidora de Livros Ltda., 2004.

---

3 As quedas físicas, além de muito frequentes nessa faixa etária, também interferem na saúde e na qualidade de vida dos idosos, pois, em virtude de sua condição óssea, pode demandar muito tempo a sua total recuperação.

---

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

Os profissionais da equipe de Atenção Básica devem planejar com o idoso um programa de exercícios que atenda às suas necessidades e que, quando necessário, considere suas limitações, encorajando-o a preservar suas capacidades e aumentar a independência e a [autonomia](#)<sup>4</sup>.

---

4 É a capacidade de decisão e comando da pessoa sobre suas ações, estabelecendo e seguindo regras próprias. No quadro de dependência funcional, o idoso revela a incapacidade de viver satisfatoriamente sem a ajuda de terceiros, por motivos de limitações físicas ou cognitivas.

---

---

A realização de atividades físicas de maneira continuada é influenciada pelos resultados positivos decorrentes de sua prática, pela ausência de efeitos indesejados (dores, desconfortos, piora nas funções diárias) e pela satisfação alcançada com a atividade.

---

Na realização de atividades físicas, é necessário que se considerem também questões de segurança, como, por exemplo, uso de calçados e roupas adequadas ao exercício, hidratação e exposição ao frio ou calor excessivo. É preciso que a pessoa idosa fique atenta a quaisquer alterações durante a prática do exercício físico e, em caso positivo, que converse com a equipe de saúde, procurando esclarecer dúvidas e implementando o tratamento, se necessário.

Em relação à alimentação nessa faixa etária, as necessidades nutricionais diárias são determinadas pelo nível de atividades e por suas condições clínicas, além de sofrerem influência de hábitos e costumes familiares, étnicos e culturais. Muitas vezes, somam-se a essas questões outras referentes ao acesso do idoso aos alimentos, também moduladas por restrições financeiras e pela capacidade física para o preparo das refeições.

O nutricionista do NASF pode auxiliar nas orientações e no acompanhamento do idoso, contribuindo na determinação de suas necessidades individuais de ingestão de alimentos. Outros profissionais de saúde, como os agentes comunitários de saúde podem ajudar na detecção de limitações cotidianas, como disfagia, ausência de dentes, uso de próteses dentárias inadequadas, dificuldade de memorizar o que e quando ingeriu os alimentos ou, ainda, sobre como prepará-los.

## 2.2 Uso de medicamentos e suas implicações

Cerca de um terço dos idosos utiliza diariamente algum tipo de medicamento, e esses medicamentos podem ter sido prescritos, ou não, por profissional habilitado para tal. Além disso, muitos fazem uso de mais de um tipo de medicamento, como cardiotônicos, anti-hipertensivos, analgésicos, sedativos, laxantes, antiácidos, antidepressivos, etc. Seu uso concomitante, além de aumentar o risco de reações adversas, diminui a segurança, pois pode ocorrer a troca de suas dosagens, de horários de ingestão ou, ainda, produzir efeitos antagônicos entre si.

---

Embora, em algumas situações, seja indicado o uso de múltiplos medicamentos em função das condições agudas e crônicas de adoecimento, uma revisão periódica, criteriosa e completa de todas as medicações em uso é fundamental.

---

Na revisão periódica da medicação utilizada pela pessoa idosa, o enfermeiro deve, junto com o médico, com o farmacêutico e com o próprio indivíduo e sua família, avaliar os benefícios da terapia medicamentosa, as reações adversas e interações medicamentosas, considerando os riscos relacionados ao equilíbrio, à mobilidade, às quedas, constipações, à incontinência urinária, certificando-se ainda de que a terapêutica proporciona os maiores benefícios e os menores riscos (POTTER; PERRY, 2005).



### Na Prática

Neste sentido, o trabalho em equipe e a troca de informações e conhecimento entre os profissionais podem auxiliar na tomada de decisão sobre como manter o esquema de medicamentos adequado às necessidades do idoso, com menor prejuízo possível.

---

A administração de terapia medicamentosa é um fator relevante para a manutenção da saúde do idoso, mas possui também riscos significativos por envolver habilidades complexas. Os profissionais da equipe de saúde podem atuar de forma colaborativa com os idosos e seus familiares, conversando sobre aspectos relacionados à segurança e ao uso apropriado dos medicamentos, discutindo formas alternativas de reconhecer o nome dos fármacos, o modo de ingerir os medicamentos, a utilização de referências como símbolos e práticas do cotidiano do idoso, para facilitar a memorização do horário do medicamento.

Algumas estratégias podem ser empregadas pela equipe de saúde junto aos idosos em relação à administração de terapia medicamentosa, tais como:

- a checagem do uso correto dos medicamentos no dia a dia (doses e horários);
- a organização dos fármacos;
- a elaboração de mecanismos que auxiliem na identificação (por exemplo, a redefinição de embalagens);
- a disponibilização clara de informações de posologia, facilitando a visualização;
- o incentivo a familiares, que podem contribuir nessa tarefa;
- a orientação sobre os efeitos dos medicamentos, bem como suas interações com os alimentos e com outros medicamentos.

---

O uso de medicamentos que interferem no nível de consciência e na capacidade de concentração do idoso exige atenção, uma vez que aumenta os riscos de acidentes.

---

Alguns medicamentos têm como efeito colateral alterações na cavidade bucal, como, por exemplo, a hipossalivação, acompanhada ou não da sensação de boca seca (xerostomia). Essas situações aumentam o risco de cárie dentária e doenças gengivais, além de dificultarem o uso de próteses dentárias e gerarem desconforto. É importante que o enfermeiro, assim como os demais membros da equipe de saúde, fique atento a tais questões, evidenciando-as nas discussões de casos com os demais profissionais, como o cirurgião-dentista, o auxiliar de saúde bucal (ASB) ou o técnico em saúde bucal (TSB), na perspectiva da integralidade do cuidado.

## 2.3 As quedas

As quedas, em função de sua alta frequência e do impacto que produzem na qualidade de vida das pessoas idosas, devem fazer parte do planejamento das ações e das políticas públicas relativas à Saúde do Idoso nos diferentes níveis de atenção. A queda pode ser definida como “um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial” (MOURA et al., 1999, p. 18). Para Cunha e Guimarães (1989), a queda se dá em decorrência da perda total do equilíbrio postural, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares, envolvidos na manutenção da postura.

Alguns autores referem-se à queda como uma síndrome geriátrica. Pessoas de todas as idades apresentam risco de sofrer queda. Porém, para os idosos, elas possuem um significado muito relevante, pois podem levá-lo à incapacidade,

injúria e morte. Um episódio de queda pode levar o idoso a deixar de realizar suas atividades usuais em virtude do medo de sofrer novos episódios de queda. Muitas vezes, o resultado é a hospitalização e a transferência para uma instituição de longa permanência para a reabilitação por longos períodos. O custo social é imenso e torna-se maior quando o idoso tem diminuição da autonomia e da independência ou passa a necessitar de institucionalização.

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

No Brasil, segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, o número de óbitos por queda, considerando o registro do CID-BR-10, entre pessoas com 60 anos ou mais, em 2007, alcançou 4.959 casos. Embora, proporcionalmente, esse número pareça pequeno (0,03%), é preocupante que idosos morram exclusivamente pelo fato de terem sofrido um episódio de queda. Além disso, a taxa média de mortalidade no primeiro ano pós-trauma é de 21,8%. A idade avançada, doenças prévias associadas e o sexo masculino são os fatores de maior contribuição para a ocorrência de óbito entre os idosos (VASCONCELOS et al., 2009).

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

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

As intervenções da equipe de saúde em relação a esse problema direcionam-se ao planejamento de ações de saúde e à redução dos riscos ambientais, com atuação interdisciplinar em conjunto com os profissionais do NASF. Algumas

vezes, medidas relativamente simples, como a reorganização da mobília, de modo a propiciar uma passagem livre até o banheiro ou manter luzes acesas à noite, podem reduzir consideravelmente o risco de quedas no ambiente doméstico. Hoje, está disponível uma variedade de equipamentos de segurança, como pisos antiderrapantes, barras de sustentação, apoios para os sanitários, bengalas, andadores, todos com a finalidade de oferecer proteção ao idoso.

Um instrumento muito prático disponibilizado para acompanhamento da situação de risco do idoso para quedas é a caderneta de saúde da pessoa idosa, disponibilizada pelo Ministério da Saúde desde 2007. Essa caderneta serve para o registro de informações importantes sobre a saúde, tais como controle de peso, glicemia e medicação utilizada. É uma ferramenta de identificação de situações de risco potencial para o idoso. Por exemplo, deve-se registrar se o idoso caiu alguma vez no ano. Se ele caiu mais de uma vez, é preciso planejar e organizar as ações de promoção, recuperação e manutenção da capacidade funcional.



#### Link

Essa caderneta e seu manual de preenchimento estão disponíveis no endereço:  
 <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29686&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29686&janela=1)>.

Apresentamos a seguir os riscos domésticos para quedas, para os quais os profissionais da equipe de saúde precisam estar atentos quando realizam visita domiciliar aos idosos. Confira.

RISCO DOMÉSTICOS PARA QUEDAS	
Presença de tapetes pequenos e capachos em superfícies lisas.	Escadas com piso muito desenhado (dificultando a visualização de cada degrau).
Carpetes soltos ou com dobras.	Uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com solado escorregadio.
Bordas de tapetes, principalmente, dobradas.	Roupas compridas, arrastando pelo chão.
Pisos escorregadios (encerados, por exemplo).	Má iluminação.
Cordas, cordões e fios no chão (elétricos ou não).	Cadeira, camas e vasos sanitários muito baixos.
Ambientes desorganizados com móveis fora do lugar, móveis baixos ou objetos deixados no chão (sapatos, roupas, brinquedos, etc).	Cadeiras sem braços.
Móveis instáveis ou deslizantes.	Animais, entulhos e lixo em locais inapropriados.
Degraus da escada com altura ou largura irregulares.	Objetos estocados em lugares de difícil acesso (sobe-se numa cadeira ou banco para alcançá-los).
Degraus sem sinalização de término.	Escadas com iluminação frontal.

Quadro 1 – Riscos domésticos para quedas  
 Fonte: Brasil, 2006.



Lembre-se de que ações de orientação para a promoção de ambiente adequado para o idoso de forma a prevenir acidentes domésticos podem significar uma vida mais longa e saudável para o idoso.



---

### Leitura Complementar

A equipe de saúde pode intervir em grande parte dos fatores de risco relacionados às quedas. Discuta as medidas de prevenção de quedas apresentadas no seguinte material:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf)>.

---

## 2.4 A violência contra o idoso

Além das quedas, a violência contra o idoso, também denominada de “maus-tratos”, conforme Minayo (2003), é um importante fator relacionado à vulnerabilidade do idoso e, por este motivo, deve ser compreendida pelo menos sob três parâmetros: demográfico, socioantropológico e epidemiológico.

---

O recente e crescente interesse sobre o tema da violência no âmbito mundial, vinculado ao progressivo aumento da população idosa em quase todos os países do mundo, repercute nas formas de visibilidade social desse grupo etário e na expressão de suas necessidades.

---

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

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

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

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

Em uma investigação com o objetivo de compreender a situação de violência que grande parte dos idosos brasileiros vivencia, Minayo (2003) explorou os dados sobre morbidade e mortalidade por violência, no período de 1980 a 1998, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do MS e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e realizou revisão bibliográfica acerca da temática nas bases MEDLINE, LILACS E CLAVES, na década de 1990.



### Link

Você pode acessar as bases nos links a seguir. Confira:

MEDLINE: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&base=MEDLINE&lang=p&form=F>>.

LILACS: <<http://lilacs.bvsalud.org/>>.

CLAVES: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamento/claves>>.

---

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

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

Em serviços que proporcionam espaços de discussão sobre o tema, Souza, Freitas e Queiroz (2007) analisaram informações sobre violência contra idosos, denunciaram violências vivenciadas por idosos e, ainda, esclareceram dúvidas

relacionadas ao Estatuto do Idoso, na cidade de Fortaleza (CE). Foram avaliados 424 processos investigativos, referentes ao ano de 2005, sendo que em 284 casos aparecia o abandono de idosos por seus familiares. Os principais autores da agressão contra o idoso foram os filhos em 207 denúncias de violência, seguidos de outros parentes. Os familiares foram os autores de 132 denúncias e 85 eram denúncias contra órgãos públicos.

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

É importante o acompanhamento das famílias dos idosos pela equipe de Atenção Básica, pois evidências demonstram que é no contexto familiar que as agressões contra os idosos são praticadas, e em geral pelos filhos homens. Estes e os cônjuges são responsáveis por 2/3 dos casos de maus-tratos no cenário doméstico.

---

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

---

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

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

Os mecanismos implicados nas situações de violência familiar no Brasil ainda se configuram em uma questão a ser solucionada. Muitas vezes, o agressor não é punido e o reclamante pode sentir-se exposto a reações violentas por parte dos denunciados. A maioria das ocorrências de violência contra idosos é revelada por denúncias anônimas, principalmente por telefone.



## Na Prática

A precariedade na formação profissional para a realização de diagnóstico e abordagem do problema tem sido muitas vezes uma dificuldade encontrada pelos profissionais de saúde no manejo da violência contra os idosos, e também em relação a outros tipos de violência. Tal deficiência na formação do profissional de saúde contrasta com a percepção de que a violência é um problema social de grande dimensão e que afeta toda a sociedade, atingindo, especialmente, e de forma continuada, mulheres, crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com necessidades especiais.

A identificação de sinais de violência contra as pessoas idosas é frequentemente negligenciada no atendimento à saúde, quer pela dificuldade em identificá-los, quer pela ausência de suporte formal para auxiliar tanto as vítimas quanto os profissionais. Essa identificação, embora seja negligenciada com certa frequência nos serviços de saúde, deve ser notificada por meio de [ficha específica](#)<sup>5</sup>.

5 Essa ficha encontra-se disponível no Anexo 15 do *Caderno de Atenção Básica* n. 19, do Ministério da Saúde.

A ficha específica é útil na identificação das várias formas de violência por parte das equipes de saúde, na criação de espaços de reflexão e formação sobre o tema nos serviços de saúde e nas demais instituições situadas na área de atuação da equipe.

Cabe às equipes a identificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência, notificando-os, bem como a promoção de ações de prevenção dessas violências, por meio da educação em saúde com os familiares, estimulando uma rede de proteção à pessoa idosa. É também um de seus papéis, o fomento a uma cultura de paz e de promoção da saúde, além da proposição de estratégias intersetoriais que busquem ambientes que ofereçam segurança e qualidade de vida às pessoas idosas.

O Ministério da Saúde propõe um instrumento desenvolvido e validado em Porto Rico, para ser utilizado na avaliação de maus tratos contra pessoas idosas, com o objetivo de identificar situações de violência. Deve ser aplicado à pessoa idosa sozinha, para evitar constrangimentos. As respostas afirmativas ao questionário sugerem situação de violência, para as quais os profissionais de saúde precisam tomar as medidas determinadas na legislação vigente, como a notificação aos órgãos competentes. A avaliação do **APGAR**<sup>6</sup> da família auxilia a construção de projetos terapêuticos, fortalece os laços positivos e possibilita maior segurança e qualidade de vida à pessoa idosa.

Observe, a seguir, o instrumento de avaliação de violência e maus tratos contra a pessoa idosa:

---

6 O APGAR da família é um instrumento de avaliação destinado a refletir a satisfação de cada membro, e os diferentes escores devem ser comparados para avaliar o estado funcional da família. O acrônimo APGAR, proveniente da língua inglesa, significa: Adaptação (*Adaptation*), Participação (*Partnership*), Crescimento (*Growth*), Afeição (*Affection*) e Resolução (*Resolve*).

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. de. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 709-714, 2002.

---

**AValiação DE VIOLência E MAUS TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA**

1. No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem gritado com o (a) Sr (a) sem razão?	( ) Sim ( ) Não (vá para a questão 3)
2. Com que frequência?	( ) Todos os dias da semana ( ) 2 ou 3 vezes na semana ( ) Uma vez na semana ( ) 2 a 3 vezes ao mês ( ) Uma vez ao mês ou menos
3. No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam o (a) tem chamado por algum nome ou apelido que o (a) Sr (a) não goste?	( ) Sim ( ) Não (vá para a questão 5)
4. Com que frequência?	( ) Todos os dias da semana ( ) 2 ou 3 vezes na semana ( ) Uma vez na semana ( ) 2 a 3 vezes ao mês ( ) Uma vez ao mês ou menos
5. No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem usado ou manejado seu dinheiro sem seguir suas instruções?	( ) Sim ( ) Não (vá para a questão 7)
6. Com que frequência?	( ) Todos os dias da semana ( ) 2 ou 3 vezes na semana ( ) Uma vez na semana ( ) 2 a 3 vezes ao mês ( ) Uma vez ao mês ou menos
7. No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam o (a) tem ameaçado por não fazer o que eles querem que o (a) Sr (a) faça?	( ) Sim ( ) Não (vá para a questão 9)
8. Com que frequência?	( ) Todos os dias da semana ( ) 2 ou 3 vezes na semana ( ) Uma vez na semana ( ) 2 a 3 vezes ao mês ( ) Uma vez ao mês ou menos
9. No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam o (a) tem golpeado, batido ou esbofetado?	( ) Sim ( ) Não (vá para a questão 11)
10. Com que frequência?	( ) Todos os dias da semana ( ) 2 ou 3 vezes na semana ( ) Uma vez na semana ( ) 2 a 3 vezes ao mês ( ) Uma vez ao mês ou menos
11. No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam o (a) tem sacudido ou segurador de forma intimidadora ou ameaçadora?	( ) Sim ( ) Não (vá para a questão 13)
12. Com que frequência?	( ) Todos os dias da semana ( ) 2 ou 3 vezes na semana ( ) Uma vez na semana ( ) 2 a 3 vezes ao mês ( ) Uma vez ao mês ou menos
13. No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem roubado seu dinheiro ou algum de seus pertences?	( ) Sim ( ) Não (encerre as perguntas)
14. Com que frequência?	( ) Todos os dias da semana ( ) 2 ou 3 vezes na semana ( ) Uma vez na semana ( ) 2 a 3 vezes ao mês ( ) Uma vez ao mês ou menos

Quadro 2 – Avaliação de violência e maus tratos contra a pessoa idosa  
Fonte: Brasil, 2006.

Respostas afirmativas em qualquer uma das questões indicam a necessidade de investigação de situação de violência. É preciso que os profissionais de saúde estejam igualmente preparados para a identificação de sinais de violência deixados por lesões e traumas nos idosos.

## 2.5 A finitude e a perspectiva da morte

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

A experiência de perder familiares e amigos, muitas vezes, provoca o medo da morte. Esse medo tem características multidimensionais, e a religiosidade constitui-se em um ponto de apoio externo significativo. Fatores como a etnia, o sexo, a idade e o status socioeconômico influenciam a forma como os indivíduos lidam com essas questões (POTTER; PERRY, 2005).

É interessante destacar que, embora a morte seja uma experiência inevitável em nossas vidas, ela é, também, a etapa que mais relutamos em aceitar. A dificuldade vivida por todos nós no enfrentamento das experiências de finitude e morte exige dos profissionais de saúde um aprendizado sobre este processo, desenvolvendo habilidades no manejo desta complexa vivência. Os profissionais de saúde precisam ter sensibilidade, visão e conhecimentos que lhe permitam compreender as necessidades de cuidado e que sejam capazes de definir as intervenções diante dos problemas identificados.

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



### Na Prática

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

---

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

---

A equipe de saúde deve ser encorajada a expressar seus próprios sentimentos sobre a morte. Discuta com sua equipe os fatores que fazem com que as pessoas tenham dificuldades de falar sobre a morte e de conversar sobre esse tema com os idosos.

---

## 2.6 Idosos vivendo em locais de cuidados contínuos

O enfermeiro da Atenção Básica pode não atuar diretamente no cuidado aos idosos abrigados em instituições de cuidados contínuos. No entanto, é importante que tenha condições de auxiliar a família do idoso em suas decisões sobre a necessidade desse tipo de instituição de cuidado e sobre o processo de avaliação das condições oferecidas.

A decisão familiar a respeito desse tipo de necessidade costuma ser muito traumática, e o aconselhamento profissional é fundamental para minimizar os sentimentos de culpa e frustrações quando a institucionalização torna-se inevitável. Assim, quando o idoso precisa de cuidado intensivo para realizar suas necessidades básicas de conforto, nutrição, hidratação, segurança e integridade da pele (prevenção e cuidados com lesões), e diante da impossibilidade de haver um familiar que seja capaz de atender com dedicação a tais necessidades, as instituições de cuidado contínuo podem ser a opção mais segura e adequada.

---

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

---



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

O profissional de saúde poderá orientar a família em relação aos fatores que devem ser avaliados para a definição da instituição onde o idoso será cuidado, incluindo a análise:

- dos custos;
- da filosofia de cuidado da instituição;
- da estrutura organizacional;
- dos serviços disponibilizados;
- da qualificação e do quantitativo da equipe;
- das instalações físicas oferecidas aos idosos residentes;
- da qualidade dos alimentos servidos;
- das atividades existentes; e
- do próprio espaço de participação dos familiares na política institucional.



#### Link

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

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria n. 73, de 10 de maio de 2001. **Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/senado/conleg/idoso/DOCS/Federal/Portaria73.doc>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 set. 2005. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/58109e00474597429fb1df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+283-2005.pdf?MOD=AJPERES>>.

---

Agora, convidamos você a fazer uma reflexão. Acompanhe.

Em uma visita domiciliar, o agente comunitário de saúde conhece um novo morador que veio residir na sua área de atuação. O Sr. João é idoso e mora com um filho que trabalha em uma fábrica no município vizinho e, por este motivo, fica fora de casa o dia inteiro. Esse idoso tem bastante dificuldade para se locomover e para realizar suas atividades diárias. O agente de saúde discute a situação na reunião da equipe de saúde, com a preocupação pelo fato de o idoso ficar sozinho em casa e não conseguir se alimentar e realizar as ações de autocuidado.

Na sua realidade, existem situações semelhantes? Como a equipe de saúde pode interferir nesta situação? Existem discussões semelhantes durante as reuniões de equipe? E os profissionais do NASF? Como podem oferecer apoio? Reflita acerca de situações como esta, com elementos do cotidiano, e discuta com seus colegas.

## SÍNTESE DA UNIDADE

Vimos, nesta unidade, aspectos importantes sobre a potencial condição de vulnerabilidade do idoso, assim como refletimos acerca da importância das atividades físicas, das orientações nutricionais e para a utilização racional e segura de medicamentos. Também elencamos fatores que podem interferir na saúde do idoso, como as situações de violência e o medo da morte. Além disso, abordamos a problemática envolvida nas instituições de cuidado contínuo, e discutimos sobre esta opção de cuidado ao idoso.

Esperamos, com isso, reforçar a importância de conhecer a realidade dos idosos de sua área, observando as dificuldades e as potencialidades dessa população em relação à saúde, para que a equipe de saúde possa planejar ações de cuidado que respondam às necessidades do idoso, de sua família e da comunidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/r/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd19.pdf](http://dab.saude.gov.br/r/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2012.

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

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

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

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

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

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

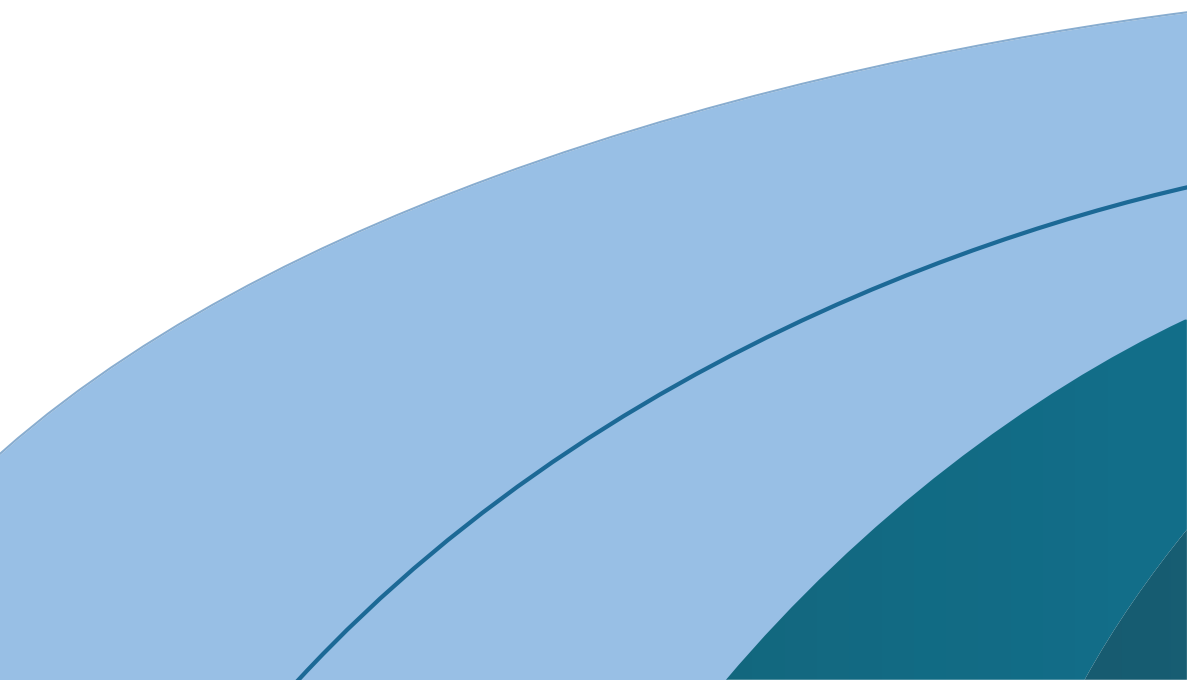
POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 6. ed. v. 1. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

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

VASCONCELOS et al. Morbimortalidade em Idosos por Fratura Proximal do Fêmur. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n. 18 v.1, p. 67-73, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a08.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2012.

Atenção Integral à Saúde do Idoso  
Enfermagem

# Unidade 3



## 3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM À SAÚDE DO IDOSO

Ao iniciarmos esta unidade, destacamos a importância das atitudes positivas, baseadas em uma avaliação realista das características e das necessidades dos idosos, criando oportunidades para seu envolvimento nas decisões sobre seus cuidados e suas atividades. Também vamos destacar a relevância do conjunto essencial de dados, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para a atenção à saúde do idoso.

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

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

### 3.1 Avaliação das necessidades de cuidado de enfermagem dos idosos

Os enfermeiros têm marcado presença no decorrer dos anos nos cuidados relativos à saúde dos idosos em muitos cenários. A prova disto é que, nas últimas décadas do século XX, a enfermagem gerontológica foi ampliada pelo número crescente de cursos de especialização e com o crescimento exponencial das publicações em periódicos indexados.

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

---

Os dados epidemiológicos apontam para o crescimento da população de idosos e indicam a necessidade urgente de discussão, entre os profissionais de saúde, de estratégias capazes de produzir um envelhecimento com qualidade que considere a complexidade envolvida no processo de envelhecer e as necessidades que cada ser humano demanda durante sua vida.

---

A prática de cuidados às pessoas idosas, segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional que leve em conta a grande interação dos fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual eles estão inseridos. A abordagem deve compreender as necessidades de saúde da população em questão.

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

---

A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também fazem parte da avaliação sistemática de auxílio aos idosos, objetivando prevenir e detectar precocemente o desgaste dos cuidadores.

---

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

Na perspectiva do cuidado complexo, a enfermagem gerontológica pode ser compreendida como:

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

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

A enfermagem gerontológica desenvolve abordagens criativas na identificação e na valorização das potencialidades dos idosos. Ao realizar uma avaliação compreensiva, busca as informações sobre as forças, recursos e limitações dos idosos. O enfermeiro, o idoso e sua família devem identificar, em conjunto, as necessidades e os problemas, para, em seguida, selecionarem as intervenções que possam restabelecer o ambiente de bem-estar e qualidade de vida para o idoso.

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

### 3.2 A família como foco no cuidado ao idoso

Na Atenção Básica, a família é o foco dos cuidados. Neste sentido, destacamos que, há mais de três décadas, diferentes disciplinas, como a Sociologia, a Antropologia, a História, entre outras, têm discutido aspectos relacionados ao conceito de família. Assim, ao iniciarmos as discussões sobre a atenção integral à saúde do idoso, temos como pressuposto o desafio de compreender a família, que embora conceituada de diferentes maneiras, mantenha elementos comuns, tais como interação, papéis e funções (SOUZA et al., 2008). Cuidar de famílias, nas múltiplas situações de vida, portanto, exige que os profissionais dominem, além dos conhecimentos clínicos, o manejo do referencial adequado à situação de vida da família em dado momento.



---

#### Na Prática

Procure resgatar o que aprendeu sobre a família, buscando conhecer o que os idosos e seus familiares pensam sobre o assunto. Questione os familiares sobre a participação do idoso na vida familiar. Provavelmente, você vai encontrar respostas diversificadas.

---

É importante respeitar e valorizar o conceito de família, sua constituição e seus componentes, mesmo quando as concepções de família forem divergentes (SOUZA et al., 2008). É preciso valorizar as potencialidades familiares a fim de possibilitar:

- a evolução da família em realizar suas tarefas, os papéis esperados e a capacidade de aprender, de ser flexível e adaptar-se; e
- a manutenção da estrutura e a funcionalidade da família, construindo estratégias de enfrentamento das dificuldades e crises, aprimorando as interações, os processos de comunicação e afetividade, compatíveis com as necessidades de seus membros, incluindo os idosos.

Embora, usualmente, a demanda ou a necessidade de cuidado da família se expresse por alguma situação de saúde, é preciso ir mais além. A equipe de saúde deve propiciar que a família faça narrativas de sua história e sua atual situação. Instrumentos como **genograma**<sup>7</sup> e **ecomapa**<sup>8</sup> são valiosos.

Devemos atentar para a inserção dos membros idosos da família e sua dinâmica nesses instrumentos.

---

7 No genograma, identificamos a composição familiar, o número de membros, suas idades e a situação dos relacionamentos (separação, morte, adoção, reconstituição de casais).

---

8 No ecomapa, é possível identificar alianças, rupturas, redes e apoios sociais (PEIREIRA et al., 2009).

---



### Link

Caso você queira conhecer esses instrumentos de trabalho com família, acesse o Caderno de Atenção Básica n. 19 - **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**, p. 171-174. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf)>.

---

O profissional de saúde também deve reconhecer valores, crenças e mitos presentes no contexto familiar. Não existe certo ou errado, mas sim o diferente. O profissional de saúde contribuirá se oferecer à família do idoso uma perspectiva nova e uma identificação não preconceituosa de seus problemas. Além disso, muitas vezes, o que se mostra tem causas veladas ou não reconhecidas como gênese de problemas.

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

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

Avaliar junto com a família seus recursos disponíveis para favorecer o bem-estar familiar pode ser uma valiosa ajuda do profissional de saúde.

---

As informações a respeito da família podem ser numerosas, de modo que é preciso definir acerca da real necessidade de avaliação e validação dessas informações.

---



Se a intervenção familiar adotada não está produzindo os resultados desejados, é necessário analisá-la e modificá-la para que não haja desgastes e frustrações quanto aos seus resultados. Os profissionais devem evitar produzir na família a sensação de não estar sendo ouvida ou o sentimento de descrença na intervenção. Essas situações podem resultar em afastamento, perda do vínculo e abandono das ações por parte das famílias.

Os profissionais, a pessoa idosa e seus familiares devem construir conjuntamente o plano de ação para retomar ou manter a saúde familiar. Conduções unilaterais, pela família ou pelos profissionais, delineiam perspectivas de insucesso. Já a reavaliação periódica desse trabalho, em parceria, permite reajustar as práticas de cuidado e tomar decisões, fortalecendo o protagonismo da família na manutenção de sua própria saúde (SOUZA et al., 2008).

### 3.3 Histórico de enfermagem e exame físico

A avaliação completa das condições de vida dos idosos exige dos profissionais de saúde o compartilhamento de informações e experiências importantes acerca da atenção integral à saúde dos idosos.

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

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

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

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

---

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

---

A rede de apoio à pessoa idosa é importante para que a sua condição de saúde se mantenha. Neste sentido, a família é essencial e precisa ser acionada e orientada pela equipe de saúde para o cuidado da pessoa idosa. A equipe precisa conhecer a funcionalidade familiar para poder estabelecer com ela um projeto de cuidado adequado à realidade vivenciada pelo idoso.

O Ministério da Saúde propõe um instrumento de avaliação da funcionalidade familiar, denominado APGAR de Família. A avaliação colabora na elaboração do projeto terapêutico e é um passo importante na construção de uma rede de apoio à pessoa idosa.

O APGAR representa um acrônimo – palavra formada pela primeira letra de cada item – derivado de:

- *Adaptation* (adaptação);
- *Partnership* (companheirismo);
- *Growth* (desenvolvimento);
- *Affection* (afetividade); e
- *Resolve* (capacidade resolutiva).

É um eficiente teste de avaliação rápida do funcionamento familiar no cuidado de pessoas dependentes. O instrumento permite uma medida unidimensional de satisfação com a dinâmica de funcionamento familiar, verificando a percepção das pessoas sobre suas famílias como um recurso ou como um fator estressor. A avaliação dos resultados se dá por meio de valores somados num escore de cinco questões.

- 0 a 4 = elevada disfunção familiar;
- 5 e 6 = moderada disfunção familiar;
- 7 a 10 = boa funcionalidade familiar.

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS	SEMPRE	ALGUMAS VEZES	NUNCA
		2	1	0
<p><b>A = Adaptation (Adaptação):</b> Representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família.</p>	Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
<p><b>P = Partnership (Companheirismo):</b> Compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e “alimentados”.</p>	Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
<p><b>G = Growth (Desenvolvimento):</b> Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudança de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar bem como seu desenvolvimento obtido através de apoio, auxílio e orientações mútuas.</p>	Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.			
<p><b>A = Affection (Afetividade):</b> Indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família</p>	Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
<p><b>R = Resolve (Capacidade resolutiva):</b> Representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço). Embora possa compreender todos estes aspectos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares neste domínio.</p>	Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.			

Continua...



coleta de dados e um exame físico apressados, permitindo o descanso da pessoa durante o exame ou programando sua realização em mais de uma sessão.



## Na Prática

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

O exame físico consiste na aplicação de conhecimentos e habilidades para interpretar o significado dos comportamentos, além de detectar alterações presentes no momento do exame. Os resultados da avaliação subsidiarão a definição do diagnóstico de enfermagem, fornecendo as bases de evidências necessárias para o planejamento da atenção. O exame físico é uma importante tecnologia para coletar dados de referência sobre a situação de saúde dos idosos, para complementar, confirmar ou contestar dados obtidos no histórico, para identificar diagnósticos de enfermagem e para avaliar os resultados do cuidado realizado.

Os dados provenientes do exame físico devem ser analisados em relação aos dados obtidos por meio do histórico (oportunidade em que o profissional de saúde estabelece um vínculo capaz de permitir o compartilhamento de informações sobre as suas preocupações, significados e vivências com o idoso). Isso indica que a história de saúde e a realização do exame físico requerem competências, habilidades, paciência, dedicação e precisão, com atenção aos detalhes, ambiente organizado e capacidade de realizar reflexões de maneira crítica.

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

A herança cultural de uma pessoa influenciará seu comportamento, definindo os modos como assume, por exemplo, a responsabilidade por sua saúde e sua percepção sobre quando buscar ajuda e a quem recorrer, quando necessário.

Suas crenças, o uso de terapias alternativas, seus hábitos de alimentação, sono, atividade física e seu relacionamento familiar são alguns dos aspectos que devem ser considerados pelo profissional de saúde nos momentos da entrevista e do exame físico.

---

É importante que o profissional de saúde se conscientize sobre a pluralidade cultural existente, sem, no entanto, favorecer a expressão de estereótipos ou a discriminação, na perspectiva do respeito às individualidades e ao cuidado de qualidade que atenda às necessidades dos idosos.

---

Em resumo, o profissional de saúde precisa estar atento às expressões do idoso durante o exame: a expressão facial e certos movimentos podem demonstrar medo ou preocupação, por exemplo. Pode ser necessária, algumas vezes, a interrupção do exame, verificando se o idoso deseja continuar ou prefere fazê-lo em outro momento, pois os resultados tendem a ser mais precisos no momento em que o idoso puder cooperar e relaxar.

Alguns princípios devem ser observados no momento do exame:

- perceber se os idosos são capazes de adaptarem-se a mudanças e discutir aspectos relativos à sua saúde;
- reconhecer que as limitações físicas podem limitar sua agilidade ao examiná-los – replaneje seu exame e, se necessário, reconsidere seu ritmo;
- durante o exame, oferecer pausas e observar detalhes. Respeite o estresse da pessoa idosa ao falar sobre algumas questões de sua vida e de sua intimidade.

Segundo Potter e Perry (2005), a avaliação deve incluir:

- atenção às características específicas em relação ao sexo, cultura, etc., pois existem inúmeros agravos à saúde que afetam diversamente nas pessoas de sexos ou culturas diferentes;
- os sinais de sofrimento e a postura do idoso, assim como os movimentos e as características da marcha, serão observados e devem definir as prioridades no momento do exame;
- as condições de higiene corporal, os odores, o vestuário podem indicar hábitos culturais, estilo de vida, nível socioeconômico e preferências pessoais;
- a fala, seu ritmo, volume, clareza e timbre podem indicar dificuldades emocionais, neurológicas ou respiratórias, entre outras;

- sinais que indicam abuso de drogas lícitas ou ilícitas devem ser observados;
- deve-se observar sinais de abuso ou violência, como lesões físicas, negligência (por exemplo, desnutrição, falta de asseio) ou medo do companheiro ou cuidador. Nos casos suspeitos, examine o idoso em ambiente privado. É mais provável que uma pessoa vítima de abuso fale sobre o assunto quando o agressor estiver ausente.

---

O adequado acompanhamento dos conteúdos aqui propostos depende da disponibilidade de tempo para revisar aspectos específicos do exame físico do idoso. Fique atento para as indicações feitas e pratique-as no dia a dia.

---

Os aspectos ressaltados aqui certamente não dão conta de todas as questões envolvidas na avaliação dos idosos. Após a coleta de dados do histórico de enfermagem e do exame físico, é preciso registrar com precisão os resultados encontrados. Normalmente, as unidades de saúde possuem formulários próprios, eletrônicos ou manuais para facilitar essa etapa do procedimento. Deve-se verificar se os registros da avaliação estão suficientemente completos e claros para subsidiar as decisões relacionadas com o planejamento dos cuidados ou se será necessário buscar informações complementares.

Numa perspectiva interdisciplinar, torna-se imprescindível conhecer as condições de saúde bucal do idoso, visando à detecção precoce dos problemas.

Recomenda-se verificar:

- a presença de dentes;
- próteses (fixas ou removíveis) e há quanto tempo;
- as condições de integridade dos dentes e próteses;
- a mucosa da boca;
- a sensação de boca seca.

Deve-se verificar/perceber se o idoso apresenta/tem:

- dificuldade ao se alimentar, tanto durante a mastigação quanto na deglutição;
- queixas de dor ou desconforto bucal;
- alterações de humor;
- mudança de hábitos alimentares, como a preferência por alimentos pastosos, líquidos, tenros ou rejeitando aqueles que necessitam de mastigação;

- queixas em relação a higiene bucal ou manipulação da sua boca;
- resistência ou recusa à realização da sua higiene bucal;
- mau hálito.

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

### 3.4 Imunizações

A imunização dos idosos é fundamental no cuidado integral à saúde do idoso, em virtude do comprometimento do sistema imunológico. Recordemos aqui algumas possibilidades de intervenção em seu território.

---

A adoção de uma dieta equilibrada é considerada uma importante medida na melhoria nos níveis de imunidade.

---

Manter o equilíbrio do estado nutricional, incluindo alimentos que afetem positivamente a imunidade pode melhorar a resposta imune mediada pelas células, aumentando a capacidade dos monócitos em eliminar as bactérias.

Outro fator que exerce grande influência na capacidade de resposta às agressões do meio é o controle dos níveis de estresse. O aumento dos níveis de estresse afeta diretamente o sistema imunológico (timo, baço e gânglios linfáticos).

A equipe de saúde pode desenvolver ações que potencializem a capacidade de reconhecer e de lidar positivamente com suas emoções, impedindo que essas afetem negativamente seu sistema imunológico.

Além disso, é imprescindível que o enfermeiro acompanhe a situação vacinal dos idosos da área de abrangência.

---

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

---

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



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

Os idosos institucionalizados e não vacinados deverão receber uma dose da vacina pneumocócica, repetida após cinco anos da primeira, caso a indicação persista. A vacina dupla adulto (dT) deve ser administrada a cada dez anos, podendo ser reforçada em cinco anos no caso de ferimentos considerados de risco para o desenvolvimento do tétano.

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



#### Link

Para conhecer melhor a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE):

MAZONI, Simone Roque et al. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a contribuição brasileira**. Rev. bras. enferm. 2010, vol.63, n.2, pp. 285-289. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/18.pdf>>.

Complemente e contextualize as informações sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Disponível em: <<http://www.unifesp.br/denf/NIE/cipe/fen.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de pessoa idosa**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta\\_idoso.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_idoso.pdf)>.

---

Agora, convidamos você a fazer uma reflexão. Observe o caso descrito a seguir.

Maria e José, com 70 e 80 anos, respectivamente, residem na área de abrangência da equipe de saúde. Em reunião de equipe, a enfermeira traz para a discussão a situação vivenciada pelo casal. Recentemente, José sofreu uma queda em seu domicílio que resultou em fratura de colo de fêmur. Ficou internado no hospital de referência para uma cirurgia e agora está em casa sob os cuidados da sua esposa. Os idosos moram sozinhos.

Os profissionais da equipe resolveram solicitar o auxílio do assistente social do NASF, para que, em conjunto com os dois idosos, procurassem soluções para o problema vivenciado por eles.

Você encontra em sua realidade, idosos morando sozinhos e que apresentam dificuldades para realizar as ações rotineiras do dia a dia? Esses casos são discutidos na equipe com a inclusão dos profissionais do NASF? A comunidade discute e auxilia nessas situações? Reflita acerca de situações vivenciadas em seu cotidiano e discuta com seus colegas.

## SÍNTESE DA UNIDADE

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

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad19.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, [2004]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta\\_idoso.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_idoso.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2010.

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

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

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. **International classification for nursing practice**. Version 1.0. Geneva, 2005. Disponível em: <<http://www.icn.ch/pillarsprograms/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

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

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

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

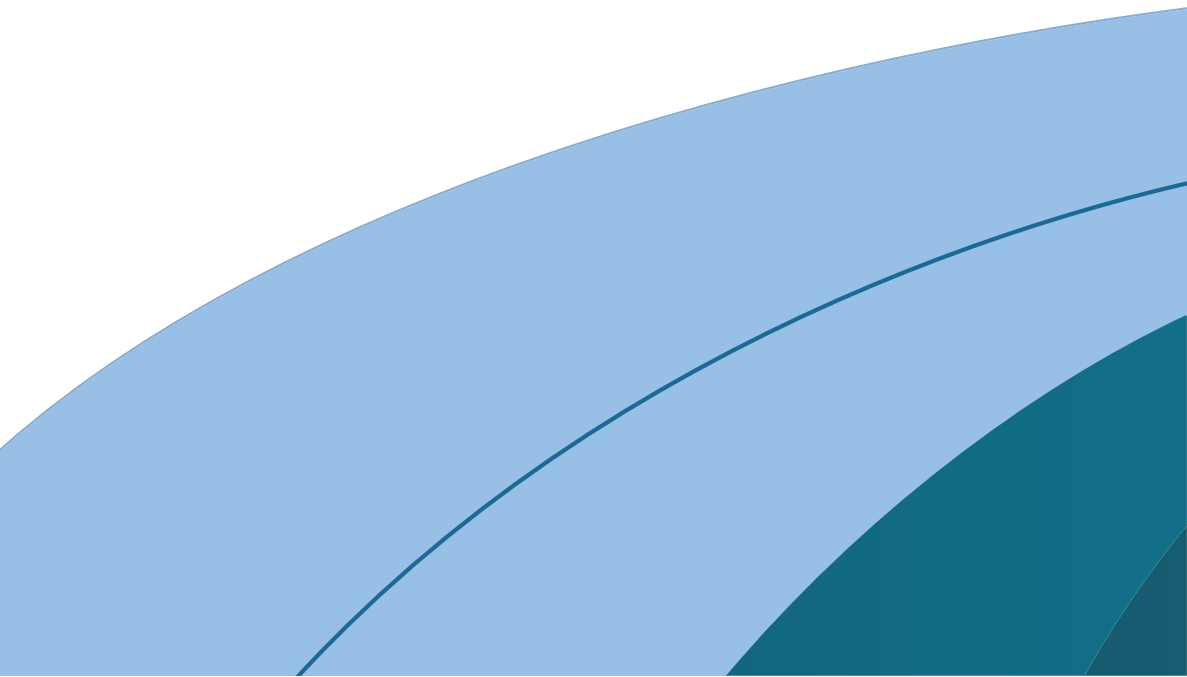
SALGADO, M. A. **Velhice, uma questão social**. São Paulo: SESC, 1980. 121p.

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



Atenção Integral à Saúde do Idoso  
Enfermagem

# Unidade 4



## 4 PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Buscaremos, nesta unidade, tratar de práticas de promoção de saúde, a fim de que a equipe de saúde, em conjunto com a pessoa idosa e seus familiares, possam implementar ações que evitem ou minimizem os problemas que interferem na saúde do idoso. Elas podem ter como público-alvo os idosos, seus cuidadores e familiares, numa perspectiva do trabalho integrado entre a equipe e a família. São práticas que se baseiam na compreensão ampliada acerca dos problemas e desafios típicos do processo de envelhecimento. Disponibilizaremos diversas estratégias para o sucesso dessas práticas e esperamos, com isso, que o planejamento e a implementação das ações em saúde sejam integradas na perspectiva do cuidado integral à saúde do idoso.

### 4.1 Educação para a compreensão da velhice

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

O profissional de saúde acompanha tanto as mudanças próprias dessa faixa etária como os mecanismos de enfrentamento utilizados durante sua adaptação a essas transformações. Além disso, procura compreender como o idoso se sente junto aos outros e consigo mesmo ao longo de todo esse processo; e avalia junto com ele os aspectos que se relacionam com a sua interação com familiares, aspectos íntimos, sociais; com as ocupações, atuais e do passado; com a situação financeira, moradia e ambiente; com a espiritualidade, a sexualidade, o isolamento social, com as perdas e com a morte.

O planejamento antecipado da aposentadoria pode amenizar as dificuldades associadas a esse processo, como o isolamento e a passividade, especialmente quando uma grande parte da vida do indivíduo foi dedicada ao trabalho e aos relacionamentos dele decorrentes. Nesses casos, a perda desse vínculo pode significar a perda das trocas sociais e da rede social de apoio, com alto impacto na satisfação do idoso com sua vida.

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

Inicialmente, a ênfase do cuidado ao idoso concentrava-se em nutrição, conforto, empatia e intuição. Atualmente, a valorização do cuidado integral e humanizado propicia o reconhecimento da complexidade dos processos de saúde/doença. Neste sentido, a equipe de saúde possui um importante papel na implementação de ações que auxiliem tanto na manutenção da saúde do idoso como na superação ou enfrentamento das doenças ou agravos que acometem essa população.

As situações de isolamento podem ser enfrentadas, por exemplo, a partir da promoção de redes sociais de apoio que revertam essa situação. Inúmeras comunidades desenvolvem programas que facilitam a socialização, como passeios, excursões, atividades de grupos, jogos, e até mesmo atenção via contato telefônico, entre outras opções.

---

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

---

As modificações nos papéis sociais, nas responsabilidades familiares e na capacidade das famílias de autogerirem o cuidado têm repercussões diretas na vida da pessoa idosa. Dependendo do seu grau de autonomia e de independência, alguns idosos escolherão viver em suas próprias casas e outros terão que viver com membros de suas famílias. Outros, ainda, por opção ou por falta de alternativas, terão que viver em instituições de longa permanência para idosos.

Com base em tais aspectos, a equipe de saúde, ao orientar os idosos e familiares sobre moradia, precisa avaliar o nível de dependência, tanto para a realização das atividades da vida cotidiana como para a manutenção financeira de suas necessidades, levando em conta o acesso ao transporte coletivo, perigos ambientais e rede de apoio social disponível, assim como realizando uma análise das necessidades futuras.

Ao abordar com os idosos as questões referentes à moradia, é preciso considerar as condições do ambiente, a mobilidade do idoso e as mudanças físicas relacionadas à visão e à audição. A escolha das cores, barras de apoio, os degraus, os desníveis, o brilho e a aderência dos pisos, as características da mobília, são alguns aspectos importantes durante a discussão de um ambiente seguro, adaptado às suas necessidades.

O objetivo da avaliação do ambiente é a promoção da independência e a manutenção das habilidades funcionais da pessoa idosa. É relevante, ainda, discutir com o idoso os riscos de acidentes que o ambiente oferece, tais como o uso de aquecedores, lareiras, tapetes, corredores com pouca iluminação, entre outros.

---

A avaliação da segurança de um ambiente, como também da capacidade do idoso de reconhecer e responder aos riscos, buscando um ambiente seguro, são componentes importantes na promoção da qualidade de vida dessa população.

---

## 4.2 Orientações aos familiares cuidadores

As questões relativas ao envelhecimento necessitam o envolvimento de toda a família, seja pela preocupação decorrente das influências da aposentadoria nos níveis de consumo familiar, seja, por exemplo, na decisão de uma filha de meia idade em aceitar cuidar de sua mãe em sua residência.

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

---

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

---

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



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

Nos casos em que as fragilidades estão instaladas, indica-se que a saúde do cuidador seja avaliada periodicamente e que o profissional de saúde programe intervenções que, segundo Eliopoulos (2005, p. 445), incluam ações como:

- uso seguro da medicação, reconhecimento dos problemas e dos recursos disponíveis para a atenção a situações específicas;
- programação de saídas das situações de cuidados, periodicamente, para obter folga e relaxamento e manter a rotina de vida necessária;
- cuidado de si, com sono adequado, repouso, exercícios, nutrição, socialização, isolamento, apoio, auxílio financeiro, redução do estresse e controles de saúde;
- orientações à família, para encarar realisticamente a situação, alertar para as situações críticas em que um cuidador leigo não será capaz de dar conta das necessidades de cuidado;
- ajuda à família na compreensão e avaliação da extensão das necessidades de cuidado do idoso;
- divulgação de informações que possam auxiliar na antecipação das necessidades de saúde da pessoa idosa;
- estímulo à expressão dos sentimentos, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento das crises;
- auxílio na compreensão dos processos de culpa, raiva, ressentimentos e depressão que possam surgir em decorrência dos sentimentos de “dever ser” ou de “obrigações de ser” relacionados às situações de cuidado ou de descuido;
- investigação e acompanhamento do impacto dos cuidados sobre toda a unidade familiar, avaliando-se os efeitos de cada decisão sobre os membros da família;
- revisão das opções de cuidado, auxiliando os cuidadores no diagnóstico de suas limitações e da necessidade de cuidados institucionais, quando necessário;
- identificação dos padrões de relacionamentos familiares e planejamento das intervenções apropriadas, como uma terapia familiar, auxílio financeiro, uma conferência familiar para solucionar conflitos;
- facilitação na comunicação aberta e honesta entre os membros da família, auxiliando no planejamento de conferência familiar, promovendo a discussão com todos os seus membros, desenvolvendo metas e planos realistas, definindo responsabilidades, preservando a privacidade da família;

- ajuda ao cuidador na identificação dos recursos comunitários e ênfase na importância da folga para quem cuida de idosos;
- estímulo à família a conhecer os grupos de apoio e de autoajuda que podem auxiliá-la, como grupos de Alzheimer, Diabéticos, Ostromizados, entre outros.



### Na Prática

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

---

As ações da equipe de saúde devem direcionar-se aos idosos e suas famílias, estruturando o processo de cuidado no sentido de favorecer as capacidades funcionais de todos os seus membros, potencializando as experiências de cuidado.



### Na Prática

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

---

## 4.3 Atividades educativas em saúde nos grupos de idosos

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

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

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

---

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

---

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

- a) convite às pessoas idosas para participarem do grupo;
- b) abordagem de temas ligados ao envelhecimento;
- c) escolha de um local de fácil acesso;
- d) definição da coordenação do grupo;
- e) denominações/categorização dos grupos;
- f) participação da equipe;
- g) metodologia de grupo aplicada;
- h) a linguagem a ser utilizada;
- i) compromisso da gestão com o grupo.

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

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

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

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

O grupo pode ser coordenado por qualquer um de seus membros: usuários, agente comunitário de saúde (ACS), enfermeiro, médico, dentista, técnico de saúde bucal (TSB), ou profissionais do NASF. O coordenador é a pessoa responsável pelo grupo, ele organiza o encontro a partir do planejamento do grupo e, quando necessário, convida alguém para discutir um assunto específico. As pessoas que coordenam grupos devem ter uma definição clara dos objetivos, levando em conta algumas condições básicas:

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

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

Os grupos podem ser tipificados segundo suas ações dominantes:

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

---

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

---

Torna-se necessária a elaboração de um cronograma de participação dos membros da equipe. Recomenda-se ainda que seja feita uma escala entre os profissionais para que eles não programem concomitantemente essas atividades com as tarefas da Unidade de Saúde.

O importante não é só transmitir conteúdos específicos, mas despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida. A transmissão de conteúdos estruturados fora do contexto social do grupo pode ser considerada “invasão cultural” ou “depósito de informações”, pois não emergindo do saber popular daquele grupo provoca desinteresse e abandono das atividades. Sugere-se, no desenrolar dos grupos, uma metodologia problematizadora que parta da realidade das pessoas envolvidas. Proposta por Paulo Freire, essa metodologia é mais entendida como uma teoria do conhecimento do que como uma metodologia de ensino; constitui-se muito mais em um método de aprender do que um método de ensinar. Nesse processo, surgem temas que geram discussões, extraídos do cotidiano de vida das pessoas.

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

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

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

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



---

## Leitura Complementar

Sugestão de leituras complementares:

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

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

---

Convidamos você a fazer uma reflexão neste momento. Acompanhe a situação proposta a seguir.

O grupo de idosos da Vila Mariana reúne-se mensalmente para atividades de lazer, como jogos de cartas e confraternização com lanche. Sabendo disso, o enfermeiro da equipe e o educador físico do NASF propõem aos idosos a realização de jogos recreativos que envolvem atividades físicas. Após uma discussão acirrada sobre qual modalidade iriam jogar, decidiram pelo basquete. Dessa forma, o educador físico solicitou ao médico da equipe de saúde que avaliasse os idosos quanto à aptidão para realizar atividades físicas. Após a avaliação, os idosos montaram os times e combinaram a periodicidade em que aconteceriam os jogos. A equipe de saúde observou que os idosos, aos poucos, começaram a participar dos jogos. Essa iniciativa levou a equipe a propor a eles também atividade de caminhada, que ocorreria três vezes por semana com a participação do educador físico e do fisioterapeuta da equipe do NASF. A atividade foi coordenada pelo enfermeiro da equipe de saúde e acompanhada também pelos agentes comunitários. Foi um sucesso! Contou com a participação de idosos, adultos e adolescentes, que desde então têm adotado esse hábito na comunidade, uma vez que a atividade não era direcionada apenas aos idosos.

Depois de acompanhar esta contextualização, reflita:

- Como são os grupos na sua área de abrangência?
- Os espaços de reunião dos idosos já existentes na comunidade são utilizados pela equipe de saúde para ações de promoção de saúde?

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, vimos várias práticas de promoção da saúde que podem ser empregadas pela equipe de saúde no cuidado ao idoso. Conhecemos estratégias que podem ser utilizadas pela equipe nos grupos destinados aos idosos. O sucesso dos mesmos não depende só da participação dos idosos, mas também do estabelecimento de vínculos solidários de confiança mútua entre profissionais e comunidade. Também relembramos práticas educativas voltadas aos familiares cuidadores dos idosos, as quais envolvem as relações familiares e a sobrecarga de trabalho do cuidador.

## REFERÊNCIAS

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

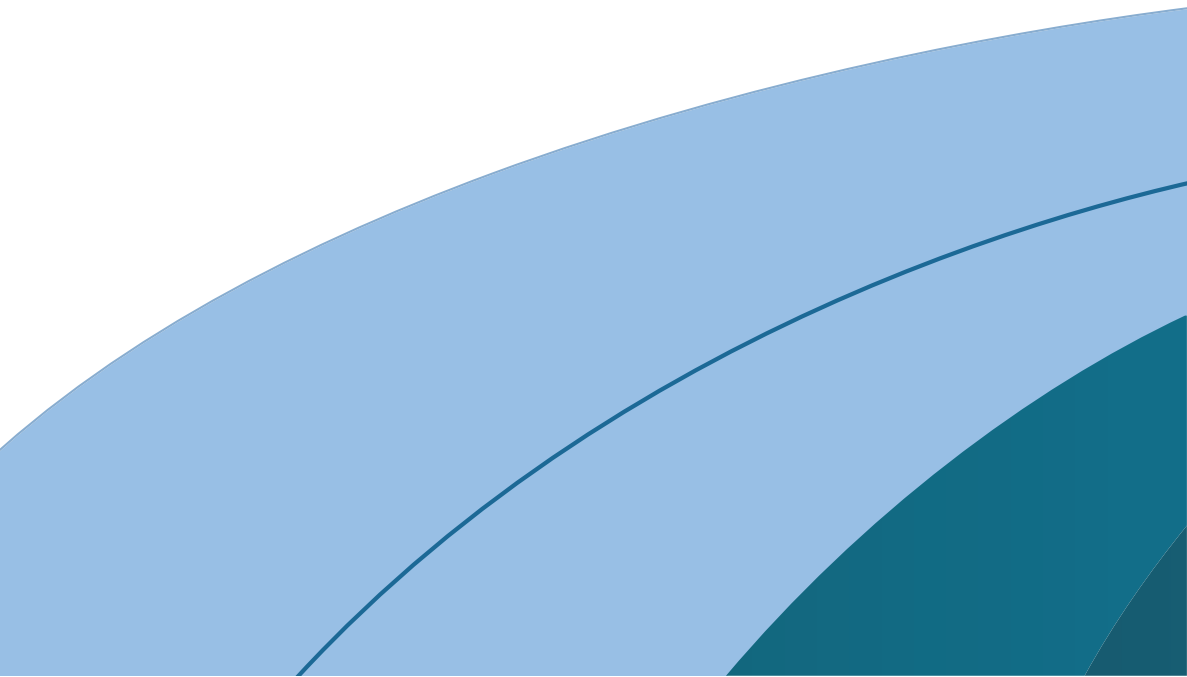
ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.





Atenção Integral à Saúde do Idoso  
Enfermagem

# Unidade 5



## 5 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DO IDOSO

### 5.1 Educação popular e promoção da saúde do idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa-PB

Com o aumento da população idosa em todo o mundo, formas de aprimorar a qualidade de vida vêm sendo discutidas através do desenvolvimento de políticas que contribuam para o envelhecimento saudável. No Brasil, esse processo vem se concretizando de modo marcante na Estratégia Saúde da Família, por meio de iniciativas como os grupos comunitários de idosos, marcados pela educação como mediadora do cuidado em saúde. Neste contexto, o Projeto de Extensão Universitária “Práticas Integrals da Nutrição na Atenção Básica em Saúde (PINAB)” vem apoiando ações de grupos de idosos em comunidades no contexto da Saúde da Família, através de atuação com estudantes de graduação em Nutrição, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Este trabalho visa a sistematizar as contribuições do Projeto para o desenrolar de ações inspiradas em Educação Popular (EP) nesses grupos, como os aprendizados, as dificuldades e incertezas que permearam essa experiência, na perspectiva de contribuir para a qualificação da discussão acerca da Educação em Saúde no cuidado com o idoso.

A Atenção Básica se configura no *locus* potencial para a Educação em Saúde, e é nela que são identificadas novas abordagens educativas, na perspectiva da humanização do cuidado em saúde, constituindo-se numa das principais estratégias para a reorientação do modelo assistencial. A Educação Popular (EP) destaca-se como uma das várias possibilidades metodológicas de desenvolvimento da educação no setor saúde.

Ao considerar esta experiência, compreendemos que os grupos educativos constituem efetivamente uma estratégia capaz de reorientar o cuidado em saúde do idoso na perspectiva da promoção da saúde na Atenção Básica. Além disso, percebemos que este é um cenário privilegiado para realizar empreendimentos capazes de envolver as pessoas de modo crítico e participativo. Afinal de contas, como foi perceptível na fala dos trabalhadores que participaram das atividades, não basta ter público para palestras, é preciso ter envolvimento coletivo para que a prevenção e o cuidado não sejam apenas responsabilidades de poucos profissionais, mas sim atribuições compartilhadas com a comunidade em geral.

A Educação Popular (EP) nos possibilita acreditar que o cuidado em saúde deve estar encharcado de diálogo e participação, além da mística e da cultura popular, reunindo os sujeitos em grupos onde a prioridade não está nos conteúdos a

serem transmitidos, mas na criação de espaços de aprendizagem coletiva. Assim, a EP pode ser um dispositivo importante para a promoção da saúde de maneira sustentável na comunidade.

Além disso, essa experiência possibilitou aprendizados para extensionistas e trabalhadores de saúde quanto ao significado da alimentação para a saúde do idoso, enxergando o ato de comer não somente a partir do ponto de vista nutricional, mas como fenômeno social, compreendendo a alimentação saudável como um desafio político, cultural, educativo e que precisa ser enfrentado de maneira coletiva.

Diante do exposto, infere-se que a EP, na Atenção Básica, possibilitou uma abordagem mais dialógica e significativa para os idosos, na medida em que se manteve articulada com a realidade social e cultural por eles vivenciada. Ao considerar criticamente essa experiência, compreendemos que os grupos educativos constituem efetivamente uma estratégia capaz de reorientar o cuidado em saúde do idoso na perspectiva da promoção da saúde na Atenção Básica. Além disso, percebemos que a EP é uma metodologia privilegiada para realizar empreendimentos capazes de envolver as pessoas de modo crítico e participativo (FIRMINO et al., 2010).

## **5.2 Grupo de hidroterapia – Fisioterapia aquática “Projeto Mais Viver”**

O município de São Bonifácio (SC) possui, atualmente, 3.207 habitantes. Destes, 580 (18,08%) têm mais de 60 anos. Sendo um município com atividades essencialmente agrícolas, as pessoas enfrentam longas jornadas de trabalho, que exigem muito esforço físico, e que, com o passar do tempo, afetam sua saúde. Surgem, com isso, muitos problemas ortopédicos e outros, que levam as pessoas a procurarem pelo serviço de fisioterapia. Diante da constatação do grande número de pessoas que necessitavam de atendimento fisioterápico, em 2003, o município implantou o serviço de fisioterapia em seu território, o qual não foi suficiente para atender as necessidades da população, que buscava em cidades vizinhas o atendimento de hidroterapia, e pagava pelo serviço. Surgiu, então, a necessidade de buscar novas alternativas para a recuperação dessas pessoas. Os idosos do município se organizaram e solicitaram aos gestores de saúde a formação de um grupo de hidroterapia – já que no município existe uma piscina aquecida, de propriedade particular, mas que poderia ser usada pelo grupo, – bem como a formação de uma equipe de saúde para prestar atendimento.

Diante da solicitação feita pelos idosos para a implantação do serviço de hidroterapia no município, a Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com a equipe de saúde, realizou um estudo visando à viabilidade do projeto. Buscou parcerias com a Secretaria de Transportes e Obras, com o prefeito municipal, com

o proprietário da piscina e com o grupo de idosos, os quais, juntos, prontificaram-se em oferecer todo o suporte necessário: físico, financeiro e humano.

Em abril de 2009, o Projeto Mais Viver, já existente, iniciou o serviço de hidroterapia, com atividades de terapia aquática para um grupo de 19 pessoas acima de 60 anos, em que se observava a orientação clínica e a necessidade de cada um. O fato de esse serviço ser realizado no município facilitou o acesso a ele, e a procura cresceu consideravelmente, surgindo necessidade de ampliação. Atualmente, existem três grupos, divididos por sexo e especificamente conforme necessidade dos pacientes: pediátrico, ortopédico e cirúrgico, que contam com o apoio do fisioterapeuta e da enfermeira ESF, e também das ACS na realização dos exercícios.

Enfatizando os exercícios de baixo impacto, mas não leves, a atividade ajuda na queima de calorias, contribui para a aquisição e recuperação do condicionamento físico e para proteger as articulações. Tecnicamente, o que determina a diferença entre baixo e alto impacto é a intensidade com que os pés tocam no solo. Se não há contato (natação, hidroterapia) ou se durante a prática os pés quase nunca saem do chão (marcha atlética). Foram priorizadas as atividades globais, as quais estimulam tanto a parte sensorial quanto a motora, na melhora da aptidão física, trabalhando-se todas as partes do corpo.

O atendimento acontece nas quartas-feiras das 13h às 18h, e o transporte é feito pela prefeitura. Dentre os resultados encontrados, mesmo com poucos meses de atividades do projeto, é possível destacar: melhora na autoestima com sensação de bem-estar físico e psicológico; melhora da mobilidade; independência; diminuição da dor e limitações; ganho de força e amplitude de movimentos; condicionamento físico, equilíbrio; convívio em grupo, descontração e lazer.

Com a integração da equipe multiprofissional da saúde do município de São Bonifácio, juntamente com as parcerias realizadas, foi possível promover qualidade de vida para as pessoas, por meio de saúde, lazer, interação do grupo e atividades globais direcionadas. Os resultados alcançados no Projeto Mais Viver demonstram melhoria das condições físicas, psicológicas, diminuição da dor e principalmente melhora na autoestima dos participantes das atividades de hidroterapia. Diante da importância das atividades realizadas, a ampliação do projeto é urgente e necessária para atender a um maior número de pessoas que procuram por esse serviço (DAVID et al., 2010).

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, buscamos apresentar exemplos práticos e relatos de experiências na Atenção Básica sobre possibilidades de interlocução entre os membros da Equipe de Saúde da Família – ESF e desta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Com isso, reforçamos a importância de um trabalho em equipe interdisciplinar articulado com a comunidade, em que cada vez mais os saberes popular e científico dialogam na perspectiva de uma atenção à saúde, integral e acolhedora, nas diferentes situações que demandam atenção integral à pessoa idosa que procura uma unidade básica de saúde.

Aqui você chega ao final do módulo, que teve como foco central as ações de enfermagem em relação à saúde do idoso, apresentando e discutindo os cuidados que devem ser empregados na atenção às condições de vida e saúde dos idosos usuários do Sistema Único de Saúde.

Abordamos tais conteúdos, distribuindo-os de maneira a compreender as características gerais associadas ao cuidado da saúde do idoso. Independentemente da complexidade ou da amplitude desses cuidados, buscamos também apontar caminhos para que o enfermeiro consiga trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde, pois é objetivo comum fomentar a qualidade de vida do idoso e o bem-estar dessa população.

Sem a pretensão de esgotar os temas abordados, o texto seguiu um referencial atualizado, baseado em evidências científicas. Esperamos colaborar na construção de um processo de trabalho fundamentado na integralidade, em suas diferentes vertentes ou sentidos, um verdadeiro e constante desafio para os profissionais de saúde. Desejamos a todos muito sucesso e um ótimo aprendizado!

## REFERÊNCIAS

FIRMINO, R. et al. Educação Popular e Promoção da Saúde do Idoso: Reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa-PB. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 523-530, out./dez. 2010. Disponível em <[www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/661/399](http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/661/399)>. Acesso em: 22 maio 2012.

DAVID, R.; POSSAMAI, M. M. et al. Grupo de Hidroterapia – Fisioterapia Aquática “Projeto Mais Viver”. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, ano I, n. 3, jul. 2010. Disponível em: <[portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=457&Itemid=82](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=457&Itemid=82)>. Acesso em: 02 jul. 2012.

## SÍNTESE DO MÓDULO

Vimos, neste módulo, aspectos importantes sobre a potencial condição de vulnerabilidade do idoso, assim como refletimos acerca da importância das atividades físicas, das orientações nutricionais e da utilização racional e segura de medicamentos. Também elencamos fatores que podem interferir na saúde do idoso, como as situações de violência e o medo da morte. Além disso, abordamos a problemática envolvida nas instituições de cuidado contínuo, e discutimos sobre esta opção de cuidado ao idoso.

Esperamos, com isso, reforçar a importância de conhecer a realidade dos idosos de sua área, observando as dificuldades e as potencialidades dessa população em relação à saúde, para que a equipe de saúde possa planejar ações de cuidado que respondam às necessidades do idoso, de sua família e da comunidade.

Buscamos contextualizar o conteúdo, apresentando exemplos práticos e relatos de experiências na Atenção Básica sobre possibilidades de interlocução entre os membros da Equipe de Saúde da Família – ESF e desta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Com isto, reforçamos a importância do trabalho em equipe interdisciplinar articulado com a comunidade em que, cada vez mais, os saberes popular e científico dialogam na perspectiva de uma atenção à saúde que seja integral e acolhedora, nas diferentes situações que demandam atenção integral à pessoa idosa que busca a unidade básica de saúde.

Sem a pretensão de esgotar os temas abordados, o texto baseou-se em um referencial atualizado, baseado em evidências científicas. Independentemente da complexidade ou da amplitude desses cuidados, procuramos também apontar caminhos para a realização do trabalho integrado aos demais profissionais da equipe de saúde. Esperamos colaborar na construção de um processo de trabalho fundamentado na integralidade, em suas diferentes vertentes ou sentidos, um verdadeiro e constante desafio para os profissionais de saúde.

Desejamos a todos muito sucesso e um ótimo aprendizado!

## AUTORES

### Jussara Gue Martini

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

<http://lattes.cnpq.br/7817167061525536>

## Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

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

<http://lattes.cnpq.br/6656705142477097>

## 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.

<http://lattes.cnpq.br/9125363765724910>

## 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.

<http://lattes.cnpq.br/1140676135217923>



## Fernando Mendes Massignam

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2000), Especialização em Fisioterapia Cardirrespiratória pela Universidade Tuiuti do Paraná (2001), Especialização Multiprofissional em Saúde da Família (2010) e Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). Atualmente é professor substituto no Departamento de Saúde Pública da UFSC, atuando nos cursos de graduação em Medicina, Fonoaudiologia e Farmácia. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: interação comunitária, discriminação e saúde, atenção à saúde, estratégia saúde da família e educação em saúde.

<http://lattes.cnpq.br/8314412086902417>



Ministério  
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde  
Santa Catarina