CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Saúde da Família

Cadernos de Atenção Básica - n.º 19

Brasília - DF
2006

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Cadernos de Atenção Básica - n.º 19
Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília - DF
2006

© 2006 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Cadernos de Atenção Básica; 19

Tiragem: 1.ª edição – 2006 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6.º andar, sala 645
CEP: 70058-900, Brasília - DF
Tels.: (61) 3315-2582 / 3315-2497
Fax.: (61) 3226-4340
Home page: http://www.saude.gov.br/dab

Supervisão Geral:
Luis Fernando Rolim Sampaio – Departamento de Atenção Básica/SAS/MS
Maria Cristina Boaretto- Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/SAS/MS

Coordenação Técnica:
Antonio Dercy Silveira Filho – Departamento de Atenção Básica/SAS/MS
José Luiz Telles – Área Técnica de Saúde do Idoso/DAPE/SAS/MS

Elaboração Técnica:
Yeda Aparecida de Oliveira Duarte – USP/SP
Edenice Reis da Silveira – DAB/SAS/MS
Ana Cristina Ribeiro Fonseca - Área Técnica de Saúde do Idoso/DAPE/SAS/MS
Antonio Dercy Silveira Filho – Departamento de Atenção Básica/SAS/MS
José Luiz Telles – Área Técnica de Saúde do Idoso/DAPE/SAS/MS

Colaboração:
Alba Lucy Giraldo Figueroa- Núcleo Técnico da Política de Humanização/SAS/MS
Ana Paula Abreu - Área Técnica de Saúde do Idoso/DAPE/SAS/MS
Angela Donini – Programa Nacional de DST/AIDS/SVS/MS
Claudia Araújo de Lima - Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS
Cristina Ramos - CGPAN/DAB/SAS/MS
Daisy Maria Coelho de Mendonça - DAB/SAS/MS
Dillian Adelaine S. Goulart – CGPAN/DAB/SAS/MS
Elaine Inocêncio (in memorian) – Programa Nacional de DST/AIDS/SVS/MS
Elizabeth Sousa Hernandes Cagliari – Área Técnica Saúde do Idoso/DAPE/SAS/MS
Fabiola Sulpino Vieira – Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Qualidade de produtos farmacêuticos/DAF/SCTIE
Gerson Fernando Pereira – Programa Nacional de DST/AIDS/SVS/MS
Giani Silvana Schwengber Cezimbra – Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS
Gustavo Tenório da Cunha - Núcleo Técnico da Política de Humanização/SAS/MS
Helio de Oliveira – Coordenação Geral de Informação e Análises Epidemiológicas/DASIS/SVS
Ivo Brito – Programa Nacional de DST/AIDS/SVS/MS
Júlia Nogueira – CGDANT/SVS/MS
Lucinda da Costa Reis Neves - Área Técnica de Saúde do Idoso/DAPE/SAS/MS
Ludmila Suaid – Programa Nacional de DST/AIDS/SVS/MS
Marco Polo Dias Freitas - CGDANT/SVS/MS
Maria Auxiliadora da Silva Benevides - Núcleo Técnico da Política de Humanização/SAS/MS
Ronaldo Hallal – Programa Nacional de DST/AIDS/SVS/MS
Rosa Maria Sampaio Vilanova de Carvalho – Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes/DAB/SAS/MS
Tânia Márcia Gomes Trindade - Área Técnica de Saúde da Criança/DAPE/SAS/MS

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)

ISBN 85-334-1273-8

1. Saúde do Idoso. 2. Serviços de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Série.

NML WT31

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/1285

Títulos para indexação:
Em inglês: Ageing and Health of the Elderly Person
Em espanhol: Envejecimiento y Salud del Anciano

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 7

1 – INTRODUÇÃO 8

2 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE RELEVÂNCIA PARA A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS 11

3 – HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA 14

3.1 – COMUNICAÇÃO COM A PESSOA IDOSA 16

4 – PROMOÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS 20

a – Alimentação Saudável 20

b – Prática Corporal/Atividade Física 21

c – Trabalho em Grupo com Pessoas Idosas 23

5 – ATRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO ATENDIMENTO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA 27

6 – AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA 30

a – Alimentação e Nutrição 32

b – Acuidade Visual 34

c – Acuidade Auditiva 34

d – Incontinência Urinária 34

e – Sexualidade 34

f – Vacinação 35

g – Avaliação Cognitiva 35

h – Depressão 36

i – Mobilidade 36

j – Queda 37

k – Avaliação Funcional 37

7 – SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL 41

a - Avaliação da Funcionalidade Familiar 41

b - Avaliação Estresse do Cuidador 43

c - Violência Intrafamiliar e Maus Tratos contra a pessoa idosa 43

8 – AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA 48

9 – FRAGILIDADE EM IDOSOS 50

10 – ENVELHECIMENTO E MEDICAMENTOS 55

11 – OSTEOPOROSE 59

12 – QUEDAS 67

13 – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA 71

14 – DIABETES MELLITUS 80

15 – INCONTINÊNCIA URINÁRIA 92

16 – DEPRESSÃO 101

17 – DEMÊNCIA 108

18 – ENVELHECIMENTO E AIDS 116

19 – ATENÇÃO DOMICILIAR ÀS PESSOAS IDOSAS 125

20 – GERENCIAMENTO OU CUIDADOS COM A PESSOA EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO 127

21 – COMO PROCEDER NO CASO DE ÓBITO DA PESSOA IDOSA 131

ANEXO 1 – AVALIAÇÃO DA VISÃO (CARTÃO JAEGER) 136

ANEXO 2 – AVALIAÇÃO DA AUDIÇÃO (TESTE DO SUSSURRO) 137

ANEXO 3 – AVALIAÇÃO COGNITIVA (MINI EXAME DO ESTADO MENTAL, DESENHO DO RELÓGIO E QUESTIONÁRIO DE PFEFFER) 138

ANEXO 4 – AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO (ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA) 142

ANEXO 5 – AVALIAÇÃO DE EQUILÍBRIO E MARCHA (TINNETI) 143

ANEXO 6 – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (KATZ) 145

ANEXO 7 – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (LAWTON) 147

ANEXO 8 – AVALIAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL) 148

ANEXO 9 – AVALIÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR (APGAR DE FAMÍLIA) 168

ANEXO 10 – AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FAMILIAR (GENOGRAMA) 171

ANEXO 11 – AVALIAÇÃO DOS RECURSOS FAMILIARES E COMUNITÁRIOS (ECOMAPA) 174

ANEXO 12 – AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES (ZARIT) 176

ANEXO 13 – AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE VIOLÊNCIAS E MAUS TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA 178

ANEXO 14 – DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA AS PESSOAS IDOSAS 180

ANEXO 15 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA 185

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 187

APRESENTAÇÃO

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado.

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

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa.

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

Dentro dessa perspectiva, o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa foi construído, tendo como referência o Pacto pela Vida 2006 e as Políticas Nacionais de: Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Promoção da Saúde e Humanização no SUS. Também foi levada em consideração a realidade do envelhecimento populacional. O objetivo deste Caderno é dar uma maior resolutividade às necessidades da população idosa na Atenção Básica.

Este Caderno de Atenção Básica foi elaborado com a finalidade de oferecer alguns subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica. Com uma linguagem acessível, disponibiliza instrumentos e promove discussões atualizadas no sentido de auxiliar a adoção de condutas mais apropriadas às demandas dessa população. Tudo foi pensado no sentido de se obter uma abordagem integral para às pessoas em seu processo de envelhecer.

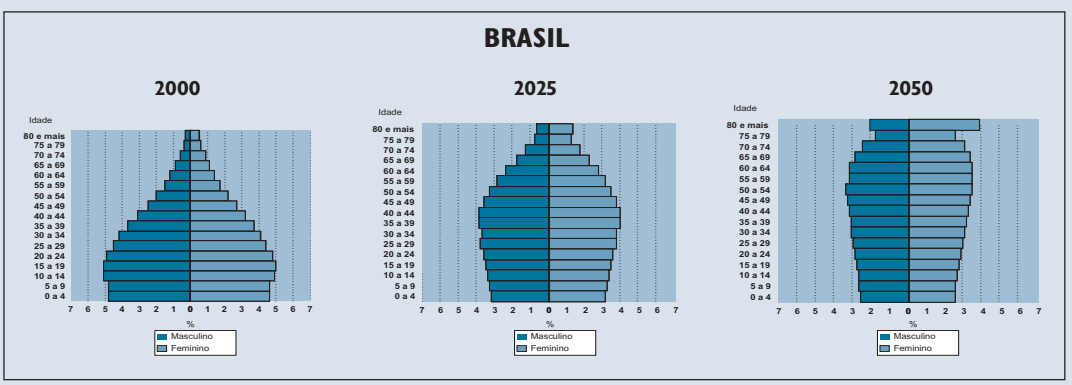
José Gomes Temporão
Secretário de Atenção à Saude

1. INTRODUÇÃO

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

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

FIGURA I: ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA, POR SEXO, NOS ANOS 2000, 2025 E 2050.



Fonte: IBGE

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

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como *"um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte".*

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo.

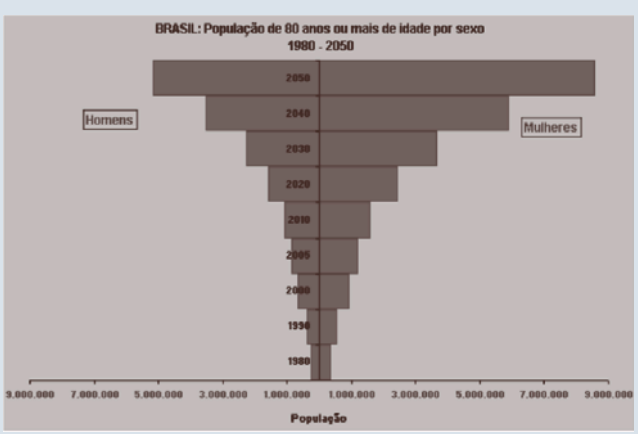
Dois grandes erros devem ser continuamente evitados. O primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças e o segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita.

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos.

Dentro do grupo das pessoas idosas, os denominados "mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada" (idade igual ou maior que 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, 12,8% da população idosa e 1,1% da população total. A figura 2 mostra a projeção de crescimento dessa população em um período de 70 anos, permitindo estimar o impacto dessas modificações demográficas e epidemiológicas

FIGURA 2: POPULAÇÃO BRASILEIRA DE 80 ANOS E MAIS, POR SEXO, 1980 A 2050.



Fonte: IBGE

É nesse contexto que a denominada “avaliação funcional” torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a efetividade e a eficiência das intervenções propostas.

A avaliação funcional busca verificar, de forma sistematizada, em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho, de forma autônoma e independente, das atividades cotidianas ou atividades de vida diária (AVD) das pessoas idosas permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado.

A capacidade funcional surge, assim, como um novo paradigma de saúde, proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa.

A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família.

A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Em 1994, o Ministério da Saúde adotou a Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e estruturação do sistema de saúde. A Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adscrita e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais.

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

Considerando as especificidades apresentadas em relação à Atenção Básica/Saúde da Família, este Caderno apresenta instrumentos que auxiliarão a prática dos profissionais que trabalham nesse nível de atenção. É sugerido um instrumento de avaliação rápida dos múltiplos sistemas onde, quando detectadas alterações, o profissional será remetido a outros instrumentos que permitirão uma avaliação complementar para o estabelecimento de condutas terapêuticas.

A **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**, também é um instrumento valioso que auxiliará na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa representam dois importantes instrumentos de fortalecimento da atenção básica.

Para que as ações propostas neste caderno sejam desenvolvidas, cabe ao gestor municipal garantir a educação permanente em relação à Saúde da Pessoa Idosa para toda a equipe da Atenção Básica/Saúde da Família. Deve garantir também a reprodução dos instrumentos de avaliação aqui disponibilizados.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE RELEVÂNCIA PARA A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

No final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de "envelhecimento ativo" buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Envolve políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso à alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco, entre outros. Tais medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde.

Sua implementação envolve uma mudança de paradigma que deixa de ter o enfoque baseado em necessidades e que, normalmente, coloca as pessoas idosas como alvos passivos, e passa a ter uma abordagem que reconhece o direito dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apóia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade.

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: **o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão.**

Destaca-se aqui o Pacto em Defesa da Vida que constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. Foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas têm especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa. São elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica.

Em relação à promoção da saúde da população idosa as implementações de ações locais deverão ser norteadas pelas estratégias de implementação, contempladas na **Política Nacional de Promoção da Saúde** – Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006, tendo como prioridades as seguintes ações específicas:

a) Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);

b) Alimentação saudável;

c) Prática corporal/atividade física;

d) Prevenção e controle do tabagismo;

e) Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;

f) Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito;

g) Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;

h) Promoção do desenvolvimento sustentável.

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

A **Política Nacional de Atenção Básica**, regulamentada pela **Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006**, caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas à populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos), que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve:

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- Atuar no território realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizadas com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;
- Ser um espaço de construção de cidadania.

A Atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa – que é identificada por meio de visitas domiciliares, deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico.

Na Atenção Básica espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso conforme proposto no **Manual de Estrutura Física**, do Ministério da Saúde, 2006. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo.

Cabe ressaltar que, com base no princípio de territorialização, a Atenção Básica/Saúde da Família deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência, inclusive, aquelas que encontram-se em instituições, públicas ou privadas.

Diante do envelhecimento populacional, muitas ações estão sendo planejadas para atender às demandas emergentes. Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde propôs, em 2002, um projeto denominado **"Towards Age-friendly Primary Health Care"**, cuja proposta é adaptar os serviços de atenção básica para atender adequadamente às pessoas idosas, tendo como objetivo principal a sensibilização e a educação no cuidado primário em saúde, de acordo com as necessidades específicas dessa população.

São três as áreas de atuação previstas nesse projeto:

1. *Informação, Educação, Comunicação* e *Treinamento:* Por meio de treinamento busca-se melhorar a formação e as atitudes dos profissionais de saúde de modo que possam avaliar e tratar as condições que afligem pessoas idosas fornecendo ferramentas e fortalecendo-as na direção de um envelhecimento saudável;
2. *Sistema de Gestão da Assistência de Saúde:* Organização da gestão do serviço da Atenção Básica, de acordo com as necessidades das pessoas idosas;
3. *Adequação do ambiente físico:* tornando-o mais acessível para as pessoas que possuam alguma limitação funcional.

3. HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

A Humanização na saúde caracteriza-se como um movimento no sentido da concretização dos princípios do SUS no dia-a-dia dos serviços. Com a **Política Nacional de Humanização (PNH)**, o Ministério da Saúde propõe estimular esse movimento, incentivando a valorização de todos os atores e sujeitos que participam na produção da saúde.

Nesse humanizar abre-se espaço para as diversas expressões relativas ao gênero, à geração/idade, à origem, à etnia, à raça/cor, à situação econômica, à orientação sexual, ao pertencimento a povos, populações e segmentos culturalmente diferenciados ou vivendo situações especiais.

A operacionalização da Política Nacional de Humanização dá-se pela oferta de dispositivos - tecnologias, ferramentas e modos de operar. Dentre esses dispositivos, destaca-se o "Acolhimento", que tem a característica de um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção à todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas junto aos usuários.

A PNH propõe que o Acolhimento esteja presente em todos os momentos do processo de atenção e de gestão e que atinja todos aqueles que participam na produção da saúde, voltando seu olhar atencioso para os usuários e para os trabalhadores da saúde. O Acolhimento não é um espaço ou um local específico, não pressupõe hora ou um profissional determinado para fazê-lo. É uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social. Implica o compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias constantemente renovados.

O processo de trabalho das equipes de saúde da família deve caracterizar-se pelo desenvolvimento de ações pró-ativas. O planejamento torna-se fundamental para a efetivação do acolhimento, levando-se em conta o "acolher na família/comunidade".

Para a efetivação do Acolhimento da pessoa idosa, os profissionais de saúde devem compreender as especificidades dessa população e a própria legislação brasileira vigente. Para isso, devem:

- Estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva da pessoa idosa;
- Romper com a fragmentação do processo de trabalho e interação precária nas equipe multiprofissionais, pois, é preciso reconhecer que a complementaridade interdisciplinar e a integração entre a rede básica e o sistema de referências;
- Facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de complexidade da atenção;
- Investir na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à saúde da pessoa idosa.

No Acolhimento à pessoa idosa os profissionais de saúde devem estar atentos, entre outros aspectos, para:

- O estabelecimento de uma relação respeitosa, considerando que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas se tornam em geral mais sábias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso;
- Partir do pressuposto de que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas, nunca se dirigindo primeiramente a seu acompanhante;
- Chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato visual, preferencialmente, de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo;
- A utilização de uma linguagem clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos.

As equipes de saúde na Atenção Básica, em especial quando organizadas pela Saúde da Família, dispõem de importantes ferramentas para garantia de uma atenção humanizada.

É importante destacar que todo o trabalho da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família deve buscar sempre o máximo da autonomia dos usuários frente as suas necessidades, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

Dentre as características do processo de trabalho das equipes destacam-se:

1. Atenção Continuada ou Longitudinalidade – a garantia de efetivação do cuidado ao longo do tempo confere vantagens, especialmente, no acompanhamento da pessoa idosa, como:

- Não é necessário se esgotar todos os assuntos num único contato;
- É possível negociar mudanças de hábitos gradual e continuamente, onde cada conquista pode ser comemorada, ou quando necessário, novas negociações são estabelecidas;
- É possível haver maior agilidade na percepção de reações inadequadas a uso de medicamentos ou de outras condutas que possam prejudicar a vida da pessoa idosa, possibilitando a correção dessas condutas;
- Estreitam-se os vínculos entre usuários e equipe, o que contribuirá no aumento da adesão aos tratamentos.

2. Visita Domiciliar – é um momento único no estabelecimento do cuidado aos usuários da comunidade adscrita. Deve ser sempre planejada pela equipe de maneira a contemplar as necessidades específicas de cada família a ser visitada, por isso, cada visita deve ser organizada com um grupo determinado de profissionais de saúde.

Na visita domiciliar, é possível estabelecer, junto aos familiares, um suporte mais adequado às necessidades específicas da pessoa idosa, negociando com familiares e/ou cuidadores cada aspecto desse cuidado.

Essa atividade confere, também, maior conforto, tranqüilidade e segurança aos familiares no acompanhamento da pessoa idosa, além de ser, no primeiro momento de reconhecimento do território, uma importante ferramenta na detecção de idosos em situações de abandono ou outras situações que apontem que seus direitos estão negligenciados.

3.1 Comunicação com a Pessoa Idosa

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

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

Quadro 1: A comunicação com a pessoa idosa para aprimorar:

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

A comunicação é um processo complexo baseado em cinco dimensões: biológica, fisiológica, social, cultural e espiritual.

Quadro 2: Fatores relacionados às dimensões da comunicação

Biofisiológica	Psicológica	Sociológica	Cultural e/ou espiritual
Integridade dos órgãos sensoriais Integridade do sistema locomotor Ausência de déficits cognitivos Processo de Senescência	Inteligência Percepção Personalidade Emoções	Pessoas ao redor Ambiente adequado	Educação e cultura Status social

A diminuição das capacidades sensório-perceptivas, que ocorre no processo de envelhecimento, pode afetar a comunicação das pessoas idosas. Tais alterações são manifestadas pela diminuição da capacidade de receber e tratar a informação proveniente do meio ambiente que, se não forem adequadamente administradas, poderão levar ao isolamento do indivíduo. Os idosos muitas vezes tardam em perceber, aceitar e tratar suas dificuldades e, em conseqüência disso, acabam se afastando do convívio familiar e social para evitar situações constrangedoras.

Audição

A deficiência auditiva gera no idoso um dos mais incapacitantes distúrbios de comunicação, impedindo-o de desempenhar plenamente seu papel na sociedade. É comum observarmos o declínio da audição acompanhado de diminuição na compreensão de fala por parte do idoso, dificultando sua comunicação com outrem.

Algumas medidas simples podem auxiliar a comunicação com as pessoas idosas que apresentem declínio auditivo:

- Evite ambientes ruidosos;
- Evite submeter as pessoas idosas à situações constrangedoras quando essas não entenderem o que lhes foi dito ou pedirem para que a fala seja repetida;
- Procure falar de forma clara e pausada e, aumente o tom de voz somente se isso realmente for necessário;
- Fale de frente, para que a pessoa idosa possa fazer a leitura labial.

Voz

Com a voz a pessoa se faz ouvida e respeitada, garantindo seu lugar na sociedade. A alteração vocal é inerente à idade e deve ser compreendida como parte do processo de envelhecimento normal do indivíduo e não como um transtorno, embora, muitas vezes, seja difícil estabelecer o que é normal e o que é doença. Pesquisas revelam que um indivíduo que segue as orientações de saúde vocal durante sua vida pode minimizar as possíveis dificuldades decorrentes do avanço da idade. São elas:

- Evitar gritar ou falar com esforço;
- Evitar competir com outras vozes ou ruídos do ambiente;
- Evitar falar durante caminhada intensa, corrida ou ginástica, pois, isso dificulta a respiração solta e livre;
- Articular bem as palavras;
- Verificar a necessidade e condições de próteses dentárias e/ou auditivas;
- Fazer atividades que estimulem o uso da voz como a conversação e o canto;
- Beber água quando falar muito ou cantar, pois, a água hidrata o corpo e faz as pregas vocais funcionarem melhor;

- Evitar o pigarro e a tosse, exceto quando for reação a algum distúrbio;
- Manter uma alimentação saudável;
- Evitar álcool em excesso e cigarro;
- Evitar mudanças bruscas de temperatura;
- Diminuir a distância entre os falantes;
- Falar em ambiente iluminado para facilitar a leitura labial;
- Manter o convívio social e familiar.

Linguagem

O tipo de linguagem que estabelecemos com os idosos é definido a partir da observação da sua habilidade cognitiva e de seu nível de orientação, considerando seus déficits sensoriais e o uso de medicações. É necessário avaliar o contexto e individualizar as informações; não é toda pessoa que tem diminuição na capacidade auditiva ou que pensa mais lentamente.

Se por um lado, as pessoas idosas podem apresentar algumas dificuldades na comunicação verbal, por outro, elas podem estar muito atentas e treinadas na decodificação da comunicação não-verbal, por já terem vivenciado inúmeras experiências ao longo da vida. O profissional deve estar atento à sua postura corporal, à forma como toca a pessoa e à emoção ou o sentimento expresso durante o atendimento.

Outro ponto a ser considerado é que a pessoa idosa pode ter perdido a capacidade de escrever, falar, ler ou entender o que os outros dizem, em conseqüência de alterações neurológicas. A falta dessas habilidades prejudica sobremaneira seu desempenho social, comprometendo sua identidade, auto-estima e qualidade de vida.

Essas dificuldades estão associadas, geralmente, à compreensão da linguagem e não à capacidade intelectual. Falar mais pausadamente, não mudar o assunto bruscamente e utilizar gestos e objetos enquanto fala ou orienta, estimular a manutenção de hábitos sociais, atividades profissionais e/ou cotidianas, a participação nas decisões familiares e a execução de atividades que estimulem a linguagem podem auxiliar no processo de comunicação e devem sempre ser considerados.

Comunicação não-verbal

A comunicação não-verbal é tudo aquilo que a pessoa sente, pensa e expressa por meio de sua movimentação corporal, gestos e postura. Tem por objetivo completar, substituir ou contradizer a comunicação verbal, além de demonstrar os sentimentos das pessoas.

O ser humano, mesmo sem nada verbalizar, demonstra o que está sentindo nas expressões faciais. De modo geral, fala pouco o que sente e pensa, quer pelo receio de ser

ridicularizado, quer por acreditar que não será ouvido. No caso da pessoa idosa, isso pode ocorrer com menor freqüência, pois essa tende a ser mais espontânea nas suas expressões.

A distância mantida entre as pessoas ou espaço interpessoal representa outra dimensão da comunicação não verbal. No processo de comunicação essa "distância" não deve ser ultrapassada sem permissão, pois pode provocar reações de defesa, tais como:

- desviar os olhos e virar a cabeça;
- virar o corpo em outra direção;
- enrijecer a musculatura;
- cruzar os braços;
- dar respostas monossilábicas às questões feitas;
- afastar-se, se o espaço permirtir.

Na realização de exames físicos ou de procedimentos mais invasivos, essa "distância" tende a ser rompida e os sinais automáticos de defesa serão, possivelmente, acionados. Isso pode ser evitado ou minimizado solicitando-se a permissão da pessoa idosa para a execução do procedimento, garantindo, dessa forma, que o vínculo de confiança não seja quebrado.

É importante considerar a necessidade das pessoas idosas em delimitarem seu próprio espaço e o meio em que ela vive. O território pode ser demarcado, por exemplo, por meio da colocação de objetos pessoais como chinelo, livro e Bíblia. A invasão desse território sem permissão, também cria reações de defesa. Por meio do ambiente, a pessoa idosa também pode expressar aquilo que ela valoriza – quadros, imagens, animais, plantas – que podem propiciar o início de um diálogo quebrando-se algumas resistências.

A maneira como as pessoas tocam as outras é, também, uma forma de sinalização não-verbal. O toque pode demonstrar a intenção e a valorização que se dá à pessoa a quem está sendo tocada. As mensagens transmitidas pelo toque são influenciadas pela duração do contato, pela região tocada, pela intensidade e freqüência do toque, pela velocidade de aproximação e pela resposta provocada, tanto por quem toca quanto por quem é tocado.

As pessoas idosas de hoje foram educadas em uma época em que o corpo era um "tabu" e a aproximação física era vista com certo rechaço. Atualmente, se aceita com mais facilidade o contato no ombro, braço e mão, do que em qualquer outra parte do corpo. Em um contato inicial esses aspectos devem ser considerados, evitando-se locais que possam ser constrangedor, como por exemplo pernas e abdome.

Identificação de sinais de maus tratos

A pessoa idosa, encontra muitas vezes, dificuldades em verbalizar que sofre maus-tratos, negligência ou alguma outra forma de violência intrafamiliar,

em muitos casos, demonstra medo ou ansiedade na presença do cuidador ou de familiar. No entanto, isso pode ser identificado por meio da observação de lesões, equimoses, úlceras de decúbito, desidratação ou ainda nas demonstrações de não aceitação em responder a perguntas relacionadas ao assunto violência. Isso é uma outra forma de comunicação não verbal que nos alerta das suas dificuldades nas relações familiares. É necessário estar atento para o que o idoso fala ou não fala, como se comporta, seus gestos, suas expressões faciais. Isso pode comunicar muito mais do que somente a avaliação das suas lesões, déficits ou incapacidades e talvez seja essa a única oportunidade de detectar tais situações.

A comunicação, verbal e não-verbal, é um importante recurso para a formação de vínculos, para avaliação e para o planejamento assistencial.

4. PROMOÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS

Este capítulo apresentará subsídios para que os profissionais possam elaborar estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde com o objetivo de alcançar um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida, em especial da população idosa.

a. Alimentação Saudável para Pessoas Idosas

Em relação à alimentação da pessoa idosa saudável, sem doenças que requeiram cuidados alimentares específicos, uma orientação adequada pode ser trabalhada por meio dos "Dez Passos para uma Alimentação Saudável" (em anexo), aqui adaptados para a pessoa idosa. Existem outros materiais técnicos que podem dar suporte ao trabalho da equipe de saúde com relação à alimentação do idoso. São eles: o Guia Alimentar para a População Brasileira, material que traz as diretrizes da alimentação saudável e o Caderno de Atenção Básica de Obesidade, que trabalha a questão da prevenção, tratamento e acompanhamento do sobrepeso e da obesidade na atenção básica.

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

Um tema importante a ser trabalhado sobre alimentação saudável é a leitura dos rótulos dos alimentos. A informação nutricional presente nos rótulos é um instrumento fundamental de apoio à escolha de produtos mais saudáveis na hora da compra. O uso dos rótulos e da informação nutricional deve ser incentivado pelos profissionais de saúde, entidades de defesa do consumidor e pela comunidade escolar, entre outros, para transformar esse instrumento em ferramenta efetiva para escolhas de alimentos mais saudáveis pela população. O Guia Alimentar para a População Brasileira apresenta um capítulo sobre esse tema, que pode ser usado para trabalhar as escolhas mais saudáveis por meio da leitura e interpretação da informação contida nos rótulos dos alimentos.

b. Prática Corporal/Atividade Física

A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associadas a dieta inadequada e uso do fumo. É bastante prevalente a inatividade física entre os idosos. O estilo de vida moderno propicia o gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, como por exemplo, assistir televisão.

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

Nesse processo, alguns aspectos são facilitadores para a incorporação da prática corporal / atividade física, como o incentivo de amigos e familiares, a procura por companhia ou ocupação, alguns programas específicos de atividade física e, principalmente, a orientação do profissional de saúde estimulando a população idosa a incorporar um estilo de vida mais saudável e ativo.

Os benefícios da prática corporal/atividade física para a saúde têm sido amplamente documentados. Os principais benefícios biológicos, psicológicos e sociais proporcionados pelo desempenho da atividade física/prática corporal podem ser observados no quadro a seguir:

Quadro 3: Benefícios da Prática Corporal/Atividade Física

Melhor funcionamento corporal, diminuindo as perdas funcionais, favorecendo a preservação da independência
Redução no risco de morte por doenças cardiovasculares
Melhora do controle da pressão arterial
Manutenção da densidade mineral óssea, com ossos e articulações mais saudáveis
Melhora a postura e o equilíbrio
Melhor controle do peso corporal
Melhora o perfil lipídico
Melhor utilização da glicose

Melhora a enfermidade venosa periférica
Melhora a função intestinal
Melhora de quadros álgicos
Melhora a resposta imunológica
Melhora a qualidade do sono
Ampliação do contato social
Correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas
Diminuição da ansiedade, do estresse, melhora do estado de humor e da auto-estima

A pessoa que deixa de ser sedentária diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares e, associada a uma dieta adequada, é capaz de reduzir em 58% o risco de progressão do diabetes tipo II, demonstrando que uma pequena mudança no comportamento pode provocar grande melhora na saúde e qualidade de vida.

Recomenda-se que haja sempre uma avaliação de saúde antes de iniciar qualquer prática corporal/atividade física. No caso de exercícios leves*, pode-se iniciar a prática corporal/atividade física antes da avaliação, para que essa não se transforme em uma barreira para o engajamento da pessoa idosa na sua realização.

Não está claro ainda qual o melhor tipo e nível de prática corporal/atividade física, uma vez que esses variam acentuadamente em diferentes estudos. Existe discordância sobre qual seria o melhor exercício para provocar efeito benéfico no idoso. De uma forma geral, deve-se procurar desenvolver exercícios de flexibilidade, equilíbrio e força muscular. A prática corporal/atividade física deve ser de fácil realização e não provocar lesões. Deve ser de baixo impacto e ocorrer em intensidade moderada (percepção subjetiva de esforço, aumento da freqüência cardíaca e/ou da freqüência respiratória, permitindo que o indivíduo respire sem dificuldade e com aumento da temperatura do corpo). Recomenda-se iniciar com práticas corporais / atividades físicas de baixa intensidade e de curta duração, uma vez que a pessoa idosa, geralmente, não apresenta condicionamento físico e pode ter limitações músculo-esqueléticas.

Sugere-se a prática de 30 minutos de prática corporal/atividade física regular (ao menos três vezes por semana). Uma das vantagens dessa prática é a fácil adesão por aqueles que têm baixa motivação para a prática de exercícios.

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

* Exercícios leves = caminhar, dançar, executar atividades domésticas como varrer, cuidar do jardim etc.

As atividades mais comuns envolvem: caminhada, ciclismo ou o simples pedalar da bicicleta, natação, hidroginástica, dança, ioga, Tai Chi Chuan*, Lian Gong**, entre outras. A caminhada merece maior destaque, por ser acessível a todos e não requer habilidade especializada ou aprendizagem. Recomenda-se andar em locais planos, prestando atenção à temperaturas extremas (muito elevadas ou muito baixas) e umidade muito baixa, nesses casos, ingerir maior quantidade de líquidos.

Os exercícios de resistência ou treinamento da força muscular, além de contribuir na diminuição da incidência de quedas, incrementa a densidade óssea. Esse tipo de atividade pode ser concomitante às atividades aeróbicas ou ocorrer em dias intercalados. O treinamento deve ser dirigido aos grandes grupos musculares e realizado lentamente. Qualquer tipo de resistência pode (e deve) ser utilizado. Pode-se utilizar pesos simples como garrafas, latas, sacos ou qualquer objeto doméstico, colocados nos membros superiores ou inferiores, fixando-os com faixas, com o cuidado de não garrotear.

A principal recomendação na realização desses exercícios é a de manter a respiração constante enquanto executa o exercício, evitando a manobra de Valsalva, que representa aumento da pressão arterial em função da execução de um exercício de força com a respiração presa.

Os exercícios de força são os que realmente podem diminuir ou reverter alguma forma de perda de massa muscular (sarcopenia) e óssea (osteoporose), sendo, portanto, as atividades de preferência na manutenção da capacidade funcional e independência.

c. Trabalho em Grupo com Pessoas Idosas

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 discussão das situações comuns vivenciadas no dia-a-dia. Permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade e, consequentemente, eleva a auto-estima. O trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde.

O trabalho em grupo é uma realidade no cotidiano das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família que desenvolveram grupos de hipertensão, diabetes, puericultura e de gestantes. Grande parte das equipes que trabalham com as atividades de grupos considera que os idosos estão incluídos nos grupos de

*Conjunto de movimentos suaves, contínuos, progressivos e completos, usados para prevenção de doenças, manutenção da saúde e estabilização emocional.

**Lian Gong = Ginástica Terapêutica Chinesa que se caracteriza por um conjunto de três séries de 18 exercícios terapêuticos e preventivos que alia os conhecimentos da medicina ocidental às bases da Medicina Tradicional Chinesa.

hipertensão e diabetes, fato que reforça o tratamento do envelhecimento natural como doença, o que não é verídico. Destaca-se o papel fundamental da socialização obtida em qualquer trabalho em grupo, o que por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa (dependendo de sua situação familiar e comunitária), além de maior aceitação na sociedade. Faz-se necessário uma maior reflexão das equipes de saúde de Atenção Básica/Saúde da Família sobre o trabalho em grupo, para poder utilizá-lo de forma mais reflexiva e efetiva. Algumas considerações estratégicas orientadoras do trabalho em grupo com os idosos estão descritas a seguir:

a) Convide as pessoas idosas para participarem do 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), que, a partir das visitas domiciliares podem incentivar a participação do público alvo.

b) Temas a serem abordados

Um dos grandes desafios da promoção da saúde para pessoas idosas é o da aceitação do envelhecer e da cronicidade de algumas doenças. A concepção acerca do envelhecimento, em sua forma mais ampla – bio-psico-socio-economico-espiritual e cultural - e suas conseqüências na multiplicidade de problemas associados que podem estar presentes, 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.

c) Local para a realização das atividades grupais

O local de escolha deve buscar superar as limitações relativas à locomoção e condições socioeconômicas adversas. Devem-se privilegiar locais próximos às moradias, como escolas, associações comunitárias, igrejas, e a própria unidade de saúde, entre outros. Nos casos em que a população adscrita à unidade de saúde for muito distante umas das outras, a equipe pode procurar parcerias (intersetorialidade) como, por exemplo, com a Secretaria de Educação para uso de transporte escolar.

d) Coordenação do grupo

O grupo pode ser coordenado por qualquer membro da equipe: agente comunitário de saúde (ACS), enfermeiro, médico, dentista, técnico em higiene dental

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

- As peculiaridades do contexto sócio econômico dos participantes;
- As mobilizações emocionais emergidas nos processos grupais;
- Os saberes disponíveis nas comunidades em que se inserem.

No primeiro dia do grupo, procura-se viabilizar um acordo ético de funcionamento entre os participantes, que vise:

- Respeito aos seus direitos e liberdade;
- Sigilo dos conteúdos expressos no grupo;
- Acolhimento e Escuta Ativa de todos os membros do grupo;
- Assiduidade e pontualidade dos participantes e do coordenador;
- Discussão do melhor dia da semana, horário e a freqüência em que deve ser realizado o grupo.

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

e) Denominações/categorização de grupos

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 - caminhada, tai chi chuan, práticas lúdicas, esportivas e de lazer.

f) Participação da equipe

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. A atividade de grupo é mais uma das atividades da Unidade de Saúde que não poderá parar para sua realização. Torna-se necessária a elaboração de um cronograma de participação dos membros da equipe. Recomenda-se ainda que médico/a e enfermeiro/a da equipe alternem sua participação no grupo, evitando sair ao mesmo tempo da Unidade de Saúde.

g) Metodologia de grupo

Sugere-se uma metodologia problematizadora que parte da realidade das pessoas envolvidas – metodologia proposta por Paulo Freire, entendida mais como uma teoria do conhecimento do que de uma metodologia de ensino, é muito mais um método de aprender que um método de ensinar. Nesse processo surgem temas que geram a discussão, extraídos da prática de vida das pessoas. O importante não é só transmitir conteúdos específicos, mas, despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida. A transmissão de conteúdos estruturados fora do contexto social do grupo pode ser considerada "invasão cultural" ou "depósito de informações" porque não emerge do saber popular daquele grupo.

O relacionamento coordenador/participantes do grupo se estabelece sem hierarquia, na medida em que todos têm um conhecimento próprio, eliminando-se a relação de autoridade, uma vez que essa prática inviabiliza o trabalho.

h) A linguagem a ser utilizada

A postura dos profissionais é fundamental no sucesso do grupo (ver tópicos relacionados ao Acolhimento e Comunicação com a pessoa idosa). As figuras de linguagem (metáforas) reproduzem uma imagem mental que auxiliam na compreensão. Por exemplo: *"a osteoporose é uma doença que causa a redução da massa óssea; é como se o nosso osso virasse uma esponja, ele (o osso) vai perdendo o cálcio e fica parecendo uma esponja"*. Algumas "armadilhas" devem ser evitadas no trabalho em grupo:

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

i) Compromisso do gestor com o grupo

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.

5. ATRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO ATENDIMENTO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

As ações da Atenção Básica/Saúde da Família em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa previstas a serem desenvolvidas são:

Atribuições Comuns a todos os Profissionais da Equipe

a) Planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência, conforme orientação deste Caderno.

b) Identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização.

c) Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - e outros para planejar, programar e avaliar as ações relativas à saúde da pessoa idosa.

d) Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade.

e) Acolher a pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito.

f) Prestar atenção contíua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal – ao longo do tempo.

g) Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme Manual de Preenchimento específico.

h) Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da pessoa idosa.

i) Desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe.

Atribuições do Agente Comunitário de Saúde – ACS

a) Cadastrar todas as pessoas idosas de sua micro-área e manter o cadastro atualizado.

b) Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme seu Manual de Preenchimento específico

c) Identificar e encaminhar o idoso frágil à Unidade de Saúde.

d) Realizar visitas domiciliares às pessoas idosas conforme planejamento assistencial, dando prioridade às frágeis ou em processo de fragilização.

e) Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade, mantendo a equipe informada, principalmente, a respeito dos idosos frágeis.

f) Estar em contato permanente com as famílias.

g) Avaliar condições de risco de quedas observáveis no domicílio

Atribuições do Médico

a) Realizar atenção integral às pessoas idosas.

b) Realizar consulta, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, avaliar quadro clínico e emitir diagnóstico;

c) Prescrever tratamento medicamentoso, quando necessário.

d) Solicitar exames complementares, quando necessário.

e) Realizar assistência domiciliar, quando necessário.

f) Encaminhar, quando necessário, a pessoa idosa à serviços de referências de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento.

g) Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.

h) Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador a identificação de sinais e/ou sintomas que requeriam atendimento de saúde imediato.

i) Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar referente à atenção à pessoa idosa.

Atribuições do Enfermeiro

a) Realizar atenção integral às pessoas idosas.

b) Realizar assistência domiciliar, quando necessário.

c) Realizar consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.

d) Supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem.

e) Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe.

f) Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.

Atribuições do Auxiliar/Técnico de Enfermagem

a) Realizar atenção integral às pessoas idosas.

b) Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.

c) Participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e quando indicado, ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.

Atribuição do Dentista

a) Realizar atenção integral às pessoas idosas.

b) Realizar consulta, avaliar quadro clínico, emitindo diagnóstico e realizar tratamento restaurador, quando necessário.

c) Solicitar exames complementares, quando necessário.

d) Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento de urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.

e) Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados.

f) Realizar assistência domiciliar, quando necessário.

g) Supervisionar e coordenar o trabalho do auxiliar de consultório dentário e do técnico de higiene dental.

h) Orientar a pessoa idosa, aos familiares e/ou cuidador sobre a importância da higienização da boca e da prótese;

i) Encaminhar, quando necessário, a pessoa idosa a serviços de referências de média e alta complexidade em saúde bucal, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento.

Atribuição do Técnico de Higiene Dental (THD)

a) Realizar atenção integral às pessoas idosas.

b) Orientar a pessoa idosa, aos familiares e/ou cuidador sobre a importância da higienização da boca, próteses e na presença de qualquer anormalidade comunicar a equipe de saúde.

c) Desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde bucal.

d) Apoiar as atividades dos auxiliar de consultório dentário e dos ACS.

e) Realizar atividades de educação permanente referente à atenção à pessoa idosa, junto aos demais profissionais da equipe.

Atribuição do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)

a) Realizar atenção integral às pessoas idosas.

b) Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal.

c) Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal da pessoa idosa junto aos demais profissionais da equipe.

d) Apoiar as atividades dos ACS.

6. AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

A avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. É por meio dessa avaliação que se pode fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para sua compensação.

Vários são os instrumentos existentes que colaboram com a avaliação ampla do idoso. A Avaliação Global da Pessoa Idosa direciona a atenção para o/a idoso/a, com problemas complexos, de forma mais ampla, dando ênfase ao seu estado funcional e à sua qualidade de vida. É desenvolvida por uma equipe multiprofissional e tem por objetivo quantificar as capacidades e os problemas de saúde, psicossociais e funcionais do idoso de forma a estabelecer um planejamento terapêutico a longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários.

O conceito de "doença única", onde um único problema pode explicar todos os sinais e sintomas, não se aplica às pessoas idosas, pois, essas costumam apresentar uma somatória de sinais e sintomas, resultado de várias doenças concomitantes, onde a insuficiência de um sistema pode levar à insuficiência de outro, o que costuma ser denominado "efeito cascata". Alguns exemplos estão descritos a seguir:

- *uma pessoa idosa portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) pode, após um quadro gripal, desenvolver insuficiência respiratória;*
- *uma pessoa idosa, normalmente muito comunicativa, de repente passa a ficar mais quieta, conversando menos e, após algum tempo, começa a apresentar períodos de confusão mental. Nesse caso, é importante avaliar a presença de infecções;*
- *um idoso com osteoartrose que apresente dor, tende a reduzir sua participação em atividades externas à sua residência. Isso pode ocasionar um maior isolamento que, com o passar do tempo, pode levá-lo a desenvolver um quadro depressivo.*

Normalmente, o que leva a pessoa idosa a procurar a Unidade de Saúde é um sintoma mais familiar ou mais facilmente reconhecível que pode não refletir, de forma clara ou direta, o estado geral de saúde do mesmo.

As doenças nas pessoas idosas também tendem a ter uma apresentação atípica quando comparadas à indivíduos mais jovens, o que faz do diagnóstico diferencial um recurso fundamental. *Exemplo: os sintomas, que em um indivíduo jovem podem corresponder*

a um refluxo gastroesofágico, em uma pessoa idosa podem corresponder a um carcinoma; um sangramento intestinal em um jovem pode ser indicativo de doença intestinal inflamatória e, em um idoso, pode representar uma diverticulose.

Todas as alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento terão repercussão nos mecanismos homeostáticos do/a idoso/a e em sua resposta orgânica, diminuindo sua capacidade de reserva, de defesa e de adaptação, o que o torna mais vulnerável a quaisquer estímulos (traumático, infeccioso ou psicológico). Dessa forma, as doenças podem ser desencadeadas mais facilmente.

Deve-se fazer uma ampla avaliação dos antecedentes diagnósticos, com ênfase nas doenças crônicas que mantêm-se ativas. Dada sua prevalência, devem ser sempre investigadas sistematicamente, para serem descartadas:

1. afecções cardiovasculares, em especial doença hipertensiva;
2. diabetes e suas complicações;
3. déficits sensoriais (auditivo e visual);
4. afecções osteoarticulares;
5. déficits cognitivos.

Especial atenção deve ser dada na prevenção de iatrogenias[1] assistenciais relacionadas ao uso de polifármacos. Os medicamentos em uso pela pessoa idosa, tanto os prescritos por profissional de saúde quanto os adquiridos pelo próprio idoso, sem prescrição, devem ser investigados. Solicitar à pessoa idosa que, quando for à próxima consulta, traga consigo todos os medicamentos que costuma utilizar freqüente e ocasionalmente. Com essa medida simples é possível detectar o uso de automedicação, a utilização de posologia incorreta e a utilização de mais de um medicamento para o mesmo objetivo, às vezes prescrito por profissionais diferentes. O registro das medicações mais freqüentemente utilizadas na Caderneta do Idoso contribui para evitar a ocorrência de iatrogenias associadas à polifarmácia (ver capítulo de medicamento, página 55).

Perguntar sobre todos os sistemas e incluir questões que abordem mudanças no estado funcional no último ano, alterações de peso não intencionais, fadiga, mal estar inespecífico, quedas, transtornos do sono, alterações cardiovasculares, alterações miccionais ou intestinais, presença de incontinência, afecções osteoarticulares, dor e problemas sexuais.

Verificar sempre a circulação periférica, devido à alta prevalência da insuficiência venosa, causa comum de edema em membros inferiores (MMII). A presença de doença arterial periférica é um marcador de aterosclerose com maior risco de lesões coronarianas e cerebrais.

[1]Problema de saúde induzido por diagnóstico ou tratamento. Podemos considerar dois tipos de iatrogenias: 1) iatrogenia de ação: aquela que ocorre pela ação médica, desde a relação com o paciente, passando pelo diagnóstico, terapêutica, até a prevenção. Caracteriza imprudência ou imperícia médica; 2) iatrogenia de omissão: aquela que ocorre pela falta de ação do médico, quer no diagnóstico, quer no tratamento, portanto, ato negligente.

Para efeitos didáticos este capítulo apresenta, de forma breve, a avaliação global da pessoa idosa com a finalidade de subsidiar o profissional de saúde sobre as especificidades dessa população e ter uma visão geral dos sistemas. Após essa discussão, haverá uma tabela que sistematiza as diversas áreas a serem avaliadas, facilitando a identificação de problemas. Nessa mesma tabela, são indicados os devidos encaminhamentos, entre eles a necessidade do uso de outras escalas que estarão em anexo.

Cabe ressaltar que o profissional só utilizará as escalas que envolvam o problema específico identificado na avaliação rápida. Como exemplo: se o profissional detectar problemas cognitivos após a realização do teste rápido (falar três objetos que a pessoa deverá repetí-los após 3 minutos) e na incapacidade de repetí-los o profissional deve aplicar o Mini Exame do Estado Mental – MEEM. Caso o profissional permaneça em dúvida ele poderá utilizar como complemento o teste do desenho do relógio e o teste de fluência verbal por categorias semânticas. Ainda há a possibilidade combinar o MEEM com o Questionário de Pfeffer - indica uma maior especificidade para a medida de declínio cognitivo mais grave.

a. Alimentação e Nutrição

A antropometria é muito útil para o diagnóstico nutricional dos idosos. É um método simples, rápido, de baixo custo e com boa predição para doenças futuras, mortalidade e incapacidade funcional, podendo ser usada como triagem inicial, tanto para diagnóstico quanto para o monitoramento de doenças.

Nos procedimentos de diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional de idosos, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), utilizará como critério prioritário a classificação do **Índice de Massa Corporal (IMC)**, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando os pontos de corte diferentes daqueles utilizados para adultos. Essa diferença deve-se às alterações fisiológicas nos idosos:

- o declínio da altura é observado com o avançar da idade, em decorrência da compressão vertebral, mudanças nos discos intervertebrais, perda do tônus muscular e alterações posturais;
- o peso pode diminuir com a idade, porém, com variações segundo o sexo. Essa diminuição está relacionada à redução do conteúdo da água corporal e da massa muscular, sendo mais evidente no sexo masculino;
- alterações ósseas em decorrência da osteoporose;
- mudança na quantidade e distribuição do tecido adiposo subcutâneo.
- redução da massa muscular devida à sua transformação em gordura intramuscular, o que leva à alteração na elasticidade e na capacidade de compressão dos tecidos.

Essas peculiaridades relacionadas ao processo de envelhecimento devem ser avaliadas criteriosamente, para que se possa distingui-las da desnutrição. A população idosa é particularmente propensa à alterações nutricionais devido a fatores relacionados às modificações fisiológicas e sociais, ocorrência de doenças crônicas, uso de diversas medicações, dificuldades com a alimentação, depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional.

Estas alterações podem comprometer a ingestão dos alimentos e aproveitamento dos nutrientes, podendo levar à desnutrição.

De acordo com a Norma Técnica do SISVAN, recomenda-se que o registro das medidas antropométricas na Caderneta do Idoso e/ou no prontuário seja semestral, permitindo o monitoramento de seu estado nutricional e a determinação de tendências de aumento ou perda de peso, associando possíveis variações às demais condições de saúde da pessoa idosa.

Índice de Massa Corporal

$$(IMC) = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura2 (m)}}$$

Pontos de corte do IMC estabelecidos para Idosos:

IMC	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≤ 22	Baixo peso
> 22 e <27	Adequado ou eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Fonte: LIPSCHITZ, D. A. *Screening for nutritional status in the elderly.* Primary Care, 21 (1): 55 -67, 1994.

Em relação à alimentação da pessoa idosa, é importante que o profissional esteja atento para alguns aspectos:

- Perda da autonomia para comprar os alimentos, inclusive financeira;
- Perda da capacidade/autonomia para preparar os alimentos e para alimentar-se;
- Perda de apetite e diminuição da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimento;
- Perda parcial ou total da visão que dificulte a seleção, preparo e consumo dos alimentos;
- Perda ou redução da capacidade olfativa, interferindo no seu apetite;
- Algum motivo que a faça restringir determinados tipos de alimentos, como dietas para perda de peso, diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia;
- Alterações de peso recentes;
- Dificuldade de mastigação por lesão oral, uso de prótese dentária ou problemas digestivos.

Se for detectado que esses aspectos estão influenciando sensivelmente o estado nutricional do idoso, deve ser feita uma avaliação mais aprofundada, incluindo outras medidas antropométricas, avaliação dietética detalhada e avaliação de exames bioquímicos.

b. Acuidade Visual

O processo natural de envelhecimento associa-se à uma redução da acuidade visual devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças de retina. Cerca de 90% das pessoas idosas necessitam do uso de lentes corretivas para enxergar adequadamente. Ao avaliar essa função, pergunte à pessoa idosa se ela sente dificuldade ao ler, assistir televisão, dirigir ou para executar qualquer outra atividade da vida cotidiana. Aqueles que responderem afirmativamente devem ser avaliados com o uso do Cartão de Jaeger que pode ser visto no anexo 1, página 136.

c. Acuidade Auditiva

Cerca de um terço das pessoas idosas referem algum grau de declínio na acuidade auditiva. A presbiacusia - perda progressiva da capacidade de diferenciar os sons de alta freqüência – é uma das causa mais comuns relacionadas a essa queixa. Muitas vezes, o idoso pode não perceber essa perda e, por essa razão, não referi-la. Para auxiliar nessa verificação pode-se utilizar o "teste do sussurro", anexo 2, página 137.

d. Incontinência Urinária

A presença de incontinência urinária deve ser avaliada, pois, cerca de 30% das pessoas idosas não institucionalizadas costumam apresentá-la e nem sempre a referem na avaliação clínica ou por vergonha ou por acharem ser isso normal no processo de envelhecimento. A freqüência e a importância do evento estão associadas às repercussões emocionais e sociais. Muitas das causas são reversíveis - delírio, restrição de mobilidade, retenção urinária, infecção e efeito medicamentoso - e devem ser investigadas. Perguntar diretamente se a pessoa idosa perdeu urina recentemente ou sentiu-se molhada é uma forma rápida de verificar o problema. Se a resposta for afirmativa, investigue possíveis causas. Na Medida de Independência Funcional (MIF) há um algoritmo de avaliação da continência urinária que auxiliará nesses casos (anexo 8, página 148). Mais detalhes encontram-se no capítulo específico página 30.

e. Sexualidade

A sexualidade da pessoa idosa também deve integrar a avaliação da mesma. Estudos mostram que 74% dos homens e 56% das mulheres casadas mantêm vida sexual ativa após os 60 anos. A identificação de disfunção nessa área pode ser indicativa de problemas psicológicos, fisiológicos ou ambos. Muitas das alterações sexuais que ocorrem com o avançar da idade podem ser resolvidas com orientação e educação. Alguns problemas comuns também podem afetar o desempenho sexual: artrites, diabetes, fadiga, medo de infarto, efeitos colaterais de fármacos e álcool. Embora a freqüência e a intensidade da

atividade sexual possam mudar ao longo da vida, problemas na capacidade de desfrutar prazer nas relações sexuais não devem ser considerados como parte normal do envelhecimento. Devem fazer parte da avaliação sistemática das pessoas idosas sexualmente ativas a investigação de doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, que será mais detalhada em capítulo específico, página 116.

As mulheres após a menopausa, principalmente, após os 60 anos, normalmente apresentam algum desconforto nas relações sexuais com penetração vaginal, devido às condições de hipoestrogenismo e, consequentemente, hipotrofia dos tecidos genitais. A utilização de um creme vaginal à base de estriol, 2ml, uma a duas vezes por semana, permite uma manutenção do trofismo do epitélio (mucosa), favorecendo uma melhoria nas condições genitais para o exercício pleno da sexualidade. Para o início de sua utilização, é necessário a realização dos exames preventivos para o câncer ginecológico e mamário, conforme protocolos vigentes, recomendados nessa faixa etária.

f. Vacinação

A influenza (gripe) é uma doença infecciosa aguda, de natureza viral, altamente contagiosa que acomete o trato respiratório e cuja ocorrência se observa em maior intensidade ao final do outono e durante o inverno. 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).

A situação vacinal da pessoa idosa também deve ser inquirida de forma sistemática. Recomenda-se uma dose anual da vacina contra influenza no outono. Idosos com mais de 60 anos devem também receber ao menos uma dose de vacina anti-pneumocócica durante a vida. Os idosos institucionalizados e não vacinados deverão receber uma dose da vacina e outra após cinco anos da primeira, caso a indicação persista.

A vacina dupla adulto (dT – contra difteria e tétano) deve ser administrada a cada dez anos podendo ser reforçada em cinco anos no caso de ferimentos considerados "sujos".

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

g. Avaliação Cognitiva

A avaliação cognitiva deve fazer parte da avaliação clínica, pois, auxilia na identificação das principais alterações na saúde mental das pessoas idosas. O desempenho físico e social do idoso depende da integridade de suas funções cognitivas. A perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de redução dessas funções. A avaliação da perda de memória recente é considerada como mais adequada, dado que a escolaridade pode influenciar na avaliação da habilidade de cálculo.

Sugere-se para uma primeira avaliação a realização do teste rápido, que consiste em solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa, Maçã e Dinheiro. Após 3 minutos, pedir que os fale novamente. Se for incapaz de repeti-los, há necessidade de uma investigação mais aprofundada.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (anexo 3, página 138) é uma das escalas mais comuns para avaliar o estado cognitivo, por sua rapidez e facilidade de aplicação. Como complementação dessa avaliação, pode-se utilizar o Desenho do Relógio (anexo 3, página 138), o Teste de Fluência Verbal por Categorias Semânticas (anexo 3, página 136) e o Quesionário Pfeffer (QPAF – Questionário Pfeffer de Avaliação Funcional), (anexo 3, página 138). Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.

h. Depressão

No Brasil, a prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8%, dependendo fundamentalmente do instrumento utilizado, dos pontos de corte e da gravidade dos sintomas. É um dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre as pessoas idosas e sua presença necessita ser avaliada. As mulheres apresentam prevalências maiores que os homens na proporção de 2:1. Pessoas idosas doentes ou institucionalizadas também apresentam prevalências maiores. A depressão leve representa a presença de sintomas depressivos frequentemente associados com alto risco de desenvolvimento de depressão maior, doença física, maior procura pelos serviços de saúde e maior consumo de medicamentos. É essencial que seja feita a diferença entre tristeza e depressão, uma vez que os sintomas depressivos podem ser mais comuns nessa faixa etária ocorrendo, com freqüência, no contexto de desordens médicas e neurológicas.

A presença de depressão entre as pessoas idosas tem impacto negativo em sua vida. Quanto mais grave o quadro inicial, aliado à não existência de tratamento adequado, pior o prognóstico. As pessoas idosas com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional afetando sua qualidade de vida.

Evidências sugerem que é necessário instituir precocemente o tratamento. É fundamental a construção de um projeto terapêutico singular (PTS)[2], a partir do Acolhimento e da Avaliação, incluindo diferentes estratégias que possam atender às necessidades dos usuários.

I. Mobilidade

A grande propensão da pessoa idosa à instabilidade postural e à alteração da marcha aumenta o risco de quedas e, por essa razão, equilíbrio e marcha devem ser sempre avaliados. As alterações na mobilidade e quedas podem ocorrer por disfunções motoras,

[2]Projeto terapêutico é um plano de ação que considera todos os fatores envolvidos no processo de adoecimento, formulando uma estratégia de intervenção, pactuada com o usuário, que vai além do medicamento, e da solicitação de exames, mas que considera o ambiente, a família, o trabalho, os recursos da comunidade e outros aspectos que podem ser relevantes),

de sensopercepção, equilíbrio ou déficit cognitivo. A dinâmica do aparelho locomotor sofre alterações com uma redução na amplitude dos movimentos, tendendo a modificar a marcha, passos mais curtos e mais lentos com tendência a arrastar os pés. A amplitude de movimentos dos braços também diminui, tendendo a ficar mais próxima do corpo. A base de sustentação se amplia e o centro de gravidade corporal tende a se adiantar, em busca de maior equilíbrio. A Escala de Tinneti, que no Brasil é conhecida como POMA-Brasil, mostra-se útil para o desenvolvimento dessa avaliação (anexo 5, página 143).

j. Quedas

Quedas representam um sério problema para as pessoas idosas e estão associadas à elevados índices de morbi-mortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce. O profissional deve questionar a ocorrência e freqüência de quedas, registrando na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Essas informações possibilitam a identificação do risco.

O ambiente residencial pode aumentar o risco de quedas e deve ser incluído na programação de avaliação da pessoa idosa. Presença de escadas, ausência de diferenciação de degraus e corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos, obstáculos (fios elétricos, pisos mal conservados etc) no local de circulação, são alguns dos riscos comuns observados. Recomendações específicas para prevenção de quedas em pessoas idosas serão apresentadas posteriormente, página 67.

k. Avaliação Funcional

A avaliação funcional**,** preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é fundamental e determinará não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxilio. Pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva os níveis no qual uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas utilizando diferentes habilidades. Representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Caso não seja capaz, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial, em maior ou menor grau, ou total. Usualmente, utiliza-se a avaliação no desempenho das atividades cotidianas ou atividades de vida diária.

Didaticamente essas atividades são subdivididas em:

a) ***Atividades de Vida Diária (AVD)*** que são as relacionadas ao autocuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las. São elas:

- Alimentar-se
- Banhar-se
- Vestir-se

- Mobilizar-se
- Deambular
- Ir ao banheiro
- Manter controle sobre suas necessidades fisiológicas.

b) ***Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)*** que são as relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade. São elas:

- Utilizar meios de transporte
- Manipular medicamentos
- Realizar compras
- Realizar tarefas domésticas leves e pesadas
- Utilizar o telefone
- Preparar refeições
- Cuidar das próprias finanças

Desde seu início, as avaliações funcionais dão ênfase às Atividades de Vida Diárias (AVD). A primeira escala desenvolvida, e a que é até os dias de hoje mais citada e utilizada, é a Escala de Katz (anexo 6, página 145), planejada para medir a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente e assim determinar as necessárias intervenções de reabilitação. Posteriormente, Lawton propôs um outro instrumento para avaliar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (anexo 7, página 147), consideradas mais complexas e cuja independência para desempenho está diretamente relacionada com a capacidade de vida comunitária independente. A capacidade em realizá-las torna as pessoas idosas mais auto-confiantes para a vida em comunidade.

Outro instrumento de avaliação funcional que vem sendo gradativamente adotado, é o denominado Medida de Independência Funcional (MIF) (anexo 8, página 148) que, diferentemente dos outros que identificam se a pessoa precisa de ajuda ou não, procura quantificar a ajuda necessária mostrando-se, muito útil no planejamento assistencial.

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

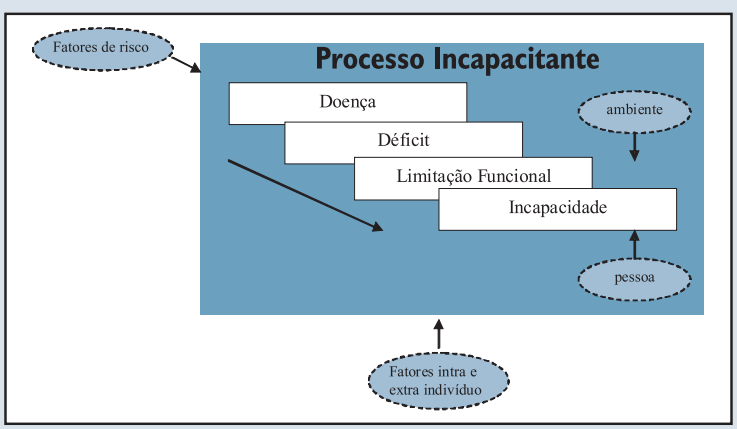
- Desempenho avalia o que o idoso realmente faz no seu dia-a-dia.
- Capacidade funcional avalia o potencial que a pessoa idosa tem para realizar a atividade, ou seja, sua capacidade remanescente, que pode ou não ser utilizada.

Um exemplo disso é quando o idoso mora em uma casa que possui escada e não a utiliza porque a família teme que ele caia. Logo, o idoso não desempenha a função de descer e subir escada por limitação da família, mas, esse possui capacidade funcional para executá-la.

A atenção à saúde da pessoa idosa por meio da avaliação da capacidade funcional, tem demonstrado ser mais significativa nas intervenções terapêuticas do que apenas a presença ou ausência de doenças. Para melhor entendimento, será utilizado o seguinte exemplo: dois idosos que tem o diagnóstico de Diabetes Mellitus, um se mantém independente para todas suas AVD e outro necessita de ajuda para sair da cama e alimentar-se. Os dois possuem a mesma doença de base, mas, seu nível funcional é muito diferente.

O processo incapacitante corresponde à evolução de uma condição crônica que envolve fatores de risco – demográficos, sociais, psicológicos, ambientais, estilo de vida, comportamentos e características biológicas dos indivíduos. A figura a seguir ilustra o processo até então descrito:

FIGURA 3: ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO INCAPACITANTE.



Dentre as conseqüências do processo incapacitante destacam-se a hospitalização e a institucionalização, que influenciam a qualidade de vida das pessoas idosas. Algumas intervenções – reabilitação, terapia medicamentosa e, modificações do ambiente físico-social, mudanças no comportamento e estilo de vida, atributos psicosociais, adaptação às atividades e a presença de suporte extra (pessoal e/ou equipamento especial) - podem reduzir as dificuldades.

Três conceitos apresentam-se interligados e interdependentes quando se discute o processo incapacitante. São eles: autonomia, independência e dependência.

Autonomia – pode ser definida como auto-governo e se expressa na liberdade para agir e para tomar decisões.

Independência – significa ser capaz de realizar as atividades sem ajuda de outra pessoa.

Dependência – significa não ser capaz de realizar as atividades cotidianas sem a ajuda de outra pessoa.

Muitas pessoas mantêm sua autonomia (capacidade de decisão) embora sejam dependentes (incapacidade física para executar uma determinada ação). Por exemplo: *um idoso que após um Acidente Vascular Encefálico (AVE), apresenta limitação em sua mobilidade e requer auxílio para tomar banho (dependência), mas pode ser perfeitamente capaz de decidir o horário do banho, a roupa que prefere vestir (autonomia), etc.*

A capacidade de tomar decisões e a de auto-governo podem ser comprometidas por doenças físicas e mentais ou por restrições econômicas e educacionais. Infelizmente, é muito freqüente observar que, na vigência de situações de dependência, a autonomia da pessoa idosa tende a não ser considerada. Parece ser erroneamente aceitável que, uma vez que ele não é parcial ou totalmente capaz de executar uma ação (em termos físicos), ele também não é capaz de decidir sobre a mesma. Tal observação ocorre tanto no contexto familiar como no institucional. A condição de dependência é a que mais amedronta os idosos. A principal conseqüência da associação entre velhice e dependência é o desenvolvimento de atitudes negativas em relação às pessoas idosas.

Na presença de declínio cognitivo, as informações dadas pela pessoa idosa deverão ser confirmadas com o acompanhante. Se as deficiências forem relatadas ou observadas, o tempo e o motivo do aparecimento podem ajudar na determinação da causa e na avaliação de sua potencial reversibilidade. Déficits agudos ou subagudos são sintomas freqüentes de doenças, e tratá-las auxilia no restabelecimento da função.

A avaliação funcional determinará, necessariamente, o grau de dependência da pessoa idosa e os tipos de cuidados que vão ser necessários, além de como e por quem os mesmos poderão ser mais apropriadamente realizados.

Espera-se que essa ajuda venha das famílias, no entanto, um estudo recente (Duarte, 2005) demonstrou, que a ajuda fornecida pelas famílias às pessoas idosas com dificuldade no desempenho de uma ou mais atividades de vida diária gira em torno de 50% da demanda, ou seja, cerca de metade das necessidades dos/as idosos/as não são atendidas mesmo sendo necessárias. Isso mostra que, apesar do esforço da maioria das famílias no atendimento de seus familiares mais necessitados, essa ajuda não está sendo suficiente, necessitando, assim, de uma revisão nas políticas assistenciais adotadas até o momento.

Frente a isso, a avaliação da rede de suporte social e da funcionalidade familiar torna-se essencial para o planejamento assistencial da pessoa idosa.

7. SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL

a. Avaliação da Funcionalidade Familiar

As famílias estão em constante processo de transformação e mudança. Várias teorias buscam conceituá-las e explicá-las. Dentre estas teorias destaca-se a Teoria Sistêmica onde as famílias são compreendidas como sistemas baseados nas relações, com base em ganhos e perdas, distribuição do poder de cada um de seus membros, estabelecimento de papéis, desenvolvimento de códigos, simbologias e significados para atitudes e relações. Este sistema sofre modificações como o passar do tempo, influenciado pelos próprios conflitos e pelas transformações no mundo. Dessa grande interação surge o seu potencial transformador em busca de equilíbrio.

Todos os membros familiares acabam desempenhando tarefas e assumindo papéis para que o Sistema Familiar funcione. Dentre tantas funções e papéis possíveis de serem desenvolvidos pelos diversos membros familiares, duas estão sempre presentes: o prover e o cuidar. O prover, originalmente é um papel gênero masculino, e está ligado ao sustento, ao poder de compra, às possibilidades e oportunidades daquela família na nossa sociedade capitalista. O cuidar, originalmente é um papel do gênero feminino, e está ligado ao desenvolvimento da afetividade, da alimentação, da atenção e vigilância constate. Estes são papéis em profunda transformação na nossa sociedade, e hoje, não são distinguíveis entre o homem e mulher. Estes e tantos outros papeis devem ser constantemente negociados para que a família funcione.

Esse funcionamento nem sempre é harmônico, o que pode contribuir para o surgimento de doenças nos diferentes membros familiares, em especial nos idosos, quando aos poucos perdem funções previamente definidas. Os sistemas familiares podem ser compreendidos como funcionais ou disfuncionais.

Nos Sistemas Familiares funcionais, o grupo familiar responde aos conflitos e situações críticas buscando estabilidade emocional gerenciando-os a partir de recursos próprios (conhecidos ou potenciais) e resolvendo o problema instalado de forma adequada. Os indivíduos são capazes de harmonizar suas próprias funções em relação aos outros de forma integrada, funcional e afetiva protegendo a integridade do sistema como um todo e a autonomia funcional de suas partes. Sistemas familiares funcionais ou maduros constituem para os profissionais, recursos estratégicos e terapêuticos, fundamentais e integrados na assistência ao idoso.

Os Sistemas Familiares disfuncionais são aqueles nos quais não há um comprometimento com a dinâmica e a manutenção do sistema por parte de seus membros. Esses costumam priorizar seus interesses particulares em detrimento do

grupo não assumindo seus papéis dentro do sistema. Com freqüência são observados vínculos afetivos superficiais e instáveis e alto grau de agressividade e hostilidade entre seus membros, mesmo que não abertamente colocados. Raramente são capazes de resolver situações críticas como uma questão grupal, de forma adequada e, com freqüência, identificam a "crise" como responsabilidade única do membro que a desencadeou. Nas situações conflitivas enfrentadas nesses sistemas com pessoas idosas, freqüentemente é possível observar uma solução aparente onde, ou o idoso é separado do seu meio (institucionalizado ou isolado do grupo) que o considera gerador do problema ou os outros membros da família se afastam para não se envolverem com a questão, uma vez que acreditam que a mesma não diz respeito a eles.

A função das Equipes Saúde da Família é auxiliar os membros familiares a renegociarem seus papéis e funções de maneira a constituírem um Sistema Familiar mais harmônico e funcional. Lembrando que como um sistema, ele sempre tenderá a um novo equilíbrio.

As diversas realidades apresentadas para as famílias brasileiras, tais como o aumento da mortalidade masculina em faixas etárias cada vez mais jovens, a necessária inserção das mulheres no mercado de trabalho formal e informal, afetam o balanço entre necessidades e a disponibilidade de auxílio real existente entre os membros familiares, fazendo com que pessoas idosas assumam o cuidado das residências, das crianças e dos adolescentes com bastante freqüencia. O idoso algumas vezes pode assumir o papel de "bode expiatório", sendo culpabilizado por todas as crises familiares. Esta é uma situação bastante grave e deve ser trabalhada pela equipe Saúde da Família.

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

Observa-se a necessidade de serem estabelecidos esquemas assistenciais mais efetivos e dinâmicos, capazes de assistir as demandas crescentes dos idosos e de suas famílias. Dessa forma permite que ambos encontrem uma solução terapêutica adequada, em que o equilíbrio familiar seja a meta, melhorando a assistência ao idoso e diminuindo os custos emocionais da própria família.

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

praticidade de uso e objetivos, são mais adequados na Atenção Básica. São eles: o APGAR de Família, o Genograma e o Ecomapa, que estão respectivamente nos anexos 9, 10, 11 e nas páginas 168, 171, 174).

b. Avaliação do Estresse do Cuidador

Cuidador é a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menos grau). Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outros; auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa.

O ato de cuidar é voluntário e complexo, tomado por sentimentos diversos e contraditórios como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação e choro. Esses sentimentos podem ser simultâneos e devem ser compreendidos, fazendo parte da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada. É importante avaliar a presença de estresse entre os cuidadores. Isso pode se um fator de risco da ocorrência de situações de violência contra os idosos ou de adoecimento do próprio cuidador. Um instrumento desenvolvido por Zarit tem-se mostrado apropriado para esse fim (anexo 12, página 176)

Quando um cuidador está disponível, a carga sobre ele pode ser muito significativa. É importante que outras opções assistenciais sejam oferecidas às famílias com o objetivo de adequar as necessidades emanadas pelos idosos. Os grupos de cuidadores podem ser uma estratégia útil para esse fim. O Guia Prático do Cuidador, elaborado pelo Ministério da Saúde, oferece orientações práticas para ao cuidador.

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

c. Violência Intrafamiliar e Maus Tratos contra a pessoa idosa

De acordo com a Rede Internacional para Prevenção dos Maus Tratos contra a Pessoa Idosa, define-se a violência contra esse grupo etário como "o ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano físico ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança."

A violência é um problema social de grande dimensão que afeta toda a sociedade, atingindo, especialmente, e de forma continuada, mulheres, crianças, adolescentes, pessoas idosas e portadores de deficiência.

A violência contra idosos se manifesta nas formas: *estrutural,* que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas expressões da pobreza, da miséria e da discriminação; *interpessoal* que se refere nas relações cotidianas; e *institucional*, que se reflete na aplicação ou omissão da gestão das políticas sociais e pelas instituições de assistência.

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

A violência intrafamiliar pode se manifestar de várias formas e com diferentes graus de severidade. Essas formas não se produzem isoladamente, mas, fazem parte de uma seqüência crescente de episódios no qual o homicídio é a manifestação mais extrema.

Existem condições particulares, individuais, familiares ou coletivas, que aumentam o risco de ocorrência de violência intrafamiliar. A pessoa idosa torna-se mais vulnerável à violência na medida em que apresenta maior dependência física ou mental. O convívio familiar estressante e cuidadores despreparados ou sobrecarregados tendem a agravar essa situação.

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

Essa identificação de sinais de violência contra as pessoas idosas é, também, com certa freqüência, negligenciada no atendimento à saúde e deve ser notificada por meio de Ficha apropriada (anexo 15). Objetiva auxiliar a(s) vítima(s) na defesa de seus direitos; os profissionais para que não se configure omissão (passível de punição legal) e, ainda, contribuir para o registro epidemiológico desses agravos externos à saúde.

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

Tipos de violência

a) Violência física

São manifestações interpessoais que se utilizam do uso da força física para compelir o/a idoso/a a fazer o que não deseja, para ferir-lhe, provocar-lhe dores, incapacidades ou a morte.

Esse tipo de violência pode ser manifestada de várias formas: tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, estrangulamento, lesões por armas ou objetos, obrigar a tomar medicações ou outras substâncias (álcool ou drogas) desnecessárias ou inadequadas, tirar de casa à força, amarrar, arrastar, arrancar a roupa, abandonar em lugares desconhecidos. Também pode produzir danos à integridade corporal decorrentes de negligência (omissão de cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros).

b) Violência sexual

A violência sexual contra idosos é impetrada por pessoa com relação de poder (força física, coerção ou intimidação psicológica, ameaças) sobre o outro/outra e é caracterizada como ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional que visa obter excitação ou satisfação sexual do agressor/agressora. Inclui, entre outras: carícias não desejadas, penetração oral, anal ou vaginal, com pênis ou objetos de forma forçada, exibicionismo e masturbação forçados, uso de linguagem erotizada em situação inadequada, ser forçado a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas além do casal e impedimento do uso de preservativo.

c) Violência psicológica

É toda ação ou omissão (agressões verbais ou gestuais) que causa ou visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa idosa. Inclui: insultos constantes, terror, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento de amigos e familiares, ridicularização, rechaço, manipulação afetiva, exploração, ameaças, privação arbitrária da liberdade (impedimento de trabalhar, cuidar da aparência pessoal).

d) Violência econômica ou financeira ou patrimonial

É a forma de violência que se expressa na exploração indevida ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros ou patrimoniais. Esse tipo de abuso ocorre, principalmente, no âmbito familiar, podendo também acontecer em instituições de longa permanência.

Inclui: roubo, destruição de bens pessoais (roupas, objetos, documentos, animais de estimação) ou de bens da sociedade conjugal (residência, móveis, utensílios domésticos, terras), recusa a participar nos gastos básicos para a sobrevivência do núcleo familiar, uso de recursos econômicos da pessoa idosa, tutelada ou incapaz,

destituindo-a de gerir seus próprios recursos e deixando-a sem provimentos e cuidados.

e) Violência institucional

É aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários(as) e profissionais dentro das instituições. Esse tipo de violência inclui: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e tempo para o(a) idoso(a); frieza, rispidez, falta de atenção ou negligência; maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo questões de cor/etnia, idade, opção sexual, gênero, deficiência física ou doença mental; desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico; violência física (por exemplo, negar acesso à anestesia como forma de punição, uso de medicamentos para adequar o paciente à necessidade do serviço ou do profissional); detrimento das necessidades e direitos da pessoa idosa; críticas ou agressões dirigidas a quem grita ou expressa dor e desespero, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa, fornecendo informações e buscando condições que lhe tragam maior segurança do atendimento ou durante a internação; diagnósticos imprecisos, acompanhado de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência.

f) Abandono/negligência

O abandono/negligência é caracterizado pela falta de atenção para atender às necessidades da pessoa idosa. Ex: não provimento de alimentos adequados, roupas limpas, moradia segura, descuido com a saúde, a segurança e a higiene pessoal. A administração de medicamentos por familiares, cuidadores e/ou profissionais, de forma indevida – aumento, diminuição ou exclusão de dose e/ou medicamento.

g) Auto-negligência

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

Estudos mostram que, quanto mais velha e mais dependente for a pessoa idosa, maior seu risco de ser vítima de violência. A pessoa idosa geralmente tem dificuldade em denunciar a violência a que está sendo submetida por receio ou vergonha. Dessa forma, os profissionais de saúde têm um papel fundamental na interrupção desse ciclo, tornando-se mais alertas à detecção de sinais e sintomas que possam denunciar tais situações. O profissional de saúde deve estar ciente

da possibilidade da violência contra a pessoa idosa ser uma ocorrência que pode levá-la à óbito. É preciso que os profissionais de saúde estejam cada vez mais preparados e alertas para a leitura dos sinais de violência deixados pelas lesões e traumas nos idosos. Um instrumento desenvolvido e validado em Porto Rico para identificação de sinais de violência contra as pessoas idosas pode ser visto anexo 13 pagina 178.

Todo caso suspeito ou confirmado de violência contra a pessoa idosa deve ser notificado, utilizando-se a "Ficha de Notificação/Investigação Individual – Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências", conforme modelo anexo.

Segundo a rotina estabelecida em cada município, os encaminhamentos das pessoas idosas, em situação de violência devem ser feitos para os órgãos e instituições descriminados a seguir, de acordo com a organização da rede de serviços local:

a) Delegacia especializada da mulher

b) Centro de Referência da Mulher

c) Delegacias Policiais

d) Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa

e) Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)

f) Ministério Público

g) IML e outros

Há, sem dúvida, vários aspectos éticos e legais envolvidos. As vítimas, quando cognitivamente competentes, têm o direito de determinar o curso da intervenção, inclusive, podendo optar por nada fazer. Cabe aos profissionais o suporte, a orientação, o atendimento, a notificação e o encaminhamento adequado frente à cada situação que deverá ser avaliada de forma particular.

É importante para as Equipes de Saúde da Família identificar outras formas de violência como a violência institucional, que pode ocorrer nas Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPI) (antigos asilos), nos serviços de saúde, e demais instituições situadas na área de atuação da equipe. Cabe a elas a identificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência, notificando-os; bem como a promoção de ações de prevenção dessas violências, por meio de educação em saúde com os familiares e estimulando uma rede de proteção à pessoa idosa. É também um de seus papéis promover e estimular a cultura da paz e promoção da saúde, estimulando hábitos e comportamentos saudáveis, como também propor estratégias intersetoriais que busquem ambientes e entornos seguros e saudáveis.

8. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA

Este instrumento faz uma síntese da estrutura da avaliação multidimensional da pessoa idosa que poderá ser realizada nas Unidades Básica de Saúde. Representa uma avaliação rápida que pode ser utilizado para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas. Indica, quando necessário, a utilização de outros instrumentos mais complexos, que estão em anexo.

No entanto, qualquer instrumento tem limitações e, por si só, não é suficiente para o diagnóstico. Devendo ser tomado como complementar e não utilizado de forma mecânica. Nada substitui a escuta qualificada realizada por profissional de saúde habilitado e a investigação de todos os aspectos (familiares, sociais, culturais, econômicos, afetivos, biológicos, etc) que envolvem a vida da pessoa.

Os problemas identificados, caso não sejam adequadamente tratados, podem conduzir à situações de incapacidade severa - imobilidade, instabilidade, incontinência, declínio cognitivo - colocando o idoso em risco de iatrogenia.

Quadro 4: Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTOS
NUTRIÇÃO	O/A Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? _____ Peso atual: _____ kg Altura: _____ cm IMC = _____	Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos (desnutrição ou obesidade). Encaminhar ao nutricionista para a avaliação nutricional detalhada
VISÃO	O/a Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, aplicar o cartão de Jaeger: Olho Direito: _____ Olho Esquerdo:_____	Se houver incapacidade de ler alem de 20/40 no cartão de Jaeger, encaminhar ao oftalmologista
AUDIÇÃO	Aplicar o teste do sussurro, pág. 137 A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ovido Direito: __ Ovido Esquerdo: _____ Se não, verificar a presença de cerume. OD: _____ OE: _____	Na ausência de cerume e caso a pessoa idosa não responda ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.
INCONTINENCIA	O/A Sr/a, às vezes, perde urina ou fica molhado/a? Se sim, pergunte: Quantas vezes? ___ Isso provoca algum incomodo ou embaraço? ___ Definir quantidade e freqüência.	Pesquisar a causas. Ver capítulo de incontinência urinária (pág. 30)

ATIVIDADE SEXUAL	O/A Sr/a tem algum problemas na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.
HUMOR/ DEPRESSÃO	O/A Sr/a se sente triste ou desanimado/a frequentemente?	Se sim, Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (pág 142)
COGNIÇÃO E MEMÓRIA	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa Maça Dinheiro Após 3 minutos pedir que os repita.	Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM. Complementando esse, pode ser aplicado o teste do Relógio (pág. 138), Teste de Fluência verbal (pág. 138) e o Questionário de Pfeffer (pág. 138). Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: ____ Caminhar 3,5m: ____ Voltar e sentar: ____ Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.	Incapacidade de realizar o teste - fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinneti (página xx) e Medida de Independência Funcional – MIF (pág. 148). Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de: Sair da cama? ____ Vestir-se? ____ Preparar suas refeições? ____ Fazer compras? ____ Se não > Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.	Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de avaliação de MIF(pág. 148), de Katz (página 145) e escala de Lawton (pág. 147).
DOMICILIO	Na sua casa há: Escadas? _____ Tapetes soltos? _____ Corrimão no banheiro? _____	Sim para escada ou tapete e Não para corrimão – Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.
QUEDA	Quantas vezes? _____	Orientar prevenção, ver capítulo de quedas (pág. 37)
SUPORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? ____ Quem poderia ajudá-lo/a? _____ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo? ____	Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a. Realizar APGAR de família (pág. 168) e ECOMAPA (pág. 174).

9. FRAGILIDADE EM IDOSOS

Indicadores de fragilização na velhice para o estabelecimento de medidas preventivas

Com o rápido e expressivo envelhecimento da população temas anteriormente pouco discutidos passam a ocupar lugar de destaque entre os profissionais que atuam com pessoas idosas e entre a própria população senescente. Dentre esses, a fragilidade ou fragilização no processo de envelhecimento surge com muita ênfase.

Fragilidade, não possui uma definição consensual. Constitui-se em uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos - declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte.

Alguns profissionais de saúde consideram fragilidade como uma condição intrínseca do envelhecimento, atitude essa que pode ocasionar intervenções tardias, com potencial mínimo de reversão das conseqüências adversas da síndrome, o que inclui a redução da expectativa de vida saudável ou livre de incapacidades.

Assim, torna-se necessário o estabelecimento de critérios que identifiquem as pessoas idosas que se encontram em uma condição subclínica da síndrome e, portanto, passíveis de intervenções preventivas, com o objetivo de evitar ou postergar ao máximo a ocorrência das respostas adversas à mesma. Entre aqueles cuja síndrome já foi instalada, a adoção de critérios de avaliação específicos contribuirá para o adiamento ou a amenização de tais respostas, permitindo preservar por mais tempo a autonomia e independência funcional dos idosos.

Estima-se que de 10 a 25% das pessoas acima dos 65 anos e 46% acima dos 85 anos que vivem na comunidade sejam frágeis, conferindo-lhes alto risco para desfechos clínicos adversos. Percebe-se que, a idade mais avançada parece, de alguma forma, estar associada ao maior risco de ocorrência da síndrome, o que torna os grupos de pessoas idosas em velhice avançada prioritários na organização dessa atenção. No entanto, fragilidade é um fenômeno clínico distinto do envelhecimento, com potencial para reversibilidade por meio de intervenções clínicas.

A partir da década de 90 a associação entre incapacidade e fragilidade passou a ser questionada com base em três grandes premissas:

a) nem todas as pessoas com declínio funcional são frágeis;

b) nem todas as pessoas frágeis apresentam declínio funcional;

c) medidas preventivas parecem interferir na instalação dessa síndrome.

O conceito de "ser frágil" foi sendo gradativamente substituído pela condição de "tornar-se frágil.

Observa-se que um conjunto de pesquisadores compreende a fragilidade como uma síndrome fortemente biológica cujos sinais e sintomas poderiam ser precocemente identificados, sendo passível de alteração em seus desfechos. Por outro lado, outros pesquisadores reforçam a importância da multidimensionalidade dessa síndrome considerando que, por exemplo, fatores sociais como renda insuficiente, baixo nível de escolaridade e ausência de apoio social podem agravar a fisiopatologia da síndrome.

Nos Estados Unidos, a Dra. Linda Fried e seu grupo da John Hopkins University trabalharam na proposição de critérios objetivos mensuráveis para definir fragilidade em idosos a partir da hipótese que essa representa uma síndrome que pode ser identificada a partir de um fenótipo. Após aplicação do modelo foi observada uma prevalência da síndrome em 6,9% das pessoas e uma incidência de 7,2% em quatro anos, com predominância entre as mulheres.

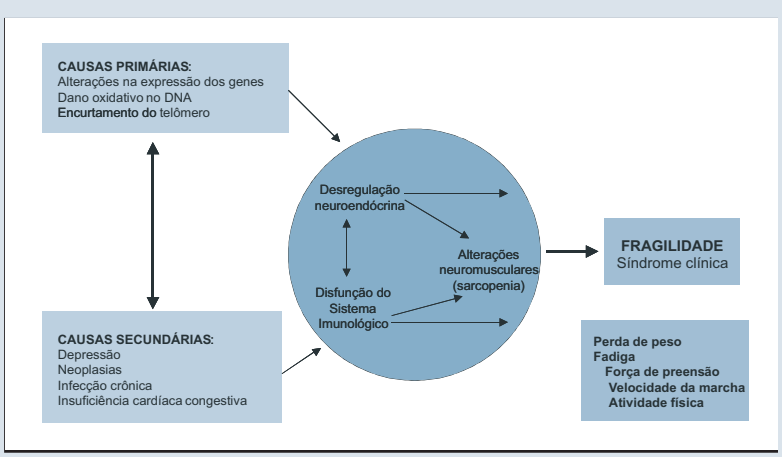
Fragilidade é compreendida como uma síndrome clínica caracterizada pela diminuição da reserva energética e pela resistência reduzida aos estressores. Essa condição resulta de declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos e causa vulnerabilidade às condições adversas, por haver dificuldade de manutenção da homeostase em situações de exposição às perturbações tais como alterações de temperaturas ambientais e variações na condição de saúde.

São três as principais mudanças relacionadas à idade que estão subjacentes à síndrome:

- alterações neuromusculares (principalmente sarcopenia);
- desregulação do sistema neuroendócrino;
- disfunção do sistema imunológico.

A figura a seguir apresenta essa tríade na trajetória hipotética da fragilidade e indica a associação entre mecanismos primários - relativos à idade - e os secundários - relativos às doenças - que poderiam dar início ao fenômeno propriamente dito:

FIGURA 4: TRÍADE DA SÍNDROME DE FRAGILIDADE SEGUNDO MODELO PROPOSTO POR FRIED E COLABORADORES.



Os autores construíram um fenótipo* relacionado à fragilidade que inclui cinco componentes possíveis de serem mensurados:

1. perda de peso não intencional: = 4,5 kg ou = 5% do peso corporal no último ano;
2. fadiga auto referida utilizando duas questões: com que freqüência na última semana o(a) sr(a) sentiu que tudo que fez exigiu um grande esforço ou que não pode fazer nada;
3. diminuição da força de preensão medida com dinamômetro na mão dominante e ajustada para gênero e Índice de Massa Corporal (IMC);
4. baixo nível de atividade física medido pelo dispêndio semanal de energia em kcal (com base no auto relato das atividades e exercícios físicos realizados) e ajustado segundo o gênero;
5. diminuição da velocidade da marcha em segundos: distância de 4,5m ajustada para gênero e altura.

Esse fenótipo seria resultado de um ciclo cujo início ainda não está claramente especificado. Esse ciclo é representado por uma espiral com potencial decrescente de reserva de energia de múltiplos sistemas e explica, hipoteticamente, as condições de fadiga, perda de peso e alterações na velocidade da marcha, justificando o alto risco para as conseqüências adversas da síndrome (Anexo 5)

Foi demonstrado que a presença de três ou mais componentes do fenótipo estão presentes em idosos frágeis e que a presença de um ou dois componentes seriam indicativos de alto risco de desenvolver a síndrome.

Os principais componentes na retroalimentação negativa do ciclo apresentado são: subnutrição crônica, sarcopenia, declínio da força física e da tolerância ao exercício e declínio no gasto total de energia.

O ciclo pode tornar-se um processo auto-sustentado de energia decrescente, transformando a causa inicial da fragilidade em um fator determinante de declínio funcional.

Segundo Fried (2005), fragilidade, comorbidade e incapacidade são condições clínicas distintas embora possam ocorrer simultaneamente. Comorbidade é a presença simultânea de duas ou mais doenças identificadas a partir de diagnóstico médico, com base em critérios firmemente estabelecidos. Incapacidade refere-se à dificuldade e à necessidade de auxílio para o desempenho das atividades cotidianas. Tais condições representam respostas ou conseqüências da síndrome de fragilidade.

O modelo considera que dois são os principais mecanismos responsáveis pelo alcance da condição frágil: as mudanças relacionadas à senescência e a presença de comorbidades.

*Aparência externa do indivíduo, forma ou imagem, masculino ou feminino (características observáveis do organismo). É o produto da interação entre os genes, e da interação entre o genótipo e o ambiente.

A síndrome, segundo os pesquisadores, é um fator preditor independente para quedas, dependência nas atividades de vida diária, hospitalização e morte.

Ciclo de Fragilidade - um exemplo

O processo pode ser ilustrado a partir da ingestão alimentar conforme proposto por Teixeira (2006):

> *"O envelhecimento parece estar associado à redução na capacidade de modular, de modo apropriado, a ingestão alimentar para alcançar o gasto total de energia, com aumento da probabilidade de ingestão dietética inadequada. Essa anorexia do envelhecimento pode ser composta por vários fatores que incluem diminuição do paladar. Tal condição pode levar à perda de massa magra corporal isoladamente ou, com desnutrição, à perda de gordura também. O principal componente da massa magra é o músculo-esquelético sendo que a perda de massa muscular resulta em sarcopenia* cuja prevalência varia entre 6 e 12 % em indivíduos acima dos 60 anos, alcançando mais de 50% nos muito idosos.*
>
> *A redução da prática da atividade física, a diminuição do dispêndio de energia em repouso e a perda de massa muscular podem ser fatores etiológicos da diminuição da ingestão energética que é reduzida no envelhecimento. A ingestão energética abaixo das necessidades calóricas pode levar a um balanço negativo de nitrogênio com perda de fibras musculares do tipo II e danos nas mitocôndrias da musculatura esquelética, instalando-se a sarcopenia. A perda da massa muscular, e conseqüente redução da força muscular, pode resultar em diminuição da atividade física, seguida de declínio na tolerância ao exercício (↓VO_2 max), um fator crítico na diminuição da velocidade da marcha e na potencial incapacidade. A sarcopenia leva à redução da taxa metabólica em repouso e ao declínio do dispêndio total de energia, provocando um desequilíbrio energético que exacerba o ciclo de fragilidade".*

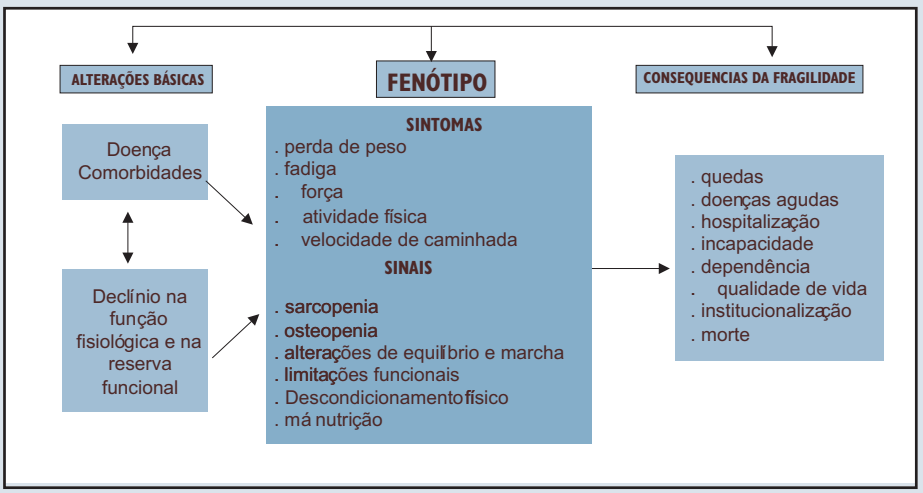
Indicadores de fragilidade e medidas preventivas

A partir do modelo proposto pode-se identificar precocemente os sinais e sintomas que sugerem a instalação da síndrome. Frente a eles, é possível a adoção de medidas de intervenção específicas que contribuam para a eliminação ou o postergamento desse processo.

A figura 5 apresenta o fenótipo do modelo de Fried alertando os diferentes profissionais que atuam com pessoas idosas para ficarem atentos ao surgimento de um ou dois dos principais sintomas relacionados à síndrome.

*Perda de massa muscular ou "massa magra".

FIGURA 5: FRAGILIDADE COMO SÍNDROME CLÍNICA DETECTÁVEL.



A detecção precoce de um ou dois sintomas (condição pré-frágil) auxiliará a evitar a instalação da síndrome a partir da adoção de intervenções específicas.

Como fazer isso é a pergunta mais freqüente. Algumas considerações podem ser úteis.

No contexto de saúde, a identificação dos referidos sinais e sintomas parece ser mais fácil desde que os diferentes profissionais que aí atuam, estejam atualizados e sensibilizados para a importância da detecção precoce. No entanto, nem sempre isso acontece, porque os idosos podem não comparecer com tanta freqüência a esse serviço, evitando que tal observação possa ser, de fato, realizada.

Na Estratégia Saúde da Família o papel do Agente Comunitário de Saúde no reconhecimento dos possíveis sinais referentes à síndrome é fundamental dada sua constante presença na comunidade e contato freqüente com a população. A **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa** é um instrumento que possibilita a identificação desses sinais.

Outros espaços onde esses sinais poderão ser identificados estão relacionados às atividades sociais e de lazer onde as pessoas idosas podem participar individualmente ou em grupos organizados. Se as pessoas que atuam junto a esses grupos estiverem sensibilizadas para essa questão, poderão ser agentes pró-ativos na detecção precoce da síndrome e muito possivelmente contribuir para o adiamento ou a não instalação da mesma.

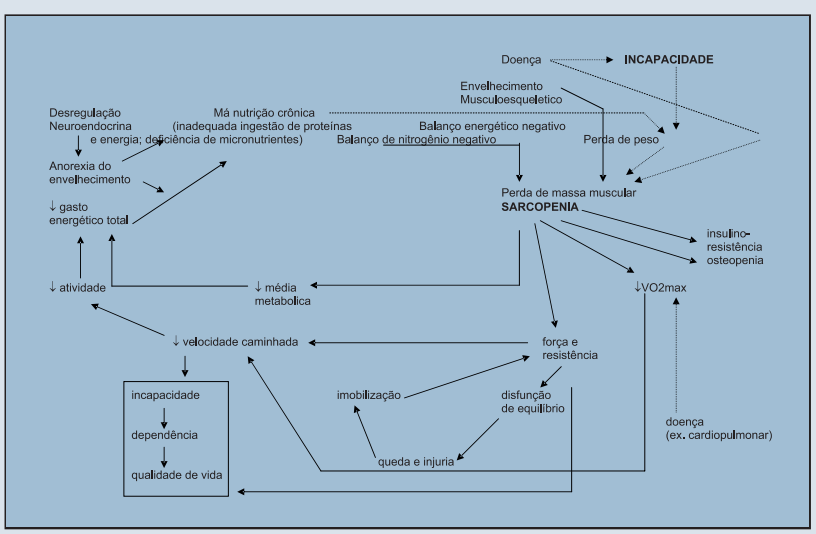
Por exemplo: Um coordenador de um grupo de idosos observa que uma das pessoas do grupo está emagrecendo (sem causa específica), pois suas roupas estão cada vez mais largas e, simultaneamente, verifica que essa pessoa não está mais conseguindo desenvolver as atividades que antes fazia, com certa facilidade, por referir cansaço importante. O profissional conhecedor dos sinais e sintomas da síndrome de fragilidade, conversa com a pessoa idosa e seus familiares desencadeando uma avaliação, por profissional qualificado, com objetivo de detecção da síndrome e estabelecimento de intervenções precoces

apropriadas e individualizadas. Após algum tempo essa pessoa estabilizou seu peso corporal (ver Dez passos para uma alimentação saudável – anexo 14) e, com a ajuda de exercícios com carga (musculação) fortaleceu sua musculatura retomando suas atividades de forma normal (ver capítulo de Prática corporal/Atividade Física).

Para outro profissional, não conhecedor das características de instalação da síndrome, tais sinais poderiam passar de forma desapercebida e serem acompanhados pela descontinuidade da participação da pessoa idosa nas atividades. Algum tempo depois, o grupo poderia ser informado que essa pessoa evoluiu para uma condição de maior imobilidade, com comprometimento muscular significativo que ocasionou uma queda com fratura, sendo necessário hospitalizá-la para cirurgia e, dado seu estado de saúde mais fragilizado, evoluiu para complicações pós cirúrgicas culminando com um importante comprometimento funcional sendo necessária a presença de um cuidador permanente para acompanhá-la.

Os exemplos acima são hipotéticos bem como seus desfechos. Sua finalidade, é demonstrar que a atenção e atuação pró-ativa dos profissionais que atuam com as pessoas idosas, podem fazer a total diferença entre envelhecer com qualidade ou prolongar uma existência com incapacidades evitáveis.

FIGURA 6: CICLO DE FRAGILIDADE PROPOSTO POR FRIED E COLABORADORES.



10. ENVELHECIMENTO E MEDICAMENTOS

A doença e os medicamentos estão presentes no cotidiano das pessoas idosas. As alternativas para gerenciar essa situação são muito particulares. A utilização criteriosa e cautelosa dos medicamentos, sua correta utilização - dose, tipo e intervalos - e a orientação adequada das pessoas idosas e seus familiares, são alguns dos elementos essenciais na manutenção da qualidade de vida do idoso.

O uso de medicamentos pelas pessoas idosas e a prática clínica

A administração de medicamentos em qualquer faixa etária pode gerar reações indesejadas (não intencionais), entretanto, a incidência dessas aumenta proporcionalmente com a idade.

A complexidade do regime terapêutico, o excesso de medicamentos prescritos, a duração do tratamento, o déficit de informações (doença e medicamentos), os distúrbios (cardiovasculares, hepáticos e renais), são alguns dos fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos[3]. As interações medicamentosas são causas especiais de reações adversas[4] em que os efeitos farmacológicos de um medicamento podem ser alterados por outro(s), quando administrados concomitantemente.

A co-administração de um agente farmacológico pode interferir no perfil farmacocinético do outro e alterar a absorção, competir por sítios de ligação nas proteínas plasmáticas, modificar o metabolismo pela indução ou inibição enzimática ou ainda alterar a taxa de eliminação.

A interação medicamentosa é um fator que afeta o resultado terapêutico, e que muitas vezes pode ser prevenida com reajuste de dose, intervalo de 1-2h entre as administrações dos medicamentos e a monitorização cuidadosa da pessoa idosa.

É bastante freqüente a prescrição de medicamentos com a finalidade de corrigir efeitos colaterais[5] provenientes de outros agentes administrados anteriormente, que podem levar a uma cadeia de reações indesejáveis, a chamada cascata iatrogênica. O diagnóstico das complicações medicamentosas é bastante difícil, pois, os sintomas são, às vezes, inespecíficos. Na dúvida, a melhor conduta é a suspensão do medicamento.

A tarefa dos profissionais que assistem ao/à idoso/a é "aprender" a lidar com as limitações decorrentes da senescência, educar e orientar os cuidadores para o estabelecimento de uma parceria, adotar esquemas terapêuticos simples (o mais freqüentemente possível) e, finalmente, maximizar a eficiência terapêutica do medicamento, minimizando o surgimento de eventos adversos.

---

[3]Evento adverso é considerado uma injúria sofrida pelo paciente resultante de erros no uso de medicamentos e que resultam em falha terapêutica. O evento pode ser devido à vários fatores relacionados com o tratamento: dose do medicamento incorreta, dose omitida, via de administração não especificada, horário de administração incorreto e outros.

[4]Reação adversa: "A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem definido reação adversa a medicamentos (RAM), como: "qualquer efeito prejudicial ou indesejável, não intencional, que aparece após a administração de um medicamento em doses normalmente utilizadas no homem para a profilaxia, o diagnóstico e o tratamento de uma enfermidade".

[5]Efeitos colaterais: "São os inerentes à própria ação farmacológica do medicamento, porém, o aparecimento é indesejável num momento determinado de sua aplicação. É considerado um prolongamento da ação farmacológica principal do medicamento e expressam um efeito farmacológico menos intenso em relação à ação principal de uma determinada substância. Alguns exemplos: o broncoespasmo produzido pelos bloqueadores b-adrenérgicos, o bloqueio neuromuscular produzido por aminoglocosídeos, sonolência pelos benzodiazepínicos, arritmias cardíacas com os glicosídios".

Polifarmácia

Polifarmácia é o termo usado para descrever a situação em que vários medicamentos são prescritos simultaneamente, sendo uma prática clínica comum nas pessoas idosas. É um tipo de tratamento personalizado, em que os medicamentos prescritos podem ser controlados (em relação à dose e efeitos colaterais) pelo próprio clínico. Entretanto, é fundamental o conhecimento do profissional em relação aos aspectos farmacocinéticos e farmacodinâmicos dos medicamentos.

A ocorrência da polifarmácia pode ser explicada pelo número de doenças crônicas que acometem os idosos, elevada incidência de sintomas e a realização de consulta e tratamento com especialistas diferentes.

A administração de vários medicamentos também pode ser feita por meio da prescrição de agentes farmacológicos, que contenham dois ou mais princípios ativos (associações). Por exemplo, uma pessoa recebe um anti-hipertensivo (composto de um diurético e um beta-bloqueador) e um analgésico potente (composto de um agente antiinflamatório não esteroidal e um opioíde). Assim, a somatória do número de medicamentos consumidos é igual a quatro. Portanto, da mesma forma que a polifarmácia, a administração de medicamentos associados possibilita a ocorrência de reações adversas e, muitas vezes, decorrentes das interações entre esses agentes.

Os medicamentos mais comumente utilizados pelos idosos são os que atuam no sistema cardiovascular (anti-hipertensivos, diuréticos, digitálicos e anticoagulantes) que representam, aproximadamente, 45% das prescrições, os de ação no trato gastrointestinal (antiácidos, laxativos) e os ansiolíticos. Cabe ressaltar, que os idosos são grandes consumidores de analgésicos pertencentes à classe dos antinflamatórios não-esteróidais. Esse fato, associado ao declínio da função renal, pode desencadear distúrbios nesse órgão e prejudicar a excreção de outros medicamentos.

Os fármacos que atuam no sistema cardiovascular, no sistema nervoso central, os anticoagulantes, os antibióticos e os analgésicos são considerados os principais agentes iatrogênicos.

Essa questão torna-se ainda mais importante quando a pessoa idosa é atendida por diferentes especialistas, cada qual fornecendo uma prescrição específica sem considerar possíveis e freqüentes duplicações e as interações medicamentosas. A principal conseqüência dessa atenção desintegrada é a ocorrência de iatrogênia.

Um papel especial do profissional na Atenção Básica/Saúde da Família é juntar as intervenções realizadas pelo/os especialista/s - coordenação do cuidado - evitando duplicação desnecessária de exames, procedimentos e medicamentos.

Para evitar as duplicações e as interações medicamentosas, o médico da atenção básica deve elaborar um esquema terapêutico simplificado, com dosagens adequadas, e aquelas potencialmente interativas devem ser substituídas, procurando o máximo efeito terapêutico com o mínimo de drogas e de efeitos adversos.

Considerações sobre a prescrição de medicamentos na Atenção Básica

Antes de prescrever algum medicamento, é importante que o médico se questione:

a) É realmente necessária a utilização de um fármaco para modificar o curso clínico desse problema?

b) Qual fármaco indicar?

c) Como deve ser administrado esse fármaco? O idoso ou seu cuidador tem condição de assimilar essas informações?

d) O idoso está usando outro fármaco?

e) Quais os efeitos esperados desse fármaco?

f) O fármaco poderá ser utilizado para outros fins que não os da prescrição?

g) Os medicamento prescritos estão disponíveis no Sistema Único de Saúde?

Alguns preceitos gerais pronunciados pelo Professor Jairo Ramos na primeira edição do livro "Atualização Terapêutica", há quase 50 anos, merecem ser lembrados:

- Não faça ao paciente aquilo que não gostaria que fizessem à você.
- Procure sempre estabelecer diagnóstico preciso antes de iniciar a terapêutica.
- Se o que está fazendo não surtiu efeito, saiba abandoná-lo no momento oportuno. Não seja um terapeuta teimoso.
- Se o que está fazendo é útil e eficaz, continue a fazê-lo. Não seja um terapeuta nervoso.
- Se não souber o que deve ser feito, nada faça. Muitas doenças iatrogênicas são provocadas por profissionais que usam drogas poderosas apenas com o propósito de fazer alguma coisa.
- Prefira, sempre que possível, o uso de drogas de ação farmacocinética e farmacodinâmica bem conhecidas, com as quais tenha experiência sem se preocupar se os medicamentos são "novos"ou "velhos".

Racionalizar o uso de medicamentos e evitar os agravos advindos da polifarmácia e da iatrogenia serão, sem dúvida, um dos grandes desafios da saúde pública desse século. Para facilitar essa prática, a Caderneta de Saúde da Pessoa permitirá o registro das principais medicações em uso, auxiliando no atendimento da pessoa idosas em qualquer ambiente em que isso ocorra.

11. OSTEOPOROSE

A osteoporose é definida como uma doença sistêmica progressiva que leva à uma desordem esquelética, caracterizada por força óssea comprometida, predispondo a um aumento do risco de fratura. Força óssea, primariamente, reflete integração entre densidade e qualidade óssea (NIH Consensus Conference 2001).

A osteoporose é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a "Epidemia Silenciosa do Século", e atualmente um problema de saúde pública no mundo inteiro devido ao aumento na expectativa de vida das populações. É uma doença de grande impacto devido à sua alta prevalência e grande morbimortalidade. Afeta indivíduos de maior idade, de ambos os sexos, principalmente, mulheres na pós-menopausa, que também apresentam mais fraturas.

No Brasil, somente uma a cada três pessoas com osteoporose é diagnosticada e, dessas, somente uma em cada cinco recebe algum tipo de tratamento, com uma taxa anual de aproximadamente 100 mil fraturas de quadril. Cerca de 10 milhões de brasileiros (as) sofrem com osteoporose e 24 milhões de pessoas terão fraturas a cada ano, sendo que 200 mil indivíduos morrerão como conseqüência direta de suas fraturas.

As fraturas de corpos vertebrais e de quadril são as complicações mais graves. A mortalidade das pessoas com fratura de quadril é de 10 a 20% em seis meses. Do restante, 50% precisará de algum tipo de auxílio para deambular (caminhar) e 25% necessitará de assistência domiciliar ou internação em casas geriátricas.

Etiologia

A instalação da osteoporose resulta de anos de perda óssea. Pode ser classificada em primária, que não apresenta causa bem definida; e secundária, quando é decorrente de uma causa bem definida, como:

Quadro 5: POSSÍVEIS CAUSAS DE OSTEOPOROSE SECUNDÁRIA

Endocrinopatias:	**Outras patologias que afetam o metabolismo ósseo:**
Hiperparatireoidismo.	Desnutrição.
Tireotoxicose.	Neoplasias produtora de PTHrp.
Condições de hipoestrogenismo pós-menopausa (fisiológica, cirúrgica ou iatrogênica).	Uso prolongado de corticóides, heparina, anticon-vulsivantes.
	Anorexia nervosa.
Hipogonadismos.	DPOC.
Hipertireoidismo.	Doenças hematológicas/infiltrativas da medula como mastocitose; mieloma, leucemias e linfomas.
Diabetes mellitus.	

Hiperprolactinemia, prolactinoma.	AIDS.
Hipercortisolismos.	Doenças renais.
Síndrome de Cushing.	Doenças do aparelho conjuntivo como: artrite reumatóide, osteogênese imperfecta.
	Doenças gastrointestinais como síndrome de má-absorção, doença inflamatória intestinal, doença celíaca e colestase.
	Pós transplantes. e
	Imobilização prolongada.

Uma formação óssea adequada nas duas primeiras décadas de vida é fundamental para se evitar a osteoporose, sendo que o pico da massa óssea é atingido entre a adolescência e os 35 anos de idade, sendo 20 a 30% maior nos homens e 10% maior nos negros. A genética contribui com cerca de 70% para o pico de massa óssea, enquanto o restante fica por conta da ingestão de cálcio, exposição ao sol, exercícios físicos e época de puberdade - aproximadamente 60% da massa óssea são formados durante o desenvolvimento puberal. Alguns anos após a formação óssea máxima, inicia-se uma redução progressiva, com uma média de perda de 0,3% ao ano para os homens e 1% ao ano para as mulheres. Na pós-menopausa ocorre uma diminuição acelerada da massa óssea, a qual pode ser até 10 vezes maior do que a observada no período de pré-menopausa, sendo que nos primeiros 5 a 10 anos que seguem a última menstruação, essa perda pode ser de 2% a 4% ao ano para osso trabecular e de 1% ao ano para o osso cortical.

Fatores de Risco para Osteoporose e Fraturas Ósseas

Os fatores de risco para osteoporose e fraturas ósseas podem ser divididos em maiores e menores.

Quadro 6: Fatores de risco para osteoporose e fraturas ósseas maiores e menores

Maiores	Menores
fratura anterior causada por pequeno trauma;	doenças que induzam à perda de massa óssea;
sexo feminino;	amenorréia primária ou secundária;
baixa massa óssea;	menarca tardia, nuliparidade;
raça branca ou asiática;	hipogonadismo primário ou secundário;
idade avançada em ambos os sexos;	baixa estatura e peso (IMC $<$19kg/m^2);
história familiar de osteoporose ou fratura do colo do fêmur;	perda importante de peso após os 25 anos;
	baixa ingestão de cálcio, alta ingestão de sódio;
menopausa precoce (antes dos 40 anos) não tratada;	alta ingestão de proteína animal;
	pouca exposição ao sol, imobilização prolongada, quedas freqüentes;
uso de corticóides	sedentarismo, tabagismo e alcoolismo;
	medicamentos (como heparina, ciclosporina, hormônios tireoidianos, anticonvulsivantes e lítio);
	alto consumo de xantinas (café, refrigerantes à base de cola, chá preto).

Diagnóstico da Osteoporose

História clínica

É fundamental a história clínica minuciosa com investigação dos fatores de risco para a osteoporose e para fraturas. Deve-se considerar a avaliação de mulheres na pós-menopausa que apresentam um ou mais fatores de risco citados anteriormente e após os 65 anos independentemente da presença de fatores de risco. Uma boa história clínica e o exame físico são especialmente úteis para excluir as causas secundárias (ver Quadro 5). A osteoporose é uma doença assintomática, e geralmente o primeiro sinal é a fratura, que representa o agravamento da doença, sendo as mais freqüentes as da coluna lombar, colo do fêmur e 1/3 médio do rádio.

Exame físico

Os seguintes itens são de fundamental importância na avaliação de pessoas com osteoporose:

- Estatura.
- Peso corporal.
- Hipercifose dorsal.
- Abdômen protuso.
- Outras deformidades esqueléticas.
- Sinais físicos de doenças associadas à osteoporose como, por exemplo, exoftalmia (hipertireoidismo), deformidades e edema articular (artrite reumatóide), fáscies cushingóide etc.

Avaliação laboratorial.

Deve ser dirigida principalmente à exclusão das doenças que causam perda óssea e para avaliar os distúrbios do metabolismo mineral que também contribuem para isso:

Hemograma completo, dosagem de TSH, VHS, dosagens de cálcio e fósforo, uréia e creatinina plasmática, fosfatase alcalina total (serve para avaliar a presença de defeitos na mineralização ou osteomalácia, especialmente nos idosos), e análise urinária.

Em todos os homens com osteoporose, deve-se avaliar as possibilidades de hipogonadismo, com as dosagens de testosterona e de gonatrofinas, e de alcoolismo como causas secundárias.

Para avaliação laboratorial específica, outros exames podem ser solicitados, como a calciúria das 24 horas, assim como aqueles solicitados pelo/a especialista.

Avaliação por imagem

No diagnóstico por imagens, são utilizadas radiografias e a densitometria óssea. O exame radiográfico pode mostrar diminuição da densidade óssea, porém, só detectam alterações quando a perda for superior 30%, sendo baixa sua sensibilidade diagnóstica. É indicado para a avaliação das fraturas.

A densitometria óssea é o exame de referência para o diagnóstico da osteoporose realizada pela avaliação da coluna lombar e do colo do fêmur, e antebraço, segundo os critérios da OMS. Rastreamento de todos/as os/as pacientes assintomáticos/as não é recomendado. Busca ativa deste diagnóstico pode ser realizada em pacientes considerados de alto risco, especialmente os com risco de fratura (Quadro 2) Quando se deseja acompanhar a eficácia do tratamento, pode-se repetir o exame dentro de 24 meses.

Quadro 7: INDICAÇÕES DE REALIZAÇÃO DE DENSITOMETRIA ÓSSEA

Mulheres acima de 65 anos
Mulheres com deficiência estrogênica com menos de 45 anos
Mulheres peri e pós-menopausa com fatores de risco (um maior ou dois menores, conforme quadro II)
Mulheres com amenorréia secundária prolongada (por mais de 1 ano)
Todos indivíduos que tenham apresentado fratura por trauma mínimo ou atraumática
Indivíduos com evidência radiológica de osteopenia ou fraturas vertebrais
Homens acima de 70 anos
Indivíduos que apresentem perda de estatura (maior do que 2,5cm) ou hipercifose torácica
Indivíduos em uso de corticosteróides por três meses ou mais (doses superiores ao equivalente de 5 mg de prednisona)
Mulheres com índice de massa corporal abaixo de 19kg/m^2
Portadores de doenças ou uso de medicações associadas à perda de massa óssea
Monitoramento de tratamento do osteoporose

Interpretação Clínica da Densitometria Óssea

Os resultados são apresentados por meio de:

1. Valores absolutos – São importantes, pois, são os utilizados para monitorizar as mudanças da DMO ao longo do tempo;

2. T-Score – Calculado em desvios – padrões (DP), tomando como referência a DMO média do pico da massa óssea em adultos jovens. Os critérios diagnósticos propostos pela OMS baseados neste fato são:

- até -1,0 DP ⇒ normal
- de -1,1 a -2,5DP ⇒ osteopenia

- abaixo de -2,5DP ⇒ osteoporose
- abaixo de -2,5DP na presença de fratura ⇒ osteoporose estabelecida

Essa classificação está bem definida para mulheres na pós-menopausa. Não há consenso no uso desses critérios em outras situações clínicas (jovens, homens e osteoporose secundária).

3. Z-Score – Calculado em desvios-padrões (DP) tomando como referência a DMO média esperada para indivíduos da mesma idade, etnia e sexo.

Resultados exibindo Z-Score – 2,0 DP ou abaixo podem sugerir causas secundárias de osteoporose, sugerindo a necessidade de investigar outras doenças associadas.

Prevenção e Tratamento da Osteoporose

Evidências sugerem que, se medidas preventivas forem adotadas, a incidência de osteoporose pode cair dramaticamente. A prevenção deve começar na infância com a realização de exercícios com freqüência regular, associada à uma dieta rica em cálcio e exposição regular ao sol (vitamina D), além da melhoria das condições de equilíbrio e visão. Se essas medidas forem tomadas, todos os indivíduos atingirão o seu potencial máximo de aquisição de massa óssea. Desse modo, com a chegada da menopausa ou se houver necessidade de utilizar drogas que aumentam a reabsorção óssea, o indivíduo terá uma reserva óssea adequada, mantendo os ossos mais resistentes.

O tratamento da osteoporose também inclui dieta, atividade física, exposição solar, além das medidas preventivas de quedas e uso de medicamentos. No caso da osteoporose secundária, além das medidas citadas anteriormente, a terapia deverá ser direcionada à doença de base estabelecida.

Em Julho de 2002, foi publicada a Portaria SAS nº 470 que aprova, o **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Osteoporose –, Bisfosfonados, Calcitonina, Carbonato de Cálcio, Vitamina D, Estrógenos e Raloxifeno**. Contém o conceito geral da doença, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão/exclusão de pacientes no protocolo de tratamento, esquemas terapêuticos preconizados para o tratamento da osteoporose e mecanismos de acompanhamento e avaliação desse tratamento. É de caráter nacional, devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na regulação da dispensação dos medicamentos nele previstos.

Promoção da Alimentação Saudável

É necessário adotar uma alimentação equilibrada, porém voltada para a oferta dos componentes (oligo-elementos) essenciais na síntese óssea como as calorias, o cálcio, a pró-vitamina D, o Magnésio, Zinco, Boro, vitamina K e vitamina C diariamente.

Uma lista de alimentos com os respectivos teores de cálcio, magnésio, manganês, boro e vitaminas K e C está disponível no capítulo 8 – "Promoção da saúde no climatério" – do Manual de Climatério do Ministério da Saúde.

Cálcio

Todas as pessoas se beneficiarão de uma dieta rica em cálcio ou da sua suplementação para manutenção da saúde em geral, e, em particular do tecido ósseo. Crianças de 3 e de 4 a 8 anos necessitam, respectivamente, de 500mg e 800mg de cálcio por dia. A necessidade diária de cálcio dos adolescentes de ambos os sexos é de 1300mg. Os adultos de 19 a 50 anos devem consumir de 800 mg a 1000mg de cálcio ao dia enquanto os maiores que 50 anos e os idosos, 1200 mg de cálcio por dia.

Para mulheres com osteoporose é preconizado o consumo de 1500mg ao dia, associados a 400-800 mg de vitamina D. O cálcio pode ser pouco absorvido na presença de alimentos ricos em oxalato, como o espinafre, a batata-doce e o aspargo; ou ricos em fitato, como o farelo de trigo. A presença de magnésio, além de outros minerais, é fundamental para absorção do cálcio.

Nos casos de suplementação medicamentosa, deve-se dar preferência ao Cálcio quelato e ao Carbonato de cálcio, devido a sua maior absorção, em relação ao Gluconato e ao lactato. Nas mulheres propensas à litíase renal, o Citrato de cálcio deve ser preferido.

Vitamina D

A vitamina D pode ser adquirida por meio da alimentação, medicação e exposição ao sol, no mínimo 15 minutos, em horários e durante períodos adequados (início da manhã e final da tarde).

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

Práticas Corporais/Atividades Físicas

Hábitos saudáveis como uma regular prática corporal/atividade física, são de grande importância para a manutenção da densidade mineral óssea e para o tratamento da osteoporose. Especificamente os exercícios aeróbicos e com peso (musculação), têm sido associados com manutenção e ganho da massa óssea em mulheres na pós-menopausa, tanto na coluna vertebral, como no quadril - observando sempre as possibilidades de cada uma. Em pacientes com osteoporose estabelecida, deve-se evitar exercícios de alto impacto pelos ricos de fraturas que podem acarretar.

Além dos efeitos benéficos sobre o tecido ósseo, uma regular prática corporal/ atividade física melhora o equilíbrio, a elasticidade e a força muscular que, em conjunto, diminuem os riscos de quedas e, conseqüentemente, de fraturas. Recomenda-se caminhadas de 30 a 45 minutos, no mínimo, três a quatro vezes por semana, preferentemente, à luz do dia.

Medidas de prevenção de quedas – ver capítulo de quedas, página xx.

Medicamentos

É obrigatória a cientificação do paciente ou de seu responsável legal dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos preconizados para o tratamento da osteoporose, o que deverá ser formalizado por meio da assinatura do respectivo Termo de Consentimento Informado, conforme no protocolo.

Critério de inclusão no protocolo de tratamento: Osteoporose definida por escore T igual ou inferior a –2,5 desvios-padrão, com ou sem fratura prévia. Os critérios de exclusão dependem das contra-indicações e precauções de acordo com cada droga

Na osteoporose glicocorticóide-induzida a suplementação de cálcio 1,0g ao dia e vitamina D 400-800UI ao dia, via oral, ajudam na prevenção da perda óssea, devendo ser iniciados desde o início de tratamentos com glicocorticóides que possam durar mais de 3 meses. Homens e mulheres com deficiência de esteróides sexuais devem ser avaliados individualmente quanto aos riscos e benefícios em relação à possibilidade de tratamento hormonal concomitante. Para os pacientes com densitometria óssea abaixo da normal (escore T < -1,0), deve-se iniciar um bisfosfonado.

Os Esquemas de Administração referentes a cada medicamento podem ser encontrados na Portaria SAS nº 470, publicada em Julho de 2002.

Bifosfonados

Os Bisfosfonados são a classe de drogas de primeira escolha no manejo da osteoporose, devendo ser utilizados com suplementação de cálcio e de vitamina D conforme acima definido. Estas drogas já demonstraram serem capazes de melhorar a densidade mineral óssea e reduzir a incidência de fraturas em prevenção secundária.

Entre os bifosfonados, o alendronato e o risendronato são preferíveis devido à maior documen-tação de benefício em prevenção de fraturas e à maior comodidade posológica. Os estudos com pamidronato são limitados, mas, esta droga pode ser usada ciclicamente por via intravenosa, o que não afeta o trato gastro-esofágico.

Terapia Hormonal

A Terapia Hormonal não deve ser considerada de primeira escolha isoladamente no tratamento da osteoporose estabelecida, mas poderá ser útil quando associada a um bisfosfonado. A avaliação das indicações, contra-indicações, dos riscos e benefícios da

utilização desse tratamento necessita de análise individualizada, segundo critérios que podem ser encontradas no capítulo 9, referente à "Opções terapêuticas", no Manual de Atenção à Saúde da Mulher no Climatério – Ministério da Saúde.

Raloxifeno:

O Raloxifeno, um modulador seletivo dos receptores estrogênicos, comprovou ser eficaz na redução da perda da massa óssea da menopausa e na redução do número de fraturas vertebrais de mulheres com osteoporose e com osteoporose estabelecida, mas não em outros tipos de fraturas osteoporóticas. Comparado com placebo, o raloxifeno produziu melhora da massa óssea e redução de fraturas.

Calcitonina:

Já demonstrou ser capaz de melhorar densidade mineral óssea e de reduzir fraturas vertebrais em pacientes com osteoporose estabelecida, embora seu benefício seja inferior aos bifosfonados, especialmente, em relação às demais fraturas osteoporóticas. A calcitonina pode ser uma alternativa para casos de doença péptica ou insuficiência renal.

Medicina Natural e Práticas Complementares

O Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), Portaria GM/ nº 971, de 3 de maio de 2006, que amplia as possibilidades para garantir a integralidade na atenção à saúde. A PNPIC no SUS contempla, em seu documento, inicialmente, a medicina tradicional chinesa – Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e o Termalismo Social – Crenoterapia.

A Fitoterapia apresenta substâncias que são estrutural e funcionalmente semelhantes ao 17 beta-estradiol, atuando como SERMs, tendo, portanto, efeitos estrogênicos em receptores específicos-b. Os mais estudados e utilizados para prevenção e tratamento da perda óssea são as isoflavonas, encontradas, principalmente, na soja e no trevo vermelho.

Quanto à sua ação na prevenção da osteoporose pós-menopausa, estudos bem controlados não demonstraram com segurança que previnem a perda da massa óssea ou reduzem a incidência de fraturas. Entretanto, se o uso da soja e das isoflavonas for instituído desde cedo (infância e adolescência), há uma manutenção importante da massa óssea na senilidade, de acordo com vários estudos realizados em países orientais, onde o consumo é grande em todas as idades.

Efetividade do Tratamento

O tratamento da osteoporose é essencialmente de longa duração. Pessoas com massa óssea estável ou com ganhos devem ser encorajadas a continuar o tratamento. A decisão final sobre a duração e o tipo da terapia deve basear-se no julgamento clínico e individualizado de cada caso, considerando suas características, necessidades e possibilidades.

12. QUEDAS

A queda representa um grande problema para as pessoas idosas dadas as suas conseqüências (injúria, incapacidade, institucionalização e morte) que são resultado da combinação de alta incidência com alta suscetibilidade à lesões.

Cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano. Essa taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de 80 anos e 50% entre os que residem em ILPI. As mulheres tendem a cair mais que os homens até os 75 anos de idade, a partir dessa idade as freqüências se igualam. Dos que caem, cerca de 2,5% requerem hospitalização e desses, apenas metade sobreviverá após um ano.

Causas e Fatores de Risco

As causas mais comuns relacionadas às quedas de pessoas idosas na comunidade são:

- Relacionadas ao ambiente.
- Fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha.
- Tontura/vertigem.
- Alteração postural/hipotensão ortostática.
- Lesão no SNC.
- Síncope.
- Redução da visão.

Os fatores de risco podem ser divididos em intrínsecos e extrínsecos:

Fatores intrínsecos: decorrem das alterações fisiológicas relacionadas ao avançar da idade, da presença de doenças, de fatores psicológicos e de reações adversas de medicações em uso. Podem ser citados:

- idosos com mais de 80 anos;
- sexo feminino;
- imobilidade;
- quedas precedentes;
- equilíbrio diminuído;
- marcha lenta e com passos curtos;
- baixa aptidão física;
- fraqueza muscular de MMII e MMSS (hand grip);
- alterações cognitivas;

- doença de Parkinson;
- polifarmácia;
- uso de sedativos, hipnóticos e ansioliticos.

Fatores extrínsecos: relacionados aos comportamentos e atividades das pessoas idosas e ao meio ambiente. Ambientes inseguros e mal iluminados, mal planejados e mal construídos, com barreiras arquitetônicas representam os principais fatores de risco para quedas.

A maioria das quedas acidentais ocorre dentro de casa ou em seus arredores, geralmente durante o desempenho de atividades cotidianas como caminhar, mudar de posição, ir ao banheiro. Cerca de 10% das quedas ocorrem em escadas sendo que descê-las apresenta maior risco que subi-las.

A influência dos fatores ambientais no risco de quedas associa-se ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa. Quanto mais frágil, mais suscetível. Manobras posturais e obstáculos ambientais que não são problemas para pessoas idosas mais saudáveis podem transforma-se em séria ameaça à segurança e mobilidade daquelas com alterações em equilíbrio e marcha.

Os riscos domésticos mais comuns que devem ser objeto de atenção das equipes de Atenção Básica são:

Fatores que agravam a ocorrência de lesão na queda:

Quadro 8: Riscos domésticos para quedas

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

- Ausência de reflexos de proteção;
- Densidade mineral óssea reduzida – osteoporose;
- Desnutrição;

- Idade avançada;
- Resistência e rigidez da superfície sobre a qual se cai;
- Dificuldade para levantar após a queda.

Quedas com impacto direto sobre quadril e punho têm maior probabilidade de resultar em fraturas. Quando há uma superfície intermediária, por exemplo, uma cadeira, a probabilidade de ocorrer fratura diminui, bem como com aqueles que conseguem reduzir a energia da queda, segurando-se.

Avaliação das quedas

Instabilidade postural e quedas são importantes marcadores de diminuição de capacidade funcional e fragilidade em pessoas idosas. Por essa razão, a referância da ocorrência de queda sempre deve ser valorizada.

A avaliação da queda visa:

a) Identificar a causa que levou a queda e tratá-la.

b) Reconhecer fatores de risco para prevenir futuros eventos, implementando intervenções adequadas.

A **Caderneta da Pessoa Idosa** é um instrumento que ajuda identificar os idosos que caem com mais freqüência, principalmente, nos últimos 12 meses. Na visita domiciliar, o agente comunitário de saúde pode identificar esse problema e encaminhar para a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família.

Este Caderno sugere que durante a consulta na Unidade Básica de Saúde ou visita ao domicílio, seja realizada uma Avaliação Multidimencional Rápida da Pessoa Idosa.

A avaliação da queda envolve aspectos biológicos, físico-funcionais, cognitivos e psicossociais. Devem ser levantados dados relacionados:

- Ao contexto e mecanismo das quedas.
- Às condições clínicas da pessoa idosa, considerando as doenças crônicas e agudas presentes.
- A medicação em uso (prescritas ou automedicadas).

O quadro 5 faz uma síntese dos dados clínicos e diagnósticos prováveis mais comumente associados a quedas:

Quadro 9: Dados clínicos e diagnóstico de causas que podem levar a quedas

Dados clínicos	Diagnóstico provável
Pernas falsearam	Sugere um distúrbio do sistema músculo-esquelético como fraqueza muscular e instabilidade articular
Perda de equilíbrio no sentido posterior	Sugere um distúrbio no processamento central e uma alteração nos limites da estabilidade por problemas posturais e do sistema vestibular
Perda de equilíbrio no plano lateral	Sugere um distúrbio na seleção de estratégias motoras e pistas sensoriais adequadas, assim como fraqueza dos músculos estabilizadores do quadril
Incapacidade de iniciar um movimento corretivo em tempo, apesar da percepção da perda de equilíbrio	Sugere um distúrbio no processamento central principalmente em doenças como Parkinson ou seqüela de AVE
Perda de equilíbrio em transferências posturais	Sugere um distúrbio no controle motor e doenças cardio-circulatórias (hipotensão postural)
Perda de equilíbrio durante a marcha	Sugere um distúrbio nos mecanismos antecipatórios do equilíbrio e doenças/agravos como demência, incontinência, DM ou osteoartrite e, ainda, uso inadequado de medicações.

As principais complicações das quedas são lesões de partes moles, restrição prolongada ao leito, hospitalização, institucionalização, risco de doenças iatrogenicas, fraturas, hematoma subdural, incapacidade e morte.

Medidas práticas para minimizar as quedas e suas conseqüências entre as pessoas idosas

a) Educação para o autocuidado.

b) Utilização de dispositivos de auxilio à marcha (quando necessário) como bengalas, andadores e cadeiras de rodas.

c) Utilização criteriosa de medicamentos (ver capitulo específico, pág. 55) evitando-se, em especial, as que podem causar hipotensão postural.

d) Adaptação do meio ambiente (residência e locais públicos):

- Acomodação de gêneros alimentícios e de outros objetos de uso cotidiano em locais de fácil acesso, evitando-se a necessidade de uso de escadas e banquinhos.
- Orientação para a reorganização do ambiente interno à residência, com o consentimento da pessoa idosa e da família.
- Sugerir a colocação de um diferenciador de degraus nas escadas bem como iluminação adequada da mesma, corrimãos bilaterais para apoio e retirada de tapetes no inicio e fim da escada.
- Colocação de pisos anti-derrapantes e barras de apoio nos banheiros, evitar o uso de banheiras, orientar o banho sentado quando da instabilidade postural e orientar a não trancar o banheiro.

Para se estabelecer um ambiente seguro para pessoas idosas, não é necessário grandes gastos ou mudanças radicais no âmbito da família. Pequenas modificações podem ser bastante úteis de acordo com o Projeto Casa Segura desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia e – para mais detalhes acesse www.casasegura.arq.br

13. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Este capítulo tem por objetivo discutir as especificidades da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na pessoa idosa. Utiliza como subsidio o Caderno de Atenção Básica nº 16 – Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministerio da Saúde.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana. Em combinação com o diabetes, representa 62,1% do diagnostico primário de pessoas submetidos à diálise.

Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos. A hipertensão não deve ser considerada uma conseqüência normal do envelhecimento.

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Deve-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global, estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. (ver Caderno de Atenção Básica nº 16)

HAS na Prática Clínica

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para essas doenças, mas, vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão Arterial e o Diabetes *mellitus* representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento desse cenário.

A prevalência da hipertensão se correlaciona diretamente com a idade, sendo mais presente entre as mulheres e nas pessoas com sobrepeso ou obesidade. Por ser um problema silencioso deve ser investigado sistematicamente, mesmo em face de resultados iniciais normais.

A medida da Pressão Arterial deve ser realizada com técnica adequada e com esfignomanômetros confiáveis; sendo considerado o ideal é o de coluna de mercúrio. Os aparelhos do tipo aneróide, quando usados, devem ser periodicamente testados e calibrados. O manguito deve ter o tamanho adequado ao braço da pessoa. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento envolver pelo menos 80% do referido membro.

A medida da pressão arterial deve ser realizada na posição sentada, de acordo com o procedimento descrito no Caderno de Atenção Básica nº 16 - Hipertensão Arterial.

Dois aspectos importantes devem ser considerados nas pessoas idosas:

- Maior freqüência de hiato auscultatório, que consiste no desaparecimento dos sons na ausculta durante a deflação do manguito, geralmente, entre o final da fase I e o início da fase II dos sons de Korotkoff. Tal achado pode subestimar a verdadeira pressão sistólica ou superestimar a pressão diastólica;
- Pseudo-hipertensão, caracterizada por nível de pressão arterial falsamente elevado em decorrência do enrijecimento da parede da artéria. Pode ser detectada por meio da manobra de Osler, que consiste na inflação do manguito no braço até o desaparecimento do pulso radial. Se a artéria for palpável após esse procedimento, sugerindo enrijecimento, a pessoa é considerado Osler-positivo.

Critérios Diagnósticos, Classificação e Avaliação Clínica

As recomendações para a avaliação inicial, diagnóstico e seguimento clínico de pessoas com HAS, conforme os níveis pressóricos detectados encontram-se no CAB nº16. O Quadro 3 apresenta a classificação da pressão arterial para adultos com mais de 18 anos.

Quadro 10: Classificação da pressão arterial em adultos

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	160	100
O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo.		
Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.		

Na avaliação da pessoa hipertensa, a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico. A classificação de risco de cada indivíduo deve ser avaliada pelo calculo do escore de Framingham.

ESCORE DE FRAMINGHAM

Feminino		Masculino	
Idade	**Pontuação**	**Idade**	**Pontuação**
60 -64	8	60 -64	5
65 -69	8	65 -69	6
70 -74	8	70 -74	7

Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
Diabetes	**Pontos**	**Diabetes**	**Pontos**	**Tabagismo**	**Pontos**	**Tabagismo**	**Pontos**
Não	0	Não	0	Não	0	Não	0
Sim	4	Sim	2	Sim	2	Sim	2

Feminino				Masculino			
LDL -colesterol		**HDL – Colesterol**		**LDL -colesterol**		**HDL – Colesterol**	
Mg/dl	Pontos	Mg/	Pontos	Mg/dl	Pontos	Mg/	Pontos
<100	-2	<35	5	<100	-3	<35	2
100 -129	0	35 -44	2	100 -129	0	35 -44	1
130 -159	0	45 -49	1	13 0-159	0	45 -49	0
160 -169	2	50 -59	0	160 -169	1	50 -59	0
>=190	2	>=60	-2	>=190	2	>=60	-1

Pressão Arterial											
Feminino						Masculino					
Sistólica	**Diastólica**					**Sistólica**	**Diastólica**				
	<80	80 -84	85 -89	90 -99	>=100		<80	80 -84	85 -89	90 -99	>=100
<120	0	0	1	2	3	<120	0	0	1	2	3
120 -129	0	0	1	2	3	120 -129	0	0	1	2	3
130 -139	1	1	1	2	3	130 -139	1	1	1	2	3
140 -159	2	2	2	2	3	140 -159	2	2	2	2	3
>=160	3	3	3	3	3	>=160	3	3	3	3	3

RESULTADO DO ESCORE DE FRAMINGHAN

Feminino					
Total Pontos	Risco DAC 10 anos	Total Pontos	Risco DAC 10 anos	T otal Pontos	Risco DAC 10 anos
<=2	1%	5	5%	12	15%
-1	2%	6	6%	13	17%
0	2%	7	7%	14	20%
1	2%	8	8%	15	24%
2	3%	9	9%	16	27%
3	3%	10	11%	>=17	>32%
4	4%	11	13%		

Masculino					
Total Pontos	Risco DAC 10 anos	Total Pontos	Risco DAC 10 anos	Total Pontos	Risc o DAC 10 anos
<=3	1%	3	6%	9	22%
-2	2%	4	7%	10	27%
-1	2%	5	9%	11	33%
0	3%	6	11%	12	40%
1	4%	7	14%	13	47%
2	4%	8	18%	>=14	<56%

Feminino e Masculino	
Categoria	Evento Cardiovascular Maior
Baixo	< 10% / 10 anos
Moderado	10 a 20% / 10 anos
Alto	> 20% / 10 anos

Tratamento

O objetivo primordial do tratamento da Hipertensão Arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular da pessoa hipertensa, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não-farmacológicas isoladas como associadas à fármacos anti-hipertensivos.

Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

Para a adoção de um esquema terapêutico adequado, o primeiro passo é a confirmação diagnóstica da hipertensão. Em seguida, é necessária a análise da estratificação de risco, a qual levará em conta, além dos valores pressórios, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado.

Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável etc) e o tratamento medicamentoso.

A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção e do tratamento de hipertensão.

Para estabelecer as prioridades para o tratamento e a periodicidade do seguimento é necessário reconhecer os fatores de risco e classificar o risco individual, conforme quadro abaixo.

Quadro 11. Classificação do risco individual dos pacientes em função da presença de fatores de risco e de lesão em órgãos-alvo

Risco A	Risco cardiovascular global BAIXO Sem fatores de risco, Risco Framinghan <10% e sem lesão em órgãos-alvo.
Risco B	Risco cardiovascular MODERADO Presença de fatores de risco, Risco Framinghan 10-20% e sem lesão em órgãos-alvo.
Risco C	Risco cardiovascular ALTO Presença de lesão em órgãos-alvo, Risco Framinghan >20%, doença cardiovascular clinicamente identificável.

O Quadro 12 apresenta a orientação terapêutica baseada na estratificação do risco e nos níveis da pressão arterial.

Quadro 12: Decisão terapêutica segundo risco e pressão arterial

	Risco A – BAIXO	Risco B – MODERADO	Risco C – ALTO
Pré-hipertensão (120-139/80-89)	MEV	MEV	MEV*
Estágio 1 (140-159/90-99)	MEV (até 12 meses)	MEV** (até 6 meses)	TM
Estágios 2 e 3 (≥160 / ≥100)	TM	TM	TM

MEV = Mudança de estilo de vida; TM = Tratamento Medicamentoso.
* TM se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabete melito.
** TM se múltiplos fatores de risco.

Na pré-hipertensão, as pessoas que estão nos grupos de risco A e B são elegíveis para serem tratadas unicamente com modificações no estilo de vida. No estágio 1, essa medida é mantida por 6 a 12 meses; se, nesse período de acompanhamento, a pressão arterial não for controlada, o tratamento medicamentoso deverá ser considerado. Na Hipertensão Arterial moderada e alta (estágios 2 e 3), o tratamento inicial é medicamentoso. Em todos os estágios, inclui-se a mudança de estilo de vida.

A abordagem multiprofissional no tratamento da hipertensão

O tratamento da hipertensão e a prevenção das complicações crônicas exigem uma abordagem multiprofissional. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial necessita de um processo contínuo de motivação para que a pessoa não abandone o tratamento.

Tratamento não-farmacológico

As principais estratégias para o tratamento não-farmacológico da HAS incluem as seguintes:

Controle do excesso de peso

O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso.

Independentemente do valor do IMC, a distribuição de gordura, com localização predominantemente no abdome, está freqüentemente associada com resistência à insulina e elevação da pressão arterial. Assim, a obesidade central abdominal é um fator preditivo de doença cardiovascular.

Adoção de hábitos alimentares saudáveis

A alimementação desempenha um papel importante no controle da Hipertensão Arterial. Uma alimentação com conteúdo reduzido de sódio, baseada em frutas, verduras, derivados de leite desnatado, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos. Ver capítulo sobre alimentação em pessoas idosas, pág. 180.

Redução do consumo de bebidas alcoólicas

O uso excessivo de álcool está relacionado com o aumento da pressão arterial. Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a 30 ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres, preferencialmente, com as refeições. Isso corresponde, para o homem, a injestão diária aproximada de uma garrafa (720 ml) de

cerveja; duas taças (240 ml) de vinho ou duas doses (60 ml) de bebida destilada. As pessoas que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo ou que possuam situações clínicas específicas, como história de dependência alcoólica, hepatopatias e deficiên-cias imunológicas, sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas.

Abandono do tabagismo

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas. Abordagem ao indivíduo tabagista esta descrita no Caderno de Atenção Básica nº 14 - Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica, do Ministério da Saúde.

Realizar uma Prática Corporal / Atividade Física regular

Pessoas hipertensas devem iniciar uma Pratica Corporal/Atividade Física regular, pois, além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral, facilitando o controle do peso. Ver descrição sobre prática corporal/atividade física, pág. 21.

Tratamento Farmacológico da Hipertensão

Quando for necessário o uso de drogas anti-hipertensivas, algumas noções básicas devem ser lembradas:

- Iniciar sempre com doses menores do que as preconizadas.
- Lembrar que determinadas drogas anti-hipertensivas demoram de quatro a seis semanas para atingir seu efeito máximo, devendo-se evitar modificações do esquema terapêutico, antes do término desse período.
- Não introduzir nova droga, antes que a dose terapêutica seja atingida, evitando efeitos colaterais.
- Investigar a ocorrência de hipotensão postural ou pós-prandial antes de iniciar o tratamento.
- Estimular a medida da PA no domicílio, sempre que possível.
- Orientar quanto ao uso do medicamento, horário mais conveniente, relação com alimentos, sono, diurese e mecanismos de ação.
- Antes de aumentar ou modificar a dosagem de um anti-hipertensivo, monitorar a adesão da pessoa ao tratamento (medicamento e não medicamentoso). A principal causa de Hipertensão Arterial resistente é a descontinuidade da prescrição estabelecida.

A escolha do medicamento deverá ser individualizada, considerando a presença de comorbidades, tolerabilidade ao medicamento, resposta individual da pressão arterial e manutenção da qualidade de vida.

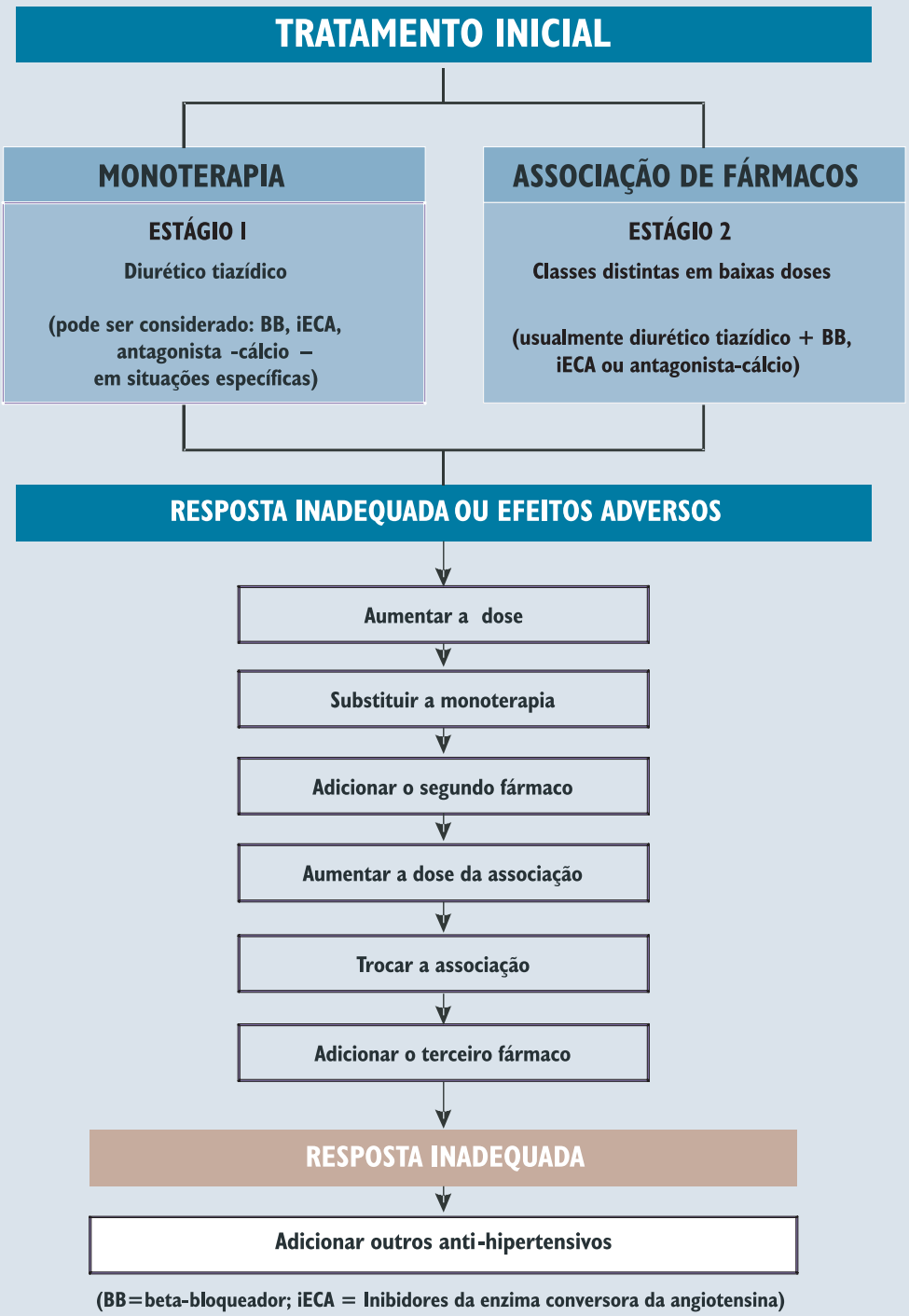
Entre os fármacos mais estudados e que mostraram melhor benefício em reduzir eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, estão os diuréticos em baixas doses. Considerando ainda o baixo custo e extensa experiência de uso, são recomendados como primeira opção anti-hipertensiva.

Devem ser prescritos em monoterapia inicial, especialmente, para pessoas com Hipertensão Arterial em estágio I que não responderam às medidas não-medicamentosas. Entretanto, esse esquema terapêutico é eficaz em apenas 40% a 50% dos casos. Muitas pessoas necessitam associar o diurético com anti-hipertensivos de outra classe, como inibidores da ECA, beta-bloqueadores e antagonista do cálcio.

Quadro 13: Fármacos anti-hipertensivos disponíveis na rede básica do SUS.

GRUPOS E REPRESENTANTES	DOSE DIÁRIA (mg)	INTERVALO DE DOSE (h)	RISCOS DE EMPREGO MAIS IMPORTANTES
Diuréticos	12,5 - 50	24	Hipocalemia, hiperuricemia
Tiazídicos			
Hidroclorotiazida	20 - 320	12 - 24	Hipovolemia, hipocalemia
De alça			
Furosemida			Em predispostos: bronco-espasmo, doença arterial periférica, bradiarritmias
Antagonistas adrenérgicos	80 - 320	6 - 12	
Bloqueadores beta			
Propranolol			Tosse, hipercalemia
	12,5 - 150	6 - 12	
Antagonistas do SRA	5 - 40	12 - 24	
Inibidores da ECA			
Captopril			
Enalapril			

FIGURA 4. TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL



(BB=beta-bloqueador; iECA = Inibidores da enzima conversora da angiotensina)

Cuidados especiais no tratamento da HAS no idoso:

Em algumas pessoas muito idosas é difícil reduzir a pressão abaixo de 140 mmHg, mesmo com boa adesão e múltiplos agentes. Nesses casos, afastada causas secundárias, pode-se aceitar reduções menos acentuadas de pressão arterial sistólica. Os estudos mostram que o tratamento da hipertensão no idoso reduz a incidência de déficit cognitivo.

Acompanhamento e cuidado continuado:

Logo que o tratamento seja instituído, a equipe deve acompanhar o idoso de forma mais freqüente devido à necessidade de verificar a resposta ao tratamento e presença de efeitos colaterais (ver capítulo sobre envelhecimentos e medicamentos pág. 55)

A qualidade de vida da pessoa idosa deve ser avaliada antes e durante o tratamento.

É importante considerar ainda:

- Participação em grupos de auto-ajuda para a conhecer a natureza do problema e seu monitoramento.
- As intervenções educativas que favorecem a adesão ao tratamento.
- A educação da família, especialmente, tratando-se de idosos frágeis e dependentes, nos quais a probabilidade de efeitos secundários é enorme e a necessidade de supervisão é imperativo.
- O impacto financeiro do tratamento, que é determinante para a adesão terapêutica.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa possui um espaço para o registro do controle da Pressão Arterial com o objetivo de facilitar o acompanhamento e controle da HAS.

Critérios de Encaminhamentos para Referência e Contra-referência

O acompanhamento da pessoa com hipertensão é realizado na Unidade Básica de Saúde. Em algumas situações, haverá necessidade de uma consulta especializada, respeitando-se os fluxos de referência e contra-referência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento.

14. DIABETES MELLITUS

O cuidado integral com Diabetes Mellitus e suas complicações é um desafio para a equipe de saúde, especialmente no sentido de ajudar a pessoa a conviver com essa doença crônica, que requer mudanças de modo de viver, envolvendo a vida de seus familiares e amigos, na casa e no

ambiente de trabalho. Aos poucos, essa pessoa deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo contínuo, que vise qualidade de vida e autonomia.

Este capítulo tem por objetivo discutir as especificidades do Diabetes Mellitus na pessoa idosa, sendo essa uma das doenças crônicas mais comuns nessa faixa de idade. Para aprofundamento das informações do cuidado integral à pessoa com Diabetes Mellitus, recomenda-se utilizar o Caderno de Atenção Básica nº 15 – Diabetes Mellitus, do Ministerio da Saude.

Etiologia, conceito e classificação do Diabetes Mellitus:

O Diabetes Mellitus é uma doença comum e de incidência crescente que aumenta com a idade. O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, terão nefropatia, 20 a 35%, neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular.

O Diabetes Mellitus é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente: olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sangüíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

Tipos de diabetes

Os tipos de diabetes mais freqüentes são o **diabetes tipo 1,** anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o **diabetes tipo 2**, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com maior freqüência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o **diabetes gestacional** que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal. Na pessoa idosa, a forma clínica mais freqüente é o tipo 2.

Diabetes tipo 2

O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. As pessoas afetadas apresentam tipicamente hiperglicemia sem tendência habitual a cetoacidose que algumas vezes ocorre devido à presença de infecções ou de outras comorbidades.

Cerca de 80% dos casos de diabetes tipos 2, podem ser atendidos predominantemente na atenção básica, enquanto que os casos de diabetes tipo 1

requerem maior colaboração com especialistas em função da complexidade de seu acompanhamento. A coordenação do cuidado dentro e fora do sistema de saúde é responsabilidade da equipe de Atenção Básica.

Rastreamento e diagnóstico do diabetes tipo 2:

Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença.

São fatores indicativos de maior risco:

- Idade >45 anos.
- Sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25).
- Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas).
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes.
- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg).
- Colesterol HDL =35 mg/dL e/ou triglicerídeos =150 mg/dL.
- História de macrossomia ou diabetes gestacional.
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Indivíduos de alto risco requerem investigação diagnóstica laboratorial com glicemia de jejum e/ou teste de tolerância à glicose.

Alguns casos serão confirmados como portadores de diabetes, outros apresentarão hiperglicemia intermediária (tolerância à glicose diminuída ou glicemia de jejum alterada), antes chamada de pré-diabetes. É importante estabelecer essas categorias diagnósticas - diabetes ou hiperglicemia intermediária - porque elas apresentam risco de morbi-mortalidade cardiovascular e deterioração funcional, fazendo parte da chamada síndrome metabólica, um conjunto de fatores de risco para diabetes e doença cardiovascular. Nesse estágio, existe a possibilidade de intervenções sobre hábitos de vida que retardem ou impeçam a progressão das formas menos severas de alteração para o diabetes.

Diagnóstico de diabetes e de hiperglicemia intermediária:

Os sintomas clássicos de diabetes são os "4 Ps":

ESTÁGIO	GLICEMIA JEJUM (mg/dl)	TTG 75 g 2h (mg/dl)
Normal	< 110	<140
Hiperglicemia intermediária (Pré-diabetes)	≥ 110 - 125 Glicemia de jejum alterada	140 - 199 Tolerância diminuída à glicose
Diabetes Mellitus	≥ 126	≥ 200

- Poliúria.
- Polidipsia.
- Polifagia, e
- Perda involuntária de peso.

Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. Algumas vezes, o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica.

Exames laboratoriais para o diagnóstico de diabetes e de hiperglicemia intermediária:

- Glicemia de jejum: nível de glicose sangüínea após um jejum de 8 a 12 horas.
- Teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g): a pessoa recebe uma carga de 75 g de glicose, em jejum, e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão.
- Glicemia casual: tomada sem padronização do tempo desde a última refeição.

Pessoas cuja glicemia de jejum situa-se entre 110 e 125 mg/dL (glicemia de jejum alterada), por apresentarem alta probabilidade de ter diabetes, podem requerer avaliação por TTG-75g em 2h. Mesmo quando a glicemia de jejum for normal (< 110 mg/dL), pessoas com alto risco para diabetes ou doença cardiovascular podem merecer avaliação por TTG.

Critérios laboratoriais para o diagnóstico de diabetes:

- Sintomas de diabetes.
- + glicemia casual ≥ 200 mg/dL (realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições), OU
- Glicemia de jejum ≥126 mg/dL, OU
- Glicemia de 2 horas ≥200 mg/dL no teste de tolerância à glicose.

Para detalhamento da avaliação clinica, recomendamos a leitura do Caderno de Atenção básica n°15 – Diabetes Mellitus.

Expressão clínica do DM no idoso:

Na pessoa idosa, a forma mais freqüente de apresentação do DM é um achado casual devido a uma doença intercorrente (habitualmente infecções), uma manifestação de complicação típica do diabetes a longo prazo (doença cerebrovascular, infarto do miocárdio, arteriopatia periférica), um exame de saúde ou um exame de glicemia não diretamente relacionado com a suspeita de diabetes. Outras formas de apresentação

são aumento da sede - polidipsia, aumento da micção - poliúria, aumento do apetite, fadiga, visão turva, infecções que curam lentamente, impotência em homens.

Mais raramente o quadro de início é uma condição caracterizada por deterioração cerebral favorecida por desidratação crônica e eventual, ocorrência de hiponatremia e, ocasionalmente, é possível observar casos que se apresentam como síndromes dolorosas, que são confundidas com radiculopatias e que correspondem à neuropatia diabética.

Em alguns casos o diagnóstico se estabelece pela primeira vez por um descontrole hiperosmolar precipitado, devido a uma infecção aguda, habitualmente uma pneumonia, em que o estado de consciência alterado e a desidratação, contribuem para o desenvolvimento do quadro.

Com a redução da taxa de filtração glomerular no idoso, há redução da diurese osmótica e, conseqüentemente, diminuição das perdas de água e sal normalmente associadas à hiperglicemia.

O limiar renal para a eliminação da glicose na urina pode aumentar com o envelhecimento. A eliminação de glicose pela urina – glicosúria - pode não aparecer até que os níveis glicêmicos atinjam níveis superiores a 200 mg/dl, entretanto há relatos de níveis de até 300 mg/dl sem poliúria. Pode haver glicosúria sem hiperglicemia, em conseqüência de distúrbio tubular, o que pode ocasionar um diagnóstico equivocado de DM.

Um fato a destacar é que, se a poliúria está presente no idoso, muitas vezes não é pensada como sendo causada por DM, mas, freqüentemente, por hipertrofia prostática, cistites e incontinência urinária, entre outras causas.

A polidipsia é um alarme comum de estado hiperosmolar nas pessoas mais jovens, mas as pessoas idosas podem apresentar grave depleção de espaço extracelular, hiperosmolaridade e mesmo coma, sem aviso prévio e sem polidipsia. Uma alteração relacionada com o centro osmoregulador no hipotálamo pode ser a responsável por essa aparente falta de resposta ao aumento da osmolaridade sérica.

As pessoas idosas raramente desenvolvem cetoacidose, mas podem entrar em estado de hiperosmolaridade e fazer sua apresentação inicial com confusão, coma ou sinais neurológicos focais.

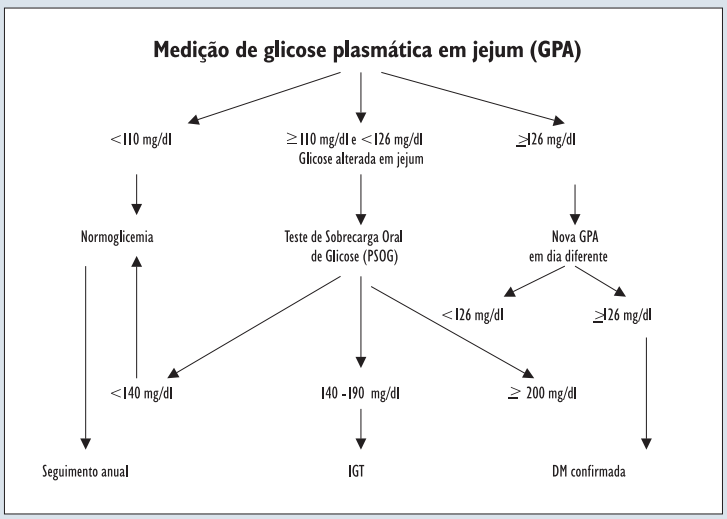
Podem ainda apresentar queixas inespecíficas como: fraqueza, fadiga, perda da vitalidade ou infecções menos importantes da pele e tecidos moles, como a monilíase vulvo-vaginal. Como regra, na presença de prurido vulvar pense em monilíase; na presença de monilíase, pense em diabetes.

Os profissionais devem ficar atentos, pois freqüentemente os sintomas iniciais de DM são anormalidades neurológicas ou neuropatias, tanto cranianas como periférica.

Independentemente da idade, os critérios diagnósticos são os mesmos. Deve-se recordar que tais critérios são estabelecidos para pessoas não submetidas a situações de estresse (doença aguda, cirurgia, traumatismos severos etc). Junto a essas situações, que podem ocorrer em qualquer idade, no idoso existem outras condições que também

podem elevar temporariamente a glicemia, como por exemplo, a imobilidade prolongada.

Propõe-se o seguinte algoritmo diagnóstico:



O idoso apresenta particularidades que o profissional de saúde deve levar em conta para proporcionar-lhe a melhor assistência possível. A historia clínica convencional não é o bastante, é necessário indagar sobre o que a pessoa sabe, seus hábitos de vida e seu ambiente familiar e social.

Ao estabelecer o diagnóstico, convém:

- Fazer uma estimativa da expectativa de vida da pessoa em função de sua idade e co-morbidades ao momento do diagnóstico.
- Conhecer a história da morbidade associada: transtornos psiquiátricos como depressão ou demência, cardiopatia isquêmica, hipertensão arterial etc.
- Fazer revisão sistemática e avaliação funcional, por exames complementares, se necessário, dos principais órgãos e sistemas que são alvos de lesões em decorrência do diabetes, tais como:
  - visão – avaliação de fundo de olho;
  - sistema nervoso – lesões cerebrovasculares manifestas e silenciosas e neuropatia periférica;
  - sistema cardiovascular – lesões coronarianas e ateromatosas difusas manifestas ou silenciosas;
  - rins – avaliação da função renal;
  - lesões cutâneas – mal perfurante (pé diabético); e
  - infecções bacterianas assintomáticas ou com manifestações atípicas – cistites, pneumonia.
- Avaliar o estado funcional.

- Reconhecer a presença de manifestações tardias e estimar sua magnitude.
- Avaliar cuidadosamente a complexidade do regime terapêutico vigente e do que é proposto para estimar sua viabilidade e as possibilidades reais de adesão e disponibilidade financeira.
- Estimar o grau de compromisso do idoso e de sua família com o programa terapêutico.
- Avaliar as possibilidades de acesso aos serviços de apoio para um correto acompanhamento.

No processo de tomada de decisões, que vem após o estabelecimento do diagnóstico de diabetes, deve-se prestar especial atenção nos riscos que o profissional de saúde incorre quando trata ou deixa de tratar a pessoa idosa.

O tratamento da hiperglicemia apresenta sempre, em maior ou menor grau, o risco de hipoglicemia. Os medicamentos devem ser administrados sob observação, especialmente, em pessoas que sofrem de insuficiência hepática ou renal.

Por outro lado, o tratamento superficial ou a abstenção terapêutica podem provocar o desenvol-vimento de um coma hiperosmolar, quando houver eventos que favoreçam uma desidratação, ou uma agressão ou situação de estresse. O não-tratamento pode também aumentar o risco de infecções, perda de autonomia, desnutrição, e ainda, apresentar manifestações tardias.

No idoso independente, a autovigilância dos sintomas e da glicemia é tão importante quanto em qualquer outra idade. No idoso dependente, o trabalho de vigilância deve ser assumido pelo cuidador. Em tais condições, sempre se deve avaliar a qualidade da ajuda em casa.

Em todos os casos, as prioridades são nesta ordem:

- Estabilizar a glicose sérica e evitar as complicações da doença, tanto sobre a morbi-mortalidade como sobre as funções.
- Controle dos outros fatores de risco (sobretudo a hipertensão), para a prevenção das complicações macrovasculares, que pode se desenvolver em curtos períodos de tempo (5-10 anos), especialmente, em presença de outros fatores de risco vascular (hipertensão e hipercolesterolemia); é tão importante quanto o controle da glicemia.

Critérios de controle:

- Aceitável: glicemia de jejum: 100-120mg/dl
  glicemia pós-prandial <180 mg/dl
- A hemoglobina glicosilada acima do valor normal do método em geral, deve ser menor que 7%.
- Pessoas com complicações crônicas: glicemia de jejum <150 mg/dl e glicemia pós-prandial <220 mg/dl.

- Evitar a hipoglicemia secundária ao tratamento.
- Evitar o coma hiperosmolar.
- Evitar a astenia e a desidratação.
- Manter o peso estável. Na ausência de sobrepeso, deve-se evitar as dietas que conduzam à desnutrição.

Em cada consulta de rotina, é necessário avaliar na pessoa idosa:

- Estado geral, a sensação subjetiva de bem-estar.
- Nível de autonomia.
- Qualidade da autovigilância e autocuidado.
- Peso-IMC e medida da cintura.
- Tomada da pressão arterial (de pé e em decúbito).
- Exame dos pés: estado da pele e sensibilidade.
- Glicemia de jejum.

A cada 12 meses, devem ser avaliados:

- Estado mental.
- Órgãos de sentidos, em particular os olhos.
- Lipídios sangüíneos.

A busca e reconhecimento de alterações do estado mental, é particularmente importante, pois, a prevalência é alta entre os idosos diabéticos e que incidem significativamente sobre os resultados do tratamento, como ocorre na deterioração cognitiva e na depressão.

Planejamento terapêutico:

É, em geral, semelhante ao proposto para outras idades. Inicialmente, recomenda-se dieta e exercício, e somente se isso não for suficiente cogita-se o uso de medicação.

As recomendações nutricionais específicas devem ser adaptadas para cada individuo, mas, há normas que são amplamente aplicáveis. A restrição calórica moderada de 250 a 500 kcal a menos que a ingestão diária habitual, só está indicada em casos de sobrepeso. Menos de 30% das calorias devem vir do consumo de gordura. Também se recomenda que as refeições, especialmente a ingestão de carboidratos, sejam fracionadas ao longo do dia para evitar grandes cargas calóricas.

Devem ser individualizados os programas de atividade física. Na prática de exercícios físicos deve-se levar em conta o risco de hipoglicemia, sobretudo nos que usam insulina, a exacerbação de doença cardiovascular preexistente e piora das complicações crônicas.

Nas pessoas idosas, o uso de insulina deve ser iniciado cautelosamente, pois o objetivo é aliviar os sintomas decorrentes da hiperglicemia, prevenir as complicações agudas da descompensação do DM (por exemplo, coma hiperosmolar) e a hipoglicemia. Consultas regulares com a equipe de saúde podem atenuar o risco de hipoglicemia.

Quadro 14: Fármacos para o tratamento da hiperglicemia

FÁRMACO	DOSE DIÁRIA
Metformina	500 a 2550 mg ao dia, fracionada em 1 a 3 vezes ao dia, nas refeições.
Sulfoniluréias:	
Glibenclamida	2,5 a 20mg ao dia, fracionada em 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições.
Glicazida	40 a 320 mg ao dia, fracionada em 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições.
Insulina:	
NPH	10U NPH ao deitar (ou 0,2 U/kg), aumento gradual de 2U; reduzir em 4U quando houver hipoglicemia.
Regular	Se necessário, adicionar 1 a 2 injeções diárias, ver texto. Em situações de descompensação aguda ou em esquema de injeções múltiplas, ver texto.

Prevenção e manejo das complicações agudas do diabetes tipo 2:

O controle glicêmico estável – satisfatório – pressupõe variações ao longo do dia na faixa de 80 a 160 mg/dL. Pequenos desvios podem ocorrer para mais ou para menos, sendo facilmente controlados com ajustes de dieta, atividade física, ou medicações. Quando os desvios são acentuados, caracterizam as complicações agudas do Diabetes tipo 2 – descompensação hiperglicêmica aguda – cetose, cetoacidose, Síndrome Hiperosmolar Não-Cetótica e hipoglicemia.

As duas situações requerem ação efetiva da pessoa – família ou amigos – e do serviço de saúde. O automonitoramento do controle glicêmico e a disponibilidade de um serviço de pronto atendimento – telefônico ou no serviço – são fundamentais para auxiliar a pessoa a impedir que pequenos desvios evoluam para complicações mais graves.

Cetose e Cetoacidose:

A cetoacidose é uma complicação potencialmente letal, com índices de mortalidade entre 5 e 15%. Estima-se que 50% dos casos possam ser evitados com medidas simples de atenção. Os principais fatores precipitantes são: infecção, omissão da aplicação de insulina, abuso alimentar, uso de medicações hiperglicemiantes e outras intercorrências graves – como AVC, infarto ou trauma. Indivíduos em mau controle – hiperglicêmicos ou instáveis – são particularmente vulneráveis a essa complicação. Geralmente, ocorre em pessoas com diabetes tipo 1, sendo algumas vezes a primeira manifestação da doença. O diabetes tipo 2, que mantém uma reserva pancreática de insulina, raramente desenvolve essa complicação.

Síndrome Hiperosmolar Não-Cetótica:

A síndrome hiperosmolar é um estado de hiperglicemia grave (> 600 a 800 mg/dL), desidratação e alteração do estado mental – na ausência de cetose. Ocorre apenas no diabetes tipo 2, porque um mínimo de ação insulínica preservada nesse tipo de diabetes pode prevenir a cetogênese. A mortalidade é muita elevada devido a idade e à gravidade dos fatores precipitantes.

A prevenção da descompensação aguda que leva à síndrome hiperosmolar é semelhante àquela apresentada em relação à cetoacidose diabética. No entanto, é importante dar-se conta de que casos assintomáticos de diabetes tipo 2 não diagnosticados podem, frente às intercorrências, evoluir para a síndrome hiperosmolar. Suspeitar de diabetes, em tais casos pode evitar a morte da pessoa.

Os indivíduos de maior risco são os idosos, cronicamente doentes, debilitados ou institucio-nalizados, com mecanismos de sede ou acesso à água prejudicados. Fatores precipitantes são doenças agudas (acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio ou infecções, particularmente pneumonia), uso de glicocorticóides ou diuréticos, cirurgia, ou elevadas doses de glicose (nutrição enteral ou parenteral ou, ainda, diálise peritoneal).

Hipoglicemia:

Hipoglicemia é a diminuição dos níveis glicêmicos – com ou sem sintomas – para valores abaixo de 60 a 70 mg/dL. Geralmente essa queda leva a sintomas neuroglicopênicos (fome, tontura, fraqueza, dor de cabeça, confusão, coma, convulsão) e a manifestações de liberação do sistema simpático (sudorese, taquicardia, apreensão, tremor).

Pode ocorrer em pesssoas que utilizam anti-diabéticos orais ou a insulina. Com a busca crescente do controle metabólico estrito, a ocorrência de hipoglicemia vem aumentando. Os indivíduos que variam muito seu padrão de dieta e exercício físico, que têm longa duração do diabetes, ou que apresentam neuropatia diabética grave têm um maior risco de hipoglicemia, além daqueles que apresentaram uma ou mais hipoglicemias graves recentemente.

As situações de risco são: atraso ou omissão de refeições, exercício vigoroso, consumo excessivo de álcool e erro na administração de insulina ou de hipoglicemiante oral.

A maioria das hipoglicemias é leve e facilmente tratável pela própria pessoa. A hipoglicemia pode ser grave quando a pessoa ignora ou trata inadequadamente suas manifestações precoces, quando não reconhece ou não apresenta essas manifestações, ou quando a secreção de hormônios contra-reguladores é deficiente – o que pode ocorrer com a evolução da doença. Todo esforço deve ser feito para prevenir tais hipoglicemias graves ou tratá-las prontamente.

Controle dos Fatores de Risco para hipoglicemia:

- Educar o paciente sobre como balancear dieta, exercício e agente hipoglicemiante oral ou insulina.
- Evitar consumo de álcool em doses maiores do que o permitido na dieta.
- Pessoas que não enxergam bem devem receber orientação especial para evitar erros de dose de insulina.

- Pessoas suscetíveis devem ter suas metas de controle revisadas (os que não reconhecem sintomatologia precoce, não atendem aos princípios básicos do tratamento ou têm padrões de vida incompatíveis com as normas preventivas).
- Quando em busca de controle estrito, pode ser necessário revisar as metas de controle para a glicemia de jejum e para a glicemia ao deitar, tolerando níveis de até 140 a 150 mg/dL.
- Na prevenção da hipoglicemia noturna, prescrever um lanche antes de dormir que contenha carboidratos, proteínas e gorduras, por exemplo, um copo de leite (300 mL).

Detecção Precoce da hipoglicemia:

O objetivo é sustar o desenvolvimento da hipoglicemia leve para evitar seu agravamento. Para tanto, é necessário: identificar os sinais precoces como sudorese, cefaléia, palpitação, tremores ou uma sensação desagradável de apreensão. Quando isso não ocorre, a cooperação da família, amigos, colegas e professores é fundamental. Eles podem alertar para um sinal de hipoglicemia quando essa ainda não foi conscientizada pela pessoa (agir estranhamente, sudorese).

O tratamento deve ser imediato, mas, com pequena dose (10 a 20g) de carboidrato simples, repetindo-a em 15 minutos. Em geral, 10 g de carboidrato simples estão presentes em: 2 colheres de chá de açúcar, 100ml de refrigerante ou suco de fruta, 2 balas.

Dois erros comuns são: retardar o tratamento para poder terminar uma determinada tarefa em andamento – o que pode levar a uma hipoglicemia grave, ou exagerar na dose inicial de açúcar – o que pode ser sucedido por uma descompensação hiperglicêmica.

Cuidados especiais com hipoglicemia na pessoa idosa:

- Na pessoa consciente (ou com a ajuda de amigo ou familiar):

Ingerir 10 a 20g de carboidrato de absorção rápida; repetir em 10 a 15 minutos se necessário. Se a própria pessoa não conseguir engolir, não forçar: injetar glucagon 1mg SC ou IM. Se não for disponível, colocar açúcar ou mel embaixo da língua ou entre a gengiva e a bochecha e levar a pessoa imediatamente a um serviço de saúde.

- Na pessoa inconsciente:

Não forçar ingestão oral. Dar 20ml de glicose a 50% EV e/ ou 1 mg de Glucagon IM ou SC. Encaminhar ao hospital. O quadro pode se repetir e ser prolongado, especialmente, em idosos, quando causado por uma sulfoniluréia. Sintomas neuroglicopênicos podem persistir por horas após a correção metabólica.

Detectar e corrigir a causa do episódio.

Deve ser adotado um cuidado especial para evitar a hipoglicemia, de forma mais perigosa no idoso, principalmente, porque podem faltar elementos de seu quadro clássico.

Os sintomas da reação adrenérgica freqüentemente estão ausentes no diabético de longa data e que está fazendo uso concomitante de um beta bloqueador. Na pessoa idosa, soma-se a falta de resposta adrenérgica, comum nessa faixa etária. Essas pessoas não apresentam sudorese e, freqüentemente, entram em coma pouco após apresentarem um quadro de *delirium* que muitas vezes é fugaz.

Medidas de prevenção e de programa educativo sobre hipoglicemia:

- Pessoas tratadas com sulfoniluréias ou insulina devem ser instruídas sobre a sintomatologia da hipoglicemia e a necessidade de detecção e tratamento precoce para evitar complicação. Devem carregar consigo carboidratos de absorção rápida (tabletes de glicose, gel de glicose, balas, bombons).
- Pessoas que recebem insulina, se possível também os que recebem sulfoniluréias, devem ser treinados no automonitoramento da glicemia capilar.
- Pessoas com alto risco para hipoglicemia devem ter glucagon disponível em casa e planejar com a família e/ou amigos um esquema de ação em caso de hipoglicemia grave. Devem ser instruídos a usar um bracelete e/ou portar uma carteira informando que têm diabetes.

Prevenção e manejo das complicações crônicas do diabetes tipo 2:

O controle intensivo desses fatores por meio de medidas não-farmacológicas e farmacológicas pode reduzir pela metade quase todas as complicações. Parte expressiva do acompanhamento do indivíduo com diabetes deve ser dedicada à prevenção, identificação e manejo dessas complicações. O manejo requer uma equipe de Atenção Básica treinada com tarefas específicas, incluindo a coordenação do plano terapêutico e das referências e contra-referências dentro do sistema de saúde.

Para detalhamento do manejo clinico das principais complicações crônicas ver o Caderno de Atenção Básica n°16 – Hipertensão Arterial, Ministério da Saúde.

Considerações finais

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

A organização de grupos de apoio e auto-ajuda para pacientes com diabetes nos centros de saúde facilita a aprendizagem e a adesão às recomendações de tratamento.

É recomendável que toda pessoa com DM traga consigo um identificação, como a Caderneta do Idoso, que tem um espaço para controle da glicemia.

15. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

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

A prevalência da Incontinência Urinária é maior nas mulheres que nos homens entre os 50 e 75 anos, não apresentando variações por sexo na idade mais avançada. Estima-se que entre as pessoas idosas, a prevalência de IU é de aproximadamente 10 a 15% entre os homens e de 20 a 35% entre as mulheres. Idosos institucionalizados e os providos de internação hospitalar recente, apresentem incontinência urinária de 25 a 30%.

Ao menos que sejam investigados, as pessoas não relatam Incontinência Urinária. A ocorrência de Incontinência Urinária tende a aumentar à medida que aumentam o número de medicamentos em uso e as comorbidades. Predispõe à infecções, do trato urinário e genital; provoca maceração e ruptura da pele; facilita a formação de úlceras por pressão, celulites; contribui para disfunção sexual e para perda da função renal; afeta a qualidade do sono (normalmente interrompendo-o) e predispõe à ocorrência de quedas. Algumas vezes, é o primeiro e único sintoma de infecção do trato urinário.

A IU tem grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas idosas causando, geralmente, grande constrangimento e induzindo ao isolamento social e à depressão. A qualidade de vida é adversamente afetada pela Incontinência Urinária, havendo uma tendência à autopercepção negativa de saúde por parte das pessoas idosas. Constitui uma das principais causas de institucionalização de idosos.

A Prática Clínica

A Incontinência Urinária pode ser definida como "a perda de urina em quantidade e freqüência suficientes para causar um problema social ou higiênico". Pode variar desde um escape ocasional até uma incapacidade total para segurar qualquer quantidade de urina. Ela se deve, com freqüência, a alterações específicas do corpo em decorrência de doenças, uso de medicamentos ou pode representar o início de uma doença.

Entre as mulheres, a principal alteração é a redução da pressão máxima de fechamento uretral, conseqüência de danos secundários à partos, cirurgias, radiação, tabagismo, obesidade, distúrbios neurológicos, da redução da vascularização e hipotrofia dos tecidos que revestem e envolvem a uretra, a bexiga e a vagina e outros.

Entre os homens, o aumento da próstata é, provavelmente, o principal fator responsável pelas alterações do fluxo urinário. Algumas alterações da função vesical e da uretra ocorrem em ambos os sexos e incluem redução da contratilidade e da

capacidade vesical, declínio da habilidade para retardar a micção, aumento do volume residual (para não mais de 50 a 100 ml) e aparecimento de contrações vesicais não inibidas pelo detrusor. Alterações da mobilidade, da destreza manual (dificultando a retirada rápida das vestes), da motivação e a tendência a excretar maiores volumes após deitar-se (em conseqüência da maior filtração renal) também predispõem a pessoa idosa à incontinência.

É de primordial importância que esse problema seja abordado na rotina de avaliação de toda pessoa idosa, pois habitualmente, a pessoa com incontinência urinária não comparece à consulta por esse problema, nem dá essa informação de maneira voluntária. Isso se deve fundamen-talmente à vergonha sentida e à crença de ser esta condição uma conseqüência inevitável do envelhecimento.

As causas de incontinência urinária **na pessoa idosa** podem ser divididas em **agudas (temporárias) e crônicas**.

As Causas Agudas – devem ser descartadas antes de se realizar qualquer outra intervenção:

- Endócrinas - hiperglicemia, hiperpotassemia, diabetes, vaginite atrófica. A hipotrofia dos tecidos periuretrais e vaginais ocorre em mulheres após a menopausa e implica em adelgaçamento epitelial com perda do selo mucoso da uretra, irritação local, mucosa vaginal friável, com petéquias e eritema. A incontinência é caracterizada por urgência e disúria.
- Psicológicas - depressão (quando severa, pode levar a pessoa a não se importar com perda urinária ou reduzir a iniciativa de chegar ao banheiro) idéias delirantes.
- Farmacológicas - Efeitos adversos tratamentos medicamentosos. Os principais fármacos ou substâncias que podem causar Incontinência são: diuréticos, anticolinérgicos, antide-pressivos, antipsicóticos, hipnóticos-sedativos, narcóticos, agonista alfa-adrenérgico, antagonista alfa-adrenérgico, bloqueadores de cálcio, cafeína e álcool.
- Infecciosas - Infecção do trato urinário (ITU) sintomática[6] é uma importante causa transitória de incontinência urinária, uma vez que os sintomas de urgência miccional e disúria podem ser intensos a ponto de não permitir a chegada ao banheiro a tempo;
- Neurológicas:
  - Doença vascular cerebral, doença de Parkinson, hidrocefalia normotensa.
  - Delirium - deve ser identificado, principalmente pela eventual morbi-mortalidade de sua causa de base. Uma vez revertida essa causa, tanto o delirium como a incontinência precipitada normalmente se resolvem.

[6] A ITU assintomática, muito comum em idosos, não é causa de incontinência.

- Redução da consciência – perda da capacidade voluntária de contração esfincteriana.
- Redução da mobilidade pode impedir a pessoa de acessar o banheiro a tempo e pode ser causada por fatores físicos (limitação ao leito ou cadeira de rodas) ou dificuldades de deambulação, por neuropatia diabética ou osteoartrose, má acuidade visual etc.

- Excesso de débito urinário - pode ocorrer em condições como hiperglicemia e hipercalcemia e com o uso de diuréticos, inclusive cafeína e álcool.
- Obstipação Intestinal - impactação fecal (fecaloma) que pode levar a incontinência urinária e fecal e deve-se fazer suspeita em caso da coexistência de ambas as condições. O mecanismo pode envolver o estímulo mecânico de receptores opióides ou da uretra e bexiga. A remoção do fecaloma resolve ambas as condições.

As **causas crônicas** podem ser divididas em quatro grupos, cujos sintomas e causas mais freqüentes podem ser assim resumidos (Quadro 13):

Quadro 15: Classificação da IU segundo tipo, sintomas e causas comuns

TIPO	SINTOMAS	CAUSAS COMUNS
ESFORÇO	Escape involuntário de urina (quase sempre em pequenas quantidades) com aumentos da pressão intra-abdominal (p.ex., tosse, risos ou exercício)	Debilidade e lassidão do assoalho pélvico, que provoca hipermobilidade da base vesical e da uretra proximal. Debilidade do esfíncter uretral ou da saída da bexiga, quase sempre por cirurgia ou traumatismo.
URGÊNCIA	Extravasamento de urina (quase sempre volumes grandes, ainda que seja variável) pela incapacidade para retardar a micção após perceber a sensação de plenitude vesical.	Hiperatividade do detrusor, isolada ou associada a: • Condições locais como uretrite, cistite, tumores, litíase, diverticulose • Alterações do SNC como AVC, demência, parkinsonismo, lesão espinhal.
SOBREFLUXO	Escape de urina (quase sempre em pequenas quantidades) secundária a esforço mecânico sobre a bexiga distendida ou por outros efeitos da retenção urinária e a função esfincteriana.	• Obstrução anatômica: pela próstata ou por uma cistocele grande. • Bexiga hipocontratil associada a diabetes mellitus ou lesão medular.
FUNCIONAL	Escape de urina relacionado com a incapacidade para usar o vaso sanitário por dano da função cognitiva ou física, falta de disposição psicológica ou barreiras no ambiente.	• Demência grave. • Imobilidade. • Ataduras. • Depressão.

Avaliação da IU:

Quando a pessoa idosa relata perda involuntária de urina, isso deve ser minuciosamente investigado. As perguntas a seguir auxiliam na investigação da história clínica:

Quadro 16: Perguntas para investigação da história clínica de incontinência urinária

Como ocorre a perda urinária (descreva o problema)?
Quando ocorre?
Há quanto tempo ocorre?
Quando esta condição se tornou um problema?
Quantas vezes ela ocorre ao dia?
Há consciência da necessidade de urinar antes do escape?
Há imediatamente consciência de que está se urinando?
Fica molhado/a a maior parte do dia?
Usa fraldas ou outros absorventes para evitar acidentes? Se sim, ocasionalmente ou o tempo todo?
Evita situações sociais por causa dessa problema?
Há uma infecção do trato urinário agora? Há antecedentes?
É mais difícil controlar a urina ao tossir, se esforçar, espirrar ou rir?
É mais difícil controlar a urina quando se está correndo, pulando ou caminhando?
A incontinência é pior ao se ficar sentado ou parado?
Apresenta obstipação intestinal?
Há algo que se possa fazer para reduzir ou evitar os acidentes?
Já foi tratado para essa condição antes? Se sim, com sucesso?
Tentou fazer exercícios do assoalho pélvico (Kegel)? Se sim, com sucesso?
Que cirurgias já realizou? Que lesões teve?
Que medicamentos usa?
Costuma tomar café? Quanto?
Ingere bebidas alcoólicas? Quanto? Com que freqüência?
Fuma? Quantos cigarros ao dia?
Há outros sintomas presentes?

A construção de um Diário Miccional também auxilia a avaliação da IU. Incluir histórico de constipação intestinal, uso de enemas ou laxantes.

Quadro 17: Modelo de Diário Miccional

NOME:					**IDADE:**		
HORÁRIO	MOLHADO	SECO	MICÇÃO NORMAL	HORÁRIO	MOLHADO	SECO	MICÇÃO NORMAL
1:00h				13:00h			
2:00h				14:00h			
3:00h				15:00h			
4:00h				16:00h			
5:00h				17:00h			
6:00h				18:00h			
7:00h				19:00h			
8:00h				20:00h			
9:00h				21:00h			
10:00h				22:00h			
11:00h				23:00h			
12:00h				24:00h			

O exame físico consiste em uma avaliação abdominal, genital, pélvica (mulher), retal e neurológica.

Tratamento

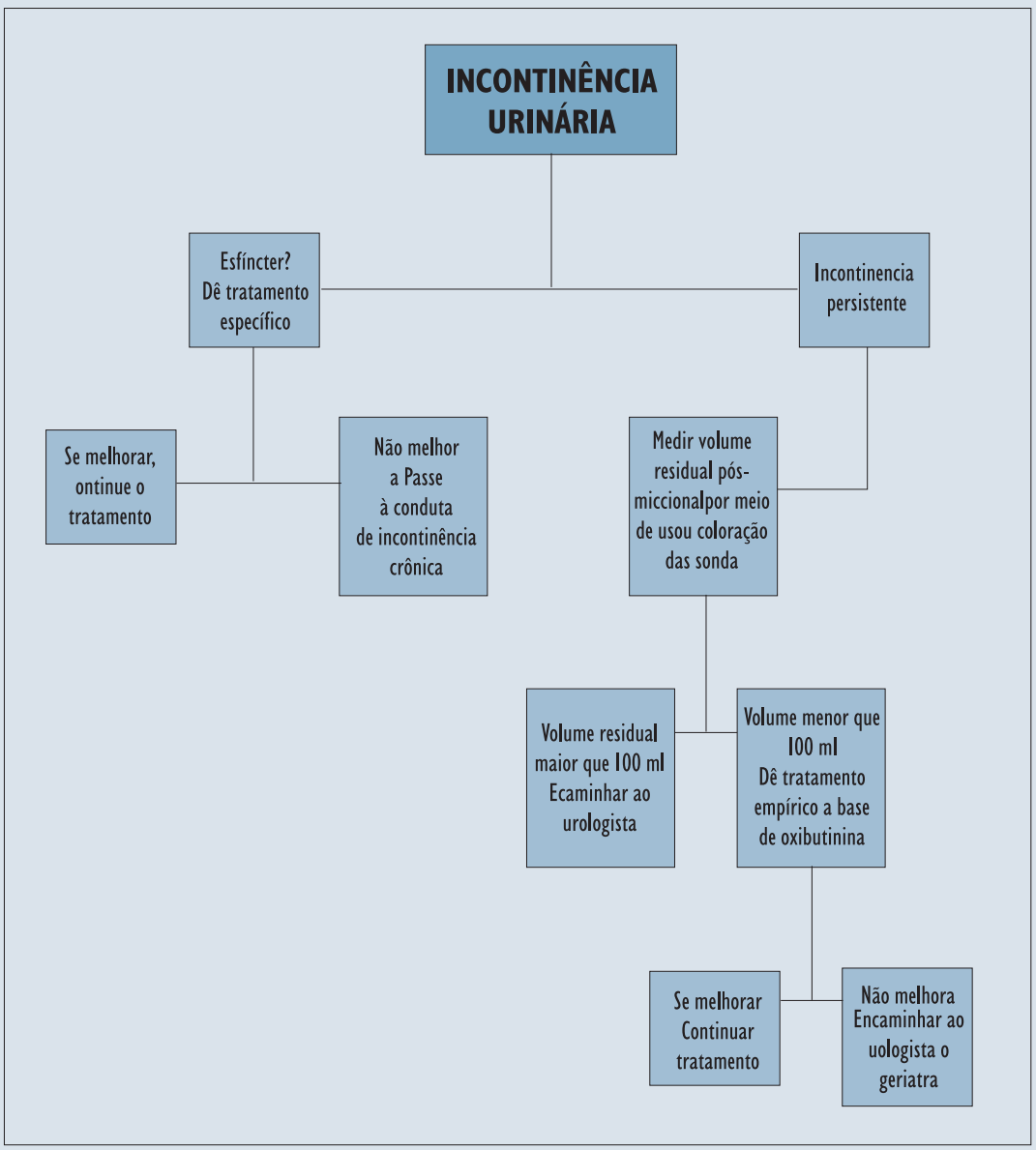
O processo diagnóstico pode identificar claramente o tipo e causa da incontinência. Todos os fatores que possam precipitar uma incontinência transitória devem ser avaliados e manejados.

Medidas gerais devem fazer parte da orientação de todas as pessoas com incontinência e incluem:

- Evitar ingestão de grandes quantidades de líquidos quando não houver disponibilidade de banheiros acessíveis.
- Evitar alimentos como cafeína e bebidas alcoólicas.
- Tratar adequadamente quadros de obstipação intestinal crônica.

No caso de não haver um diagnóstico claro quanto à origem da incontinência urinária, pode-se utilizar o seguinte algoritmo de tratamento:

FIGURA 7: ALGORITMO PARA TRATAMENTO NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA



As principais ações terapêuticas indicadas nas incontinências urinárias agudas podem ser assim resumidas:

Quadro 18: Ações terapêuticas, segundo tipo e tratamento indicado.

TIPO	TRATAMENTO
Delirium	Não utilize sondas vesicais, pois podem causar ou exacerbar o delirium. Busque e trate a causa.
Vaginite Atrófica	Tratamento local baseado em aplicações locais de estrógenos com creme vaginal, preferencialmente a base de estriol, 2cc, 1 a 2 x por semana.
Infecção	Antibioticoterapia. Se ao término do tratamento a incontinência não se resolver, buscar outras causas e não repetir tratamento a menos que haja documentação de resistência bacteriana.
Fármacos	Se possível, retirar todos os fármacos que possam causar incontinência. Em caso de anti-hipertensivo mude para outra classe. Em caso de antidepressivos tricíclicos, mude para inibidores de recaptação de serotonina.
Psicológicas	Limitar a ingestão de líquidos a 1,5 litros/dia e orientar a não tomá-los após as 20 horas. Outras causas, encaminhar ao especialista.
Endocrinológicas	Em caso de diabetes mellitus, dê tratamento específico. Nos outros casos, encaminhe ao especialista.
Restrição da mobilidade	Fisioterapia e modificações no domicílio tendem a facilitar o deslocamento da pessoa. O uso de papagaios ou comadres pode auxiliar.
Impactação fecal	Tratar a obstipação e remover fecaloma quando existente.

As ações de intervenção para a incontinência urinária crônica têm um amplo espectro, e ainda que a maioria delas exija a participação de especialistas no assunto, o profissional de saúde da atenção primária deve conhecê-las. Elas estão resumidas no quadro a seguir:

Quadro 19: Tipos e tratamento das incontinências urinárias persistentes

TIPO	TRATAMENTO PRIMÁRIO
ESFORÇO	Exercícios para soalho pélvico (Kegel). Reorientação de controle miccional. Cirurgia.
URGÊNCIA	A primeira linha de tratamento para incontinência urinária de urgência é a comportamental. Reorientação de controle miccional. Fixar horário para micção. Adaptações ambientais que facilitem a chegada ao banheiro; Uso de relaxantes vesicais.
SOBREFLUXO	Cirúrgico. Uso de fraldões ou sonda externa.

Medidas não farmacológicas

A utilização de algumas medidas não farmacológicas contribuem para o melhor controle da IU. São elas:

1. Adaptação e manipulação ambiental – facilitando acesso e uso do banheiro ou uso de coletores (urinol, papagaio ou comadre) à beira do leito.

2. Terapias de comportamento:

   2.1 Exercícios de musculatura pélvica e treinamento vesical.

   2.2 treinamento do hábito e a micção programada.

Treinamento vesical

Indicado para pessoas com incontinência de urgência, com capacidades física e mental preservadas e motivados para o treinamento. Tem por objetivo suprimir a instabilidade e aumentar a capacidade vesical por meio de técnicas de fortalecimento. Consiste em estabelecer pequenos intervalos entre as micções e aumentá-los progressivamente até atingir três ou quatro horas sem incontinência. A pessoa é instruída para, durante os episódios de urgência levantar-se ou sentar-se lentamente, inspirar profundamente e expirar lentamente, ao mesmo tempo que tenta contrair a musculatura pélvica. Após sentir controlada a sensação de urgência a pessoa deve dirigir-se ao banheiro, lentamente.

Fortalecimento do assoalho pélvico

Tem por objetivo aumentar a força e o volume dos músculos do assoalho pélvico, a partir de uma avaliação prévia. Inclui os exercícios de Kegel, os cones vaginais, o *biofeedack* e a estimulação elétrica. São indicadas, somente, após diagnóstico e devem ser orientadas ou acompanhadas por profissionais treinados.

Pela sua fácil aplicação e eficiência os exercícios de Kegel serão melhor descritos:

- **Exercícios de Kegel:** podem ser realizados em qualquer lugar, sentada, em pé ou deitada. Primeiro, a pessoa deve identificar onde se localizam os seus músculos pélvicos. Uma maneira de fazê-lo é começar a urinar e então tentar prender a urina. Se conseguir pelo menos diminuir o jato de urina, é porque está usando os músculos corretos. A pessoa não deve contrair os músculos das nádegas ou os músculos abdominais. Para um treinamento de força eficaz, recomenda-se de 8 a 12 contrações lentas e próximas da força máxima, com período de manutenção da contração de pelo menos 6 segundos, em três séries, 3 a 4 vezes por semana.
- **Cones vaginais:** consiste na introdução vaginal de cones com diferentes pesos. Para retê-los é necessário a contração da musculatura do assoalho pélvico. Fáceis de executar e de baixo custo.
- **A Eletroestimulação e o Biofeedback:** são técnicas que também podem ser utilizadas com bons resultados, embora necessitem de profissionais especializados e aparelhos especiais, disponíveis em centros especializados.

Além do fortalecimento do assoalho pélvico, outras medidas preventivas também podem ser adotadas tais como:

- Eliminação ou diminuição do uso de álcool ou café em demasia.

- Diminuição do uso de cigarros.
- Uso adequado de medicações como diuréticos, beta-bloqueadores, antiespasmódicos, antidepressivos, anti-histamínicos e medicamentos para tosse/gripe.

Medidas farmacológicas

Em todas as pessoas nos quais se inicia o tratamento medicamentoso, deve-se observar o surgimento dos seguintes efeitos secundários relacionados aos fármacos:

Oxibutinina e Tolterodina:

- Retenção aguda de urina.
- Constipação.
- Deterioração da cognição.
- Xerostomia (redução da saliva)

Terazocina:

- Hipotensão.

A pessoa deve de ser avaliada após duas semanas do início de alguma intervenção, e deve ser orientada a comparecer imediatamente em caso de retenção aguda de urina ou qualquer outra intercorrência. Se o tratamento for eficiente, os intervalos entre as consultas dependerão das outras doenças apresentadas. Se a incontinência urinária for o único problema, o seguimento deve ser feito a cada 4 a 6 meses, em caso de boa resposta terapêutica.

Quando encaminhar ao especialista

A pessoa idosa deverá ser encaminhada ao urologista ou geriatra, quando as medidas implementadas para tratar a incontinência urinária temporária fracassarem ou se a pessoa apresenta incontinência urinária crônica que não melhora com as medidas iniciais. Cabe ressaltar, que mesmo que a pessoa idosa seja acompanhada por especialista, a equipe da Atenção Básica deverá manter o acompanhamento da mesma.

> A retenção aguda de urina é uma emergência real, que pode se manifestar como incontinência urinária, delirium ou déficit funcional, ainda que sem presença de dor, e deve ser tratada por meio de sondagem vesical, encaminhando-se imediatamente ao serviço de urgência ou emergência.

16. DEPRESSÃO

A depressão não é apenas tristeza e não é inerente ao processo de envelhecimento, é uma doença que deve ser tratada. Entre as pessoas idosas, a depressão talvez seja o exemplo mais comum de uma doença com apresentação clínica inespecífica e atípica.

Estudo desenvolvido nos anos 90 colocou a depressão como a quarta causa específica de incapacitação. Numa escala global de comparação entre as doenças e projeções, indicam que em 2020, será a segunda causa nos países desenvolvidos e a primeira causa nos países em desenvolvimento.

A prevalência da doença na população em geral varia de 3 a 11% e é duas vezes maior entre as mulheres do que entre os homens. Nas Instituições de Longa Permanência, cerca de 50%, dos residentes são portadores de algum problema psiquiátrico, sendo que os quadros demenciais são os mais comuns seguidos por problemas comportamentais e depressão.

Embora a maioria das pessoas idosas possam ser considerada mentalmente saudável, elas são tão vulneráveis aos distúrbios psiquiátricos quanto os mais jovens. A depressão é mais freqüente nos anos que precedem à aposentadoria, diminui na década seguinte e, outra vez, sua prevalência aumenta após os 75 anos.

A depressão é a doença psiquiátrica mais comum que leva ao suicídio e os idosos formam o grupo etário, que com mais freqüência, se suicida. Costumam utilizar os meios mais letais, ainda que não se possa ignorar os chamados suicídios latentes ou passivos (abandono de tratamento e recusa alimentar). Estima-se que a maioria (75%) das pessoas que se suicidam tiveram consulta com seu médico no mês anterior, e entre um terço e a metade, na semana anterior, por outro motivo que não depressão. A maioria teve seu primeiro episódio depressivo não diagnosticado e, portanto, não tratado.

O entendimento das inter-relações entre os sinais e sintomas de depressão, é um grande desafio para os profissionais da Atenção Básica. O diagnóstico e o tratamento adequado, são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dessa população, além de otimizar o uso de serviços de saúde, evitar outras condições clínicas e prevenir óbitos prematuros.

Fatores de Risco

O isolamento, dificuldades nas relações pessoais, problemas de comunicação e conflitos com a família ou com outras pessoas podem contribuir ou desencadear a depressão. As dificuldades econômicas e outros fatores de estresse da vida diária têm igualmente um efeito importante.

A quantidade e qualidade do apoio que a pessoa recebe de suas relações pessoais podem dar um maior suporte. Por outro lado, a ausência de uma relação estreita e de confiança, combinada com outros fatores, como a violência intrafamiliar, aumentam o risco de depressão.

É importante a investigação do consumo de bebidas alcoólicas na população idosa, apesar do seu impacto ser reduzido se comparado com as pessoas mais jovens. O uso abusivo do álcool pode mascarar os sintomas depressivos, agravando a depressão. Existe ainda o risco de uma interação do álcool com outras substâncias que podem acentuar a depressão ou gerar outros efeitos nocivos.

Especial atenção deve ser dada as seguintes situações, que favorecem o desenvolvimento do quadro depressivo:

- Antecedentes depressivos prévios.
- Doença incapacitante, sobretudo se há deterioração funcional implicando numa mudança brusca e rápida.
- Doença dolorosa (neoplasia, doença osteoarticular deformante).
- Abandono e/ou maus tratos.
- Institucionalização.
- Morte de cônjuge, familiar ou amigo próximo.
- Uso de medicamentos como os benzodiazepínicos, betabloqueadores, metildopa, reserpina, clonidina, cinarizina, flunarizina, digoxina e esteróides.

Situações que, quando associadas, sugerem um perfil suicida na pessoa idosa:

- Sexo masculino.
- Viver só.
- Doença depressiva severa.
- Insônia persistente.
- Inquietude psicomotora importante.
- Doença médica severa, dolorosa, incapacitante.
- Perda recente do cônjuge.
- Institucionalizado ou dependente de cuidados de longa duração.
- Etilista.
- Ter sentimentos de culpa excessiva.

A equipe da Atenção Básica/Saúde da Família deve dar atenção especial aos idosos, que além do quadro de depressão apresentam as seguintes situações que podem agravar o quadro de depressão:

- Sintomas psicóticos como alucinações.
- Uso de álcool.
- Risco ou tentativa de suicídio.
- Repercussão grave sobre uma doença somática associada.
- Não responde às doses habituais de um fármaco no tempo esperado.
- Transtorno de personalidade.
- Ausência de apoio social.
- Efeitos secundários que impedem a continuação do uso do medicamento.
- A pessoa não aceita o diagnóstico e por isso não adere às recomendações terapêuticas.
- Presença de pluripatologias psiquiátrica.

Diagnóstico

Os índices de reconhecimento dos sinais e sintomas de depressão e conseqüente instituição de uma terapêutica adequada são baixos, especialmente, na Atenção Básica. Este Caderno apresenta na Avaliação Multidimencional Rápida da Pessoa Idosa (página xx), uma avaliação breve do estado de humor, que por meio de uma pergunta levanta a suspeita de depressão, que será confirmada ou não pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (anexo 4 pág. 142). Essa escala pode ser utilizada por qualquer profissional da Atenção Básica, entrevistadores leigos ou mesmo ser auto-aplicável. A incorporação da aplicação dessa avaliação pode melhorar a detecção da depressão nesse nível de atenção.

A depressão não é provocada por um só fator. Há um entrecruzamento de vários fatores: psicológicos, biológicos, sociais, culturais, econômicos, familiares, entre outros que fazem com que a depressão se manifeste em determinado sujeito.

Não está claro por que umas pessoas se deprimem e outras não. Em alguns casos não há motivo aparente, pode ser desencadeada por um acontecimento determinado ou por um fato negativo, ou ainda a soma de uma série de estresses psicológicos ou traumáticos para o indivíduo. As pessoas cujos parentes próximos sofreram de depressão são mais propensas a desenvolvê-la.

Por isso, é necessária uma investigação apurada e uma escuta qualificada da história de vida do sujeito, atual e pregressa, bem como seu contexto familiar e

social, para termos uma compreensão dinâmica da situação vivenciada pelo sujeito que possa subsidiar a construção de um projeto terapêutico adequado.

Tendo em vista a estigmatização social, associada aos sintomas causados pela depressão, algumas pessoas idosas julgam ser inútil relatar o problema ao profissional. Concomitante a isso, se os profissionais de saúde não estiverem atentos para a identificação desses sinais e sintomas ou os considerem parte normal do processo de envelhecimento, seguramente o diagnóstico passará despercebido. Cerca de 50 a 60% dos casos, não são detectados, tornando a depressão sub-diagnosticada e sub-tratada. Os fatores relacionados a esse comportamento incluem: falta de treinamento, falta de tempo, falta de escuta, descrença em relação à efetividade do tratamento, reconhecimento apenas dos sintomas físicos da depressão e identificação dos sintomas de depressão como uma reação "compreensível".

Os sintomas da depressão podem variar em função dos indivíduos e podem ser causados por várias outras doenças, geralmente, coexistentes. Desta forma, no momento da consulta ou acolhimento da pessoa idosa, o profissional de saúde deve estar atento para alguns sinais e sintomas que sugerem depressão, como:

- Fadiga matutina.
- Retardo psicomotor.
- Redução da afetividade.
- Intranqüilidade ou nervosismo.
- Ansiedade.
- Alteração do ciclo sono-vigília.
- Alteração do apetite (habitualmente com anorexia).
- Múltiplas queixas somáticas mal sistematizadas.
- Falta de interesse nas coisas que antes lhe agradavam.
- Queixas acentuadas de anedonia (perda da capacidade de sentir prazer) e de distúrbio cognitivo.
- Distúrbios do comportamento e da conduta.
- Etilismo de início recente.

Lembre-se também que a depressão pode coexistir com a demência em sua fase inicial. As respostas pouco coerentes na avaliação do estado mental são comuns na depressão. Não obstante, um dos problemas clínicos mais complexos enfrentados pelos profissionais da saúde que tratam idosos é distinguir entre depressão na etapa tardia da vida e o início de uma demência. O quadro a seguir procura auxiliar na elucidação dessa dúvida.

Quadro 20: Diagnóstico diferencial de depressão

	DEPRESSÃO	DEMÊNCIA
Quanto à História Clínica		
Antecedentes pessoais ou familiares de depressão	Presente	Ausente
Início dos sinais e sintomas	Data precisa de início	Não evidente
Progressão dos sintomas	Rápida	Lenta
Duração dos sintomas	Menor de seis meses	Maior de seis meses
Queixas de perda cognitiva	Enfatizada	Minimizada
Descrição da perda cognitiva	Detalhada	Vaga
Incapacidade	Enfatizada	Não enfatizada
Esforço para executar tarefas	Menor	Maior
Apetite	Transtorno do apetite	Normal
Resposta ao tratamento com antidepressivos	Boa	Ausente
Quanto ao exame clínico		
Perda de memória	Para acontecimentos recente e remoto similares	Maior perda de memória recente
Incidência de respostas do tipo - "não sei"	Habitual	Não habitual
Incidência de respostas tipo - "quase certo"	Não é habitual	Habitual
Quanto aos Testes Psicológicos		
Se perde nos lugares	Não é habitual	Habitual
Rendimento nos diversos testes	Variável	Responde com aproximação
Apraxia, afasia ou agnosia	Ausente	Pode estar presente

Tratamento

O tratamento da depressão visa: à promoção da saúde e a reabilitação psicossocial; à prevenção de recorrências, a piora de outras doenças presentes e do suicídio; a melhora cognitiva e funcional; e ajuda para que a pessoa idosa possa lidar com suas dificuldades. A associação entre essas opções aumenta o potencial de resposta.

De forma geral, existem alguns recursos terapêuticos como: o atendimento individual (orientação e acompanhamento, psicoterapia e farmacoterapia), o atendimento em grupo, as atividades comunitárias e o atendimento à família.

É necessário um acompanhamento sistemático para avaliar melhor o quadro e sua evolução, conhecer melhor a história do sujeito, seu contexto, necessidades, dificuldades, para realizar uma compreensão psicodinâmica, estabelecer vínculo, conhecer as reais necessidades do sujeito e planejar em equipe, pactuando com a pessoa idosa, o projeto terapêutico a ser desenvolvido.

Em muitas situações será necessária a discussão do caso com equipe ou profissional de saúde mental. Para isso as equipes da Atenção Básica devem contar com o apoio das

equipes dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatórios de saúde mental, ou de equipes de referência em saúde mental nos municípios onde não há CAPS.

A depressão é um transtorno crônico e recorrente, quando não tratada adequadamente. A cronificação, geralmente, está associada a:

- Demora em iniciar o tratamento.
- Tratamento baseado apenas na medicalização.
- Utilização de medicações inadequadas e em doses inadequadas.
- Descontinuidade ou redução precoce da medicação.

Atendimento Individual

Acompanhamento e Orientação

Ao fornecer suporte, explicar o que é depressão, sugerir medidas comportamentais à família e ao idoso, dar esperança, monitorizar efeitos colaterais e efeitos terapêuticos, os profissionais de saúde, estarão criando um clima de confiança que terá efeito terapêutico e representará um fator decisivo na adesão ao tratamento proposto.

Psicoterapia

A psicoterapia para as pessoas idosas não é diferente da indicada em qualquer outra idade, mas necessita de algumas adaptações técnicas e conceituais. Possuem altas taxas de eficácia em especial as terapias centradas em problemas presentes, pois fornecem a pessoa recursos adicionais para enfrentamento de problemas.

A psicoterapia é um tratamento eficaz, ajuda o indivíduo a desenvolver recursos internos para lidar com seus problemas e dificuldades. Essa técnica só pode ser praticada por profissional de saúde capacitado e preparado.

Farmacoterapia

Os fármacos antidepressivos podem ser úteis para corrigir os desequilíbrios químicos causadores de uma depressão. Hoje em dia existe uma grande variedade de escolha. Em geral, os fármacos antidepressivos funcionam aumentando a disponibilidade de neurotransmissores no cérebro, para restaurar o equilíbrio químico.

O início da terapêutica na pessoa idosa deve começar com doses baixas e aumentá-las aos poucos, porém alcançando as doses terapêuticas, uma vez que a utilização de subdoses constitui o principal fator da inadequação da resposta aos antidepressivos.

No processo de seleção do fármaco apropriado, deve haver uma estreita colaboração entre o médico e a pessoa idosa/família, a fim de se determinar o mais adequado. Os principais tipos de antidepressivos utilizados nos idosos são os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), os antidepressivos tricíclicos (ADT), os

inibidores da monoaminoxidase (IMAO), os antidepresivos inibidores seletivos da recaptação de noradrenalina (ISRN), os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) e alguns antidepresivos atípicos.

A prescrição farmacológica só pode ser praticada por médico capacitado e preparado para evitar o risco da medicalização em massa. Além disso, deve ser acompanhada de um intenso seguimento da evolução dos sintomas físicos e psíquicos, bem como dos possíveis efeitos secundários. Por isso, demanda o apoio especializado de profissional de saúde mental.

Para medicar é necessário uma avaliação criteriosa a respeito das necessidades, medicamentos indicados, dosagens adequadas, para evitar a medicalização da tristeza e dos problemas sociais, bem como superdosagens.

É necessário que em cada caso, onde haja necessidade da prescrição de qualquer medicação psicotrópica, seja acompanhado regularmente. É relevante, por exemplo, o consumo de benzodiazepínicos entre idosos – especialmente entre as mulheres – sendo que o padrão de prescrição e também a ausência de avaliações regulares dos efeitos dos medicamentos na demanda a ser tratada pode constituir um risco de transformar a medicação psicotrópica em droga de abuso.

Atendimento em grupo

Existe uma ampla gama de técnicas de atendimento em grupo como recurso terapêutico que podem ser utilizados na Atenção Básica, dependendo das necessidades dos usuários e dos projetos terapêuticos construídos pela equipe, tais como: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas de geração de renda, oficinas culturais, grupos terapêuticos, grupos operativos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate etc. Ver capítulo trabalho em grupo com pessoas idosas, página 20.

Atividades comunitárias

Atividades desenvolvidas em conjunto com associações de moradores e outras instituições existentes na comunidade. Têm como objetivos propiciar a construção de laços e trocas sociais; a integração do serviço de saúde e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral; e a integração entre as famílias da comunidade. Essas atividades precisam ser planejadas e construídas junto à comunidade, podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários.

Nesse contexto, é fundamental a capacitação dos profissionais da Atenção Básica para a detecção da depressão e para não confundir depressão com outros agravos. Na sociedade atual tem sido comum a realização de diagnósticos precipitados de depressão, e em conseqüência sua medicalização, muitas vezes por falta de uma avaliação e escuta mais apurada e por falta do estabelecimento de outros recursos terapêuticos para além da medicação.

17. DEMÊNCIA

Ao envelhecer, a maioria das pessoas se queixa mais freqüentemente de esquecimentos cotidianos. Esse transtorno da memória relacionado à idade é muito freqüente. A memória é a capacidade para reter e fazer uso posterior de uma experiência, condição necessária para desenvolver uma vida independente e produtiva. Um problema da memória é sério, quando afeta as atividades do dia-a-dia, ou seja, quando a pessoa tem problemas para recordar como fazer coisas cotidianas.

A demência é uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento. O comprometimento das funções cognitivas é comumente acompanhado, e ocasionalmente precedido, por deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação. A demência produz um declínio apreciável no funcionamento intelectual que interfere com as atividades diárias, como higiene pessoal, vestimenta, alimentação, atividades fisiológicas e de toalete.

Entre as pessoas idosas, a demência faz parte do grupo das mais importantes doenças que acarretam declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e da independência. A incidência e a prevalência das demências aumentam exponencialmente com a idade.

Tipos de Demência

Vários são os tipos e as causas de demência. As demências são classificas em reversíveis ou irreversíveis. A seguir serão apresentados os tipos mais comuns de demências irreversíveis, assim como suas características principais:

Quadro21: Tipos de demências

TIPO DE DEMÊNCIA	CARACTERÍSTICAS
Doença de Alzheimer	Início insidioso, perda de memória e declínio cognitivo lento e progressivo. No início, a pessoa apresenta dificuldade para lembrar-se de fatos recentes e para aprender coisas novas, e lembra-se de coisas de ocorreram num passado mais distante.
Demência Vascular	Início abrupto, geralmente, após um episódio vascular, com deterioração em degraus (alguma recuperação depois da piora) e flutuação do déficit cognitivo (dias de melhor e pior performance). Apresenta sinais focais, de acordo com a região cerebral acometida.
Demências dos corpúsculos de Lewy	Flutuação na cognição, alucinações visuais recorrentes bem formadas (p.ex., a descrição de uma pessoa, produto da alucinação, com detalhes) e parkinsonismo precoce (rigidez, acinesia e fácies amímica)

Demências Frontotemporais • Doença de Pick	Início pré-senil (a partir de 45 anos), apresenta mudanças na personalidade e no comportamento e/ou alteração da linguagem como características iniciais bem marcantes. É comum alterações do comportamento sexual, com desinibição, jocosidade e hipersexualidade, além de hiperoralidade, hiperfagia com ganho de peso e obsessão em tocar objetos. O comprometimento da memória é geralmente mais tardio.

O profissional da Atenção Básica deve estar atento para as causas de demências reversíveis, que se tratadas precocemente, podem reverter o quadro demencial. Caso demore iniciar o tratamento, a demência que antes era potencialmente reversível passa a ser irreversível devido ao tempo de evolução.

São causas reversíveis de demência:

- Uso de medicamentos (psicotrópicos e analgésicos narcóticos).
- Metabólica (distúrbio hidroeletrolítco, desidratação, insuficiência renal ou hepática e hipoxemia).
- Neurológica (hidrocefalia de pressão normal, tumor e hematoma subdural crônico).
- Infecciosas (Meningite crônica, AIDS, neurossífilis).
- Colágeno-Vascular (lúpus eritematoso sistêmico, arterite temporal, vasculite reumatóide, sarcoidose e púrpura trombocitopênica trombótica).
- Endócrinas (doença tireoidiana, doença paratireoidiana, doença da adrenal e doença da pituitária).
- Nutricionais (deficiência de vitamina B12, ácido fólico, tiamina e niacina).
- Alcoolismo crônico.
- Outras (DPOC, insuficiência cardíaca congestiva e apnéia do sono).

Doença de Alzheimer (DA)

É uma doença cerebral degenerativa primária, de etiologia pouco conhecida, com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos. É a mais prevalente entre as diversas causas de demências.

Diversas condições fazem parte do processo da doença, sendo, portanto, multifatorial. Está associada a diversos fatores de risco, tais como: hipertensão arterial, diabetes, processos isquêmicos cerebrais e dislipidemia. Fatores genéticos são relevantes, pois além da idade a existência de um familiar próximo com demência é o único fator sistematicamente associado. Escolaridade elevada e atividade intelectual intensa estão relacionadas com menor freqüência de demência. Ainda que não esteja claramente demonstrada, estimular os idosos a manter sua mente ativa pode ser uma medida profilática.

A DA evolui em três estágios hierárquicos que podem sofrer alterações:

- Fase inicial: é caracterizada por sintomas vagos e difusos, que se desenvolvem insidiosamente sendo o comprometimento da memória o sintoma mais proeminente e precoce, em especial a memória recente. Com freqüência, as pessoas acometidas perdem objetos pessoais (chaves, carteira, óculos) e se esquecem dos alimentos em preparo no fogão. Há desorientação progressiva em relação ao tempo e ao espaço. Em alguns casos podem apresentar perda de concentração, desatenção, perda de iniciativa, retraimento social, abandono dos passatempos, mudanças de humor (depressão) alterações de comportamento (explosões de raiva, ansiedade, irritabilidade e hiperatividade) e mais raramente idéias delirantes.
- Fase intermediária: caracteriza-se por deterioração mais acentuada dos déficits de memória e pelo acometimento de outros domínios da cognição, como afasia[7], agnosia[8], alterações visuoespaciais e visuoconstrutivas e apraxia[9]. Os distúrbios de linguagem inicialmente caracterizados pela dificuldade de nomeação, progridem, com dificuldade na escrita, empobrecimento de vocabulário, parafasias[10] semânticas e fonêmicas, perseverações[11], perda de conteúdo e dificuldade de compreensão. A capacidade de aprendizado, a memória remota, a capacidade em fazer cálculos, abstrações, resolver problemas, organizar, planejar e realizar tarefas em etapas são seriamente comprometidas. O julgamento é alterado, perdendo a noção de riscos. Essas alterações levam a um progressivo declínio funcional, hierárquico de AIVD para AVD. Pode ocorrer ainda agitação, perambulação, agressividade, questionamentos repetitivos, reações catastróficas, distúrbios do sono e a denominada "síndrome do entardecer", ou seja, a ocorrência de confusão mental e alterações de comportamento, geralmente, próximos do horário do pôr do sol.
- Fase avançada ou estágio terminal: todas as funções cognitivas estão gravemente comprometidas com dificuldade para reconhecer pessoas e espaços familiares. Tornam-se totalmente dependentes para as AVD. Acentuam-se as alterações de linguagem, podendo ocorrer drástica redução da fluência levando o paciente a

[7]Afasia – É a perda da capacidade para utilizar a linguagem, que acarreta uma incapacidade parcial ou total para compreender ou expressar palavras, nomear pessoas e objetos. Agnosia - Consiste na deterioração da capacidade para reconhecer ou identificar objetos, pessoas, sons, formas, apesar de manterem a função sensorial intacta. A pessoa não consegue associá-los ao papel que eles geralmente desempenham nem à sua função).

[8]Agnosia – Consiste na deterioração da capacidade para reconhecer ou identificar objetos, pessoas, sons, formas, apesar de manterem a função sensorial intacta. A pessoa não consegue associá-los ao papel que eles geralmente desempenham nem à sua função.

[9]Apraxia – É uma desordem neurológica que se caracteriza por provocar uma perda da capacidade para executar movimentos e gestos precisos, que exigem padrões de lembrança ou seqüências de movimentos, como exemplo, vestir-se, alimentar-se e fazer uma ligação.

[10]Parafasias – As parafasias verbais consistem na utilização de uma palavra por outra. A palavra proferida apresenta, algumas vezes, uma relação de ordem conceitual com a palavra substituída (garfo por colher, lápis por borracha) ou de ordem fonética (pêra por cera, marco por barco), porém, sua utilização freqüentemente parece ocorrer ao acaso.

[11]Perseverações – É a repetição continuada e anormalmente persistente na exposição de uma idéia. Repetição automática e freqüente de representações, predominantemente verbais e motoras, como se faltasse ao paciente a formação de novas representações na consciência. Há uma grande dificuldade em desenvolver um raciocínio, seja por simples falta de palavras, por escassez de idéias ou dificuldade de coordenação mental.

comunicarem-se por meio de ecolalias[12], vocalizações inarticuladas, sons incompreensíveis e jargões semânticos, até alcançarem o mutismo. Na fase final, geralmente, estão acamados e incontinentes e normalmente acabam falecendo por alguma complicação da síndrome da imobilidade.

Demência Vascular

A demência vascular não é uma doença, mas sim, um grupo heterogêneo de síndromes com vários mecanismos vasculares e mudanças cerebrais relacionados a diferentes causas e manifestações clínicas. É o segundo tipo mais prevalente de demência. O termo demência vascular tem conotações amplas, referindo-se a qualquer demência causada por doença cerebrovascular. É comumente utilizado para descrever os efeitos de grandes lesões tromboembólicas, mas possui outras etiologias, que estão apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 22: Etiologia das Demências Vasculares

Múltiplos Infartos lacunares.
Lesões únicas em territórios nobres (tálamo, giro angular).
Múltiplos Infartos em vasos de grande calibre.
Infarto único em localização estratégica.
Alterações crônicas da circulação cerebral.
Lesões extensas da substância branca (doença de Binswanger).
Angiopatia amilóide.
Angiopatias hereditárias.
Hemorragias cerebrais hipertensivas.
Seqüelas de hemorragia subaracnóidiana e de hematomas subdurais.
Vasculites.

O quadro clínico clássico é caracterizado por início abrupto, relacionado a um acidente vascular cerebral ou a um ataque isquêmico transitório, com deterioração seletiva, podendo haver estabilidade, melhora ou piora progressivas, curso gradualmente deteriorante, geralmente, de caráter flutuante ou com deterioração em degraus. Geralmente, a pessoa também apresenta hipertensão arterial, diabetes, coronariopatias e outras manifestações de aterosclerose difusa. A ocorrência de sinais e/ou sintomas neurológicos focais contribui de maneira importante para o diagnóstico de demência vascular. A apresentação clínica da demência vascular assemelha-se a alguns aspectos da doença de Alzheimer, sendo sinais de estabelecimento abrupto, deterioração por etapas, evolução flutuante e labilidade funcional bem mais freqüentes na demência vascular.

[12]Ecolalias - constitui a repetição sem sentido no discurso de outras pessoas. Repetição em eco da fala do outro, com eliminação de qualquer evidência de entendimento do que foi mencionado e com perda da fala espontânea.

Os principais fatores de risco associados à demência vascular são:

Quadro 23: Fatores de risco relacionados à Demência Vascular

Antecedentes de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.
Hipertensão arterial sistêmica.
Diabetes mellitus.
Tabagismo.
Alcoolismo.
Doenças cardíacas.
Fibrilação atrial.
Aterosclerose.
Dislipidemia.
Obesidade.
Raça negra.
Baixa escolaridade.
Hiperuricemia.
Policitemia.
Problemas emocionais.
Má alimentação.
Descondicionamento físico.
Ambiente estressante.
Medicação inadequada.

O diagnóstico precoce da demência vascular e a identificação dos fatores de riscos permitem a elaboração de estratégias preventivas, que podem retardar e/ou melhorar a evolução da pessoa, ou até mesmo prevenir a instalação da doença. A prevenção de novos eventos cerebrovasculares é a única medida comprovadamente eficaz, para promover estabilização e talvez regressão das alterações cognitivas e comportamentais nessas pessoas.

Diagnóstico Clínico

Demência, para fins diagnósticos, é uma síndrome caracterizada pelo comprometimento de múltiplas funções corticais superiores. Entre os déficits cognitivos incluem-se os da memória, do pensamento, da orientação, da compreensão, da linguagem, do cálculo, da capacidade de aprendizagem, do pensamento abstrato e do julgamento. O comprometimento das funções cognitivas é usualmente acompanhado e, às vezes, antecedido por alterações psicológicas, do comportamento e da personalidade. Para o diagnóstico é essencial que tais déficits causem significativo comprometimento das atividades profissionais, ocupacionais e sociais do indivíduo e representem declínio significativo com relação aos níveis prévios de funcionamento.

O idoso com um possível transtorno da memória deve ser submetido a uma investigação clínica e cognitiva. Essa última pode consistir no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), (ver anexo xx, página xx), que pode ser realizado por profissionais de saúde treinados.

No caso específico da DA, o diagnóstico é eminentemente clínico e de exclusão. O diagnóstico definitivo só é realizado mediante estudo histopatológico post-mortem do cérebro. Os exames complementares servem para a exclusão de condições que poderiam provocar demência que não a doença de Alzheimer. Na demência vascular, o diagnóstico é feito com base no quadro clínico e em exames complementares de neuroimagem, com auxílio de escalas específicas. A ocorrência de sinais e/ou sintomas neurológicos focais, contribuem de maneira importante para o diagnóstico de demência vascular.

O diagnóstico diferencial entre demência vascular e doença de Alzheimer pode ser difícil, sendo comum a coexistência das duas afecções. Geralmente, as pessoas com problemas vasculares apresentam déficits mais intensos em testes de movimentos repetitivos e dependentes de velocidade motora e de mecanismos corticais e subcorticais, enquanto as pessoas com Alzheimer têm pior desempenho em teste de memória verbal e repetição de linguagem.

Algumas condições biológicas (transtornos dos sentidos) ou sociais (analfabetismo ou baixa escolaridade) podem oferecer também dificuldades no momento do diagnóstico. Os sintomas e comprometimentos devem ser evidentes por pelo menos seis meses para que um diagnóstico clínico confiável de demência seja feito.

Diagnósticos diferenciais importantes numa pessoa com suspeita de demência – queixa de memória, perda funcional e alterações comportamentais, são: depressão, transtorno psicótico de início tardio e *delirium*. A depressão pode estar presente em até metade dos quadros iniciais de demência, principalmente DA. A ocorrência do *delirium,* confusão mental aguda, geralmente, por causa orgânica ou medicamentosa, denota uma fragilidade cerebral e, muitas vezes, é a manifestação inicial de um quadro de demência, principalmente DA.

Tratamento

O tratamento das pessoas com demência deve ser iniciado assim que é feito o diagnóstico, havendo maior possibilidade de resposta. A pessoa idosa com suspeita de demência, após avaliação na Unidade Básica de Saúde, deverá ser encaminhada para a atenção especializada, respeitando-se os fluxos de referência e contra-referência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento.

Em 2002, foi publicada a Portaria nº 843 que aprovou o **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Demência por doença de Alzheimer**. Esse protocolo contém o conceito geral da doença, os critérios de inclusão/exclusão de pacientes no tratamento, critérios de diagnóstico, esquema terapêutico preconizado e mecanismos de acompanhamento e avaliação desse tratamento. É de caráter nacional, devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na regulação da dispensação dos medicamentos nele previsto.

O protocolo define que o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos pacientes portadores da Doença de Alzheimer deverá se dar nos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, definidos pela Portaria GM/MS nº 702 e a Portaria SAS/MS nº 249, ambas de 12 de abril de 2002.

Três a quatro meses após o início do tratamento, o paciente deverá fazer uma reavaliação. Após esse período, as reavaliações deverão ocorrer a cada 4 a 6 meses. Cabe ressaltar, que mesmo que a pessoa idosa seja acompanhada por especialista, a equipe da Atenção Básica deverá manter o seu acompanhamento.

O tratamento específico para a DA visa diminuir a progressão da doença e retardar ou minimizar os sintomas comportamentais das pessoas, que, apesar do tratamento, irão piorar progressivamente; portanto, é de fundamental importância orientar e dar apoio aos familiares da pessoa.

Reabilitação cognitiva e grupo de apoio familiar

A demência no meio familiar provoca diversas mudanças, entre elas: sócio-econômicas, rompimento da inter-relação do paciente com o familiar, influência a instalação da doença, contribui para a piora ou agravamento da doença, altera a dinâmica familiar devido a perda da autonomia e independência do pacientes, ou seja, acontecem alterações biopsicossociais tanto no paciente como no cuidador/familiar. Entre as alterações mais comuns se destacam: angústia, sentimento de culpa, ira, agressividade, constrangimento, inversão de papéis, doenças orgânicas, entre outras, sendo indispensável o apoio terapêutico para o paciente e o cuidador/familiar.

O objetivo da Reabilitação Cognitiva é recuperar as habilidades, desbloquear as funções cognitivas comprometidas, estimular a socialização; e do grupo de apoio familiar é de conscientizar quanto aos sintomas da demência fornecendo esclarecimento e discussão de soluções práticas, resgatar a relação paciente/familiar, prevenir doenças dos cuidadores/familiar (grupo de apoio), redução da interdependência, despertar interesses variados, afetividade, orientação para a realidade, estimular a segurança, preparar para complicações e até óbito entre muitos outros objetivo que por fim auxiliam na melhora da qualidade de vida tanto do paciente como do cuidador/ familiares.

O treinamento cognitivo e de reabilitação da memória passa pela identificação dos déficits funcionais específicos e a intervenção é feita por meio de diversas estratégias, por exemplo, o emprego de um "livro de memória" que é uma coleção de frases simples e desenhos que dão pistas à pessoa, trazendo nomes e outros fatos que lhe facilitam a conversação. A estimulação social, os exercícios e os programas para manter ou reforçar hábitos de alimentação e higiene são também importantes.

Deve-se orientar também o controle do ambiente, eliminando elementos arquitetônicos geradores de estresse ou confusão e promovendo a orientação espacial, por meio de múltiplos sinais (não exclusivamente verbais), onde podem ser colocados lembretes (tempo, lugar, identidade). Vias preferenciais de interesse (áreas de lazer) podem ser criadas, com limitação não agressiva à passagem por áreas de risco (saídas externas, cozinha e áreas de serviço). Música também pode ter efeito positivo, música clássica ou as músicas preferidas da pessoa idosa podem melhorar a agitação. Seja qual for a técnica adotada, a abordagem da pessoa com demência exige a participação de uma equipe multidisciplinar incluindo a família.

A equipe de Atenção Básica está particularmente bem situada para reconhecer os indícios precoces de deterioração cognitiva em pessoas idosas. Diagnosticada a demência, deve ser definidas várias medidas para assegurar o bem-estar da pessoa, conforme proposto no quadro a seguir:

Quadro 24: Atuação da Atenção Básica no processo de evolução do Alzheimer

EM ETAPAS PRECOCES	EM ETAPAS AVANÇADAS
Discutir o diagnóstico com a pessoa e seus cuidadores.	Conduzir o cuidador a estimular as capacidades remanescentes da pessoa idosa.
Eliminar medicações que possam interferir com a cognição.	
Informar à pessoa/família sobre as implicações legais da doença.	Monitorar e tratar os sintomas neuropsiquiátricos.
Avaliar a capacidade da pessoa para conduzir e assumir ou manter outras responsabilidades ainda vigentes.	Propor opções de apoio para o cuidador (centros-dia, grupos de apoio).
Encaminhar a pessoa e seus cuidadores à atenção especializada, mantendo-se co-responsável.	Avaliar a saúde e o bem estar do cuidador.
Fornecer tratamento sintomático para o déficit cognitivo.	Orientar quanto às características de progressão da doença e os cuidados em fases de dependência extrema.

Atenção aos cuidadores

Lamentavelmente, em muitas pessoas, o transtorno cognitivo não é reversível, e eles precisarão de cuidados crônicos que permitam sua alimentação e higiene, evitem acidentes e controlem seu comportamento. Se, além disso, o cuidador estimular a realização de atividades físicas e sociais, e se houver treinamento cognitivo, a pessoa idosa poderá enfrentar melhor sua situação.

A equipe da Atenção Básica/Saúde da Família deve ter especial atenção ao cuidador, desenvolvendo grupos de cuidadores, e utilizar como instrumento para orientar os cuidadores. As famílias e cuidadores podem dispor do Guia Prático do Cuidador, Ministério da Saúde, das associações de apoio para portadores de demência (como por exemplo a Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAz) ou de alta dependência, cujo objetivo primordial é fornecer informações sobre a doença e orientar grupos de apoio, aliviando a sobrecarga dos cuidadores.

O tratamento do estresse e depressão do cuidador é de fundamental importância para o tratamento bem-sucedido da pessoa com demência. O cuidador, que na maioria das vezes é um familiar, também tem de cuidar da organização do dia a dia da pessoa com demência e do seu tratamento, resolver problemas legais e financeiros, lidar com comportamentos alterados e se manter calmo e paciente. Por isso, os familiares precisam receber apoio e suporte para esse cuidado, para que eles próprios não fiquem doentes. A equipe da Atenção Básica/Saúde da Família pode ter grupos de cuidadores, em que serão orientados a respeito dos cuidados no dia a dia da pessoa idosa, e terão a oportunidade de falar de suas dificuldades e sentimentos, com outras pessoas envolvidas em situação semelhante.

18. ENVELHECIMENTO E AIDS

A epidemia de HIV e aids em pessoas idosas no Brasil tem emergido como um problema de saúde pública, nos últimos anos, devido a dois aspectos emergentes: incremento da notificação de transmissão do HIV após os 60 anos de idade e o envelhecimento de pessoas infectadas pelo HIV.

Segundo o IBGE, o grupo populacional com 60 anos ou mais representa 8,6% da população em geral: cerca de 15 milhões de pessoas. A incidência de aids entre as pessoas idosas está em torno de 2,1%, sendo a relação sexual a forma predominante de infecção pelo HIV. Mas há uma crescente evidência de que esse grupo está se infectando cada vez mais não só pelo HIV, mas também, por outras doenças sexualmente transmissíveis como sífilis, gonorréia, etc.

O número de casos de aids, em pessoas idosas, notificados ao Ministério da Saúde, na década de 80, eram apenas 240 em homens e 47 em mulheres. Na década de 90, verifica-se um total de 2.681 homens e 945 mulheres. Do primeiro caso, nessa população até junho de 2005, o total de casos passou para 4.446 em homens e 2.489 em mulheres.

O avanço das tecnologias de diagnóstico e assistência em HIV/aids, associado à política brasileira de acesso universal à terapia anti-retroviral (TARV) e à implementação de uma rede de serviços qualificada para o acompanhamento promove o aumento da sobrevida e da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV ou com aids.

Vulnerabilidade e envelhecimento

A aids trouxe à tona novas questões para o campo de prática da saúde, entre as quais se destacam: as abordagens da sexualidade, do uso de drogas e dos direitos humanos, o acesso aos serviços e insumos de prevenção, entre tantas outras que, muitas vezes, não são abordadas pelo setor saúde.

Quando nos reportamos ao envelhecimento e aids uma primeira questão a ser abordada é a sexualidade das pessoas idosas, mas esta questão não é exclusiva e está relacionada a outros fatores que também são determinantes da infecção pelo HIV.

As diferentes formas de vivenciarmos nossa sexualidade são determinadas pelos contextos sócio-históricos nos quais estamos inseridos, neste sentido, os rituais de iniciação, os ritos de passagem, as representações sociais que fazemos e manifestamos sobre a condição de como a praticamos, as escolhas e as orientações que adotamos são também construídas socialmente, e podem ser legitimadas ou sancionadas. Logo, o exercício da sexualidade das pessoas idosas é algo absolutamente normal. No entanto, o desconhecimento, o preconceito e a discriminação fazem com que o comportamento sexual dessas pessoas seja visto como inadequado, imoral, e até mesmo anormal; até pelos próprios idosos.

Em linhas gerais, a relação sexual tem sido considerada uma atividade própria das pessoas jovens, das pessoas com boa saúde e fisicamente atraentes. A idéia de que as pessoas de idade avançada também possam manter relações sexuais não é culturalmente muito aceita, preferindo-se ignorar e fazer desaparecer do imaginário coletivo a sexualidade da pessoa idosa. Apesar desses tópicos culturais, a velhice conserva a necessidade sexual, não havendo, pois, idade na qual a atividade sexual, os pensamentos sobre sexo ou o desejo se esgotem.

A crença de que o avançar da idade e o declinar da atividade sexual estejam inexoravelmente ligados pode ser um dos fatores responsáveis pela forma negligenciada com que lidamos com a qualidade de vida nesta população.

Os profissionais de saúde, e em especial os médicos, do clínico geral ao geriatra, não valorizam as queixas sexuais do paciente idoso. Evitam tocar nesse assunto, seja por medo de não saberem lidar com ele, seja por não saberem o que fazer com as respostas que as pessoas podem dar. As pessoas idosas, nas quais ainda é intenso o desejo sexual, experimentam por essa razão, um sentimento de culpa e de vergonha. Há de se investigar se, a desinformação associada ao preconceito, não estão contribuindo para o desenvolvimento de prática tão incompatível com a área da saúde. Se o profissional de saúde considerar com naturalidade a ocorrência de atividade sexual na terceira idade, o encaminhamento dessa pessoa para o exame do HIV tornar-se-ia um procedimento rotineiro, da mesma forma como é feito junto ao segmento mais jovem da população.

Do ponto de vista da aids não é a sexualidade que torna as pessoas vulneráveis ao HIV/aids, mas as práticas sexuais que são realizadas de forma desprotegida, e este é um pressuposto válido para todas as idades. No entanto, convém ressaltar que o profissional de saúde deve estar atento para as queixas específicas das pessoas idosas. É responsabilidade pública colocar à disposição das pessoas idosas os insumos necessários à adoção de práticas sexuais mais seguras, como o preservativo masculino e feminino e gel lubrificante.

Atualmente, são muitos os fatores que estimulam o prolongamento da atividade sexual desse grupo populacional: maior expectativa de vida saudável, incremento da vida social e, conseqüentemente, da vida sexual, em decorrência de novas drogas para a disfunção erétil, medicamentos que minimizam os efeitos da menopausa, lubrificantes vaginais, próteses, correção e prolongamento peniano, cirurgias plásticas estéticas, os exames preventivos de câncer de próstata, fazendo com que os homens e mulheres freqüentem mais os serviços de saúde. A crescente difusão da prática de exercícios físicos (musculação, hidroginástica, yoga etc), turismo direcionado para esse segmento, dentre outros recursos, vem permitindo que os homens e as mulheres idosos prolonguem ainda mais o exercício de sua sexualidade.

É importante lembrar que o aumento da freqüência de práticas sexuais entre as pessoas idosas deve estar associado a iniciativas de prevenção e de assistência para o controle de eventos relacionados à exposição às doenças de transmissão sexual. Os profissionais de saúde devem monitorar e acompanhar esses eventos nos serviços de Atenção Básica e nos

serviços especializados. As pessoas idosas que vivem com HIV/Aids também têm demandas específicas que devem ser consideradas, entre as quais ressalte-se a importância de melhor compreender os efeitos colaterais do tratamento sobre a sexualidade e de se prover os insumos necessários para adoção de práticas sexuais seguras.

Prevenção da infecção pelo HIV

O marco referencial para a implementação de ações de prevenção está baseado na avaliação das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas nas quais os sujeitos estão inseridos. A partir da avaliação das vulnerabilidades o profissional pode conduzir um processo de oferta de aconselhamento, testagem e orientações de prevenção para que o usuário dos serviços possa incorporá-las em sua vida cotidiana.

A qualificação da atenção integral à pessoa idosa deve levar em conta os fatores acima descritos, para que procedimentos básicos possam ser incluídos, fazendo com que os serviços de saúde acolham esse grupo.

As intervenções de prevenção dirigidas aos idosos devem focar:

- Estímulo ao acesso e utilização correta dos preservativos masculino e feminino e a lubrificantes.
- Testagem, diagnóstico e tratamento com procedimentos que levem em consideração as necessidades desse grupo populacional.
- Inclusão da prevenção de DST-HIV/AIDS focando as especificidades desse grupo, na rede de Atenção Básica.
- Fomento da mobilização de organizações da sociedade civil e do protagonismo, para a realização de trabalhos preventivos específicos para idosos.
- Articulação intra e intersetoriais para a garantia de ampliação e continuidade das ações.

Os resultados dessa intervenção buscam reduzir o estigma que envolve as necessidades sexuais das pessoas idosas, para que estes possam discutir temas relacionados a sua sexualidade mais facilmente.

A realização das ações de prevenção nas Unidades Básicas de Saúde permitirá uma capilarização de ações, possibilitando que um número maior de pessoas idosas sejam orientadas e acessem os insumos. A integração da prevenção do HIV nos serviços específicos para esse grupo e capacitação de seus profissionais, assim como os profissionais de saúde de serviços de assistência e tratamento de aids, em relação ao processo de envelhecimento, tornará tais serviços sensíveis às necessidades das pessoas idosas.

O serviço de saúde deve garantir confidencialidade e acesso humanizado para o usuário que deseja realizar o teste para o HIV e para o portador de DST/HIV/aids. Esta consideração deve envolver trabalhadores de todos os setores da Unidade. A pessoa

idosa deve se sentir acolhida sem discriminação, independente de sua atividade profissional, orientação sexual ou estilo de vida. Grupos populacionais considerados mais vulneráveis, como por exemplo, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas, homossexuais, travestis, sempre estiveram submetidos a julgamento moral. É importante e necessário reforçar o acolhimento destes segmentos populacionais no serviço como um direito de cidadania.

Aconselhamento e testagem

A prática do aconselhamento desempenha um papel importante no diagnóstico da infecção pelo HIV/ outras DST e na qualidade da atenção à saúde. Contribui para a promoção da atenção integral, possibilitando avaliar riscos com a consideração das especificidades de cada usuário ou segmento populacional. Inclui cuidar dos aspectos emocionais, tendo como foco a saúde sexual, a saúde reprodutiva, avaliação de vulnerabilidades e Direitos Humanos.

Atualmente, é uma estratégia que se insere em vários momentos do atendimento e em diversos contextos dos serviços no SUS:

- Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- Nas maternidades.
- Nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).
- Nos Serviços Especializados de Referência para as DST e aids (SAE).

No entanto, as equipes de saúde ainda apresentam dificuldades na abordagem das questões relativas à sexualidade, percebendo-se intervenções insuficientes para atender necessidades específicas dos grupos populacionais mais vulneráveis ao HIV.

É importante lembrar que os componentes da prática de aconselhamento - troca de informações, avaliação de vulnerabilidades e riscos e apoio emocional - permanecem compondo a ação. O aconselhamento se fundamenta na interação e na relação de confiança que se estabelece entre o profissional e o usuário. O papel do profissional sempre é da escuta das preocupações e dúvidas do usuário, desenvolvendo habilidade em perguntar sobre a vida íntima, com a finalidade de propor questões que facilitem a reflexão e a superação de dificuldades, adoção de práticas seguras, na busca da promoção da qualidade de vida. Para que todos esses objetivos sejam alcançados, é fundamental que, durante todo o atendimento, a linguagem utilizada seja acessível ao usuário.

> A integralidade, subjetividade e compreensão dos diversos contextos de vulnerabilidades são elementos fundamentais para a abordagem de redução de riscos.

Aconselhamento pré-teste – (coletivo e/ou individual)

Faz parte dessa etapa o acolhimento para o estabelecimento de vínculo, o mapeamento de situações de vulnerabilidade e a orientação sobre o teste. O grau de aprofundamento da abordagem desses conteúdos irá depender do conhecimento das DST/aids, percepção de risco e disponibilidade de tempo de cada usuário.

Apresentação e acolhimento

É importante que o profissional estabeleça um ambiente favorável para o diálogo e esteja atento para:

- Assegurar privacidade mínima.
- Destacar o objetivo do atendimento.
- Reforçar a garantia do sigilo.
- Estimular a fala do usuário identificando fatores de vulnerabilidade e risco.

Levantamento de conhecimento sobre DST/aids, práticas de risco e vulnerabilidade

É importante levar em consideração os distintos níveis de conhecimento do usuário sobre transmissão, prevenção e viver com HIV e aids. Tais diferenças podem estar associadas ao nível de escolaridade e renda, bem como à percepção individual sobre risco e vulnerabilidade. A busca espontânea pela testagem pode traduzir percepção de risco, permitindo abreviar esse momento.

A abordagem inicial permite identificar o conhecimento do usuário sobre DST e aids, bem como iniciar o "mapeamento" das situações de risco e vulnerabilidade em que ele possa estar inserido, motivação para a realização do teste. Esses conteúdos deverão ser complementados e aprofundados após o resultado do teste, permitindo uma abordagem sobre aspectos de sua vida íntima, tais como práticas sexuais e uso de drogas. É necessário considerar:

- Práticas sexuais com e sem proteção (tipos de vínculo com parceria sexual, orientação e práticas sexuais, dificuldades no uso de preservativo).
- Contextos de vulnerabilidades.
- Uso de drogas (tipo e formas de uso, contextos de utilização, hábitos dos parceiros, dificuldades no uso de preservativos sob efeito de álcool e outras drogas).
- Histórico de DST.

Oferta e informações sobre o teste anti-HIV

Explicitar ao usuário o algoritmo de diagnóstico e dos possíveis resultados, tanto do teste rápido como do sorológico e as questões relacionadas à janela imunológica.

Aconselhamento pós-teste - Entrega do resultado

Nesse momento, é importante garantir o sigilo ao usuário, explicar o resultado do teste e orientar o usuário, individualizando seu significado.

É importante utilizar as informações já reveladas no momento anterior, complementando as informações sobre, por exemplo, orientação e práticas sexuais, e outros fatores de vulnerabilidade, levantando o mínimo necessário de dados para contextualizar as orientações sobre medidas preventivas e redução das vulnerabilidades e dos riscos.

Resultado negativo

Nessa situação, a prioridade é reforçar as orientações sobre as medidas de prevenção para evitar futuras exposições de risco. Necessária atenção do profissional, pois a sensação de alívio desse momento pode desvalorizar a intervenção para adoção de práticas seguras.

É essencial:

- Explicar o significado do resultado negativo, reforçando que a testagem não evita a transmissão em novas exposições.
- Verificar a possibilidade de janela imunológica caso tenha ocorrido alguma exposição de risco nas 4 semanas que antecederam a realização do teste, indicando retorno para retestagem após 30 dias, ressaltando a necessidade de adotar as medidas de prevenção.
- Lembrar que cada usuário tem suas especificidades e a necessidade que as orientações considerem o estilo de vida ou a condição atual como, por exemplo, dificuldades na negociação do preservativo.
- Reforçar as informações sobre risco e vulnerabilidade, orientando sobre a prevenção de DST e aids. Importante discutir com o usuário estratégias de redução das vulnerabilidades e dos riscos.
- Para pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas: discutir estratégias de redução de danos, reforçando a necessidade do uso de preservativo e do não-compartilhamento de seringas e agulhas - no caso de Usuários de Drogas Injetáveis (UDI). Considerar o encaminhamento para Programas de Redução de Danos (PRD) e/ou Centro de Atenção Psicossocial para tratamento da dependência química.
- Reforçar a importância de testagem do parceiro fixo.
- O apoio emocional deve permear todo o atendimento. Quando necessário encaminhar o usuário para manejo na área de saúde mental.

Resultado positivo

O impacto do resultado positivo costuma ser intenso, para o usuário e, muitas vezes, para o profissional. É fundamental que o profissional esteja preparado para oferecer apoio emocional, respeitando o tempo do usuário. Informações sobre o

significado do resultado, as possibilidades de tratamento, encaminhamentos necessários e discussão sobre adoção de medidas de prevenção deverão ser oferecidos de acordo com a condição emocional do usuário.

É importante:

- Reafirmar o sigilo do resultado.
- Garantir à pessoa o tempo necessário para assimilação do diagnóstico, exposição das dúvidas e expressão dos sentimentos (raiva, ansiedade, depressão, medo, negação, etc).
- Lembrar que o resultado positivo não significa morte, enfatizando os avanços do tratamento da infecção pelo HIV (melhora da qualidade e expectativa de vida, redução de morbimortalidade).
- Ressaltar a importância do acompanhamento médico e psicossocial para o controle da infecção e para garantia da qualidade de vida do usuário.
- Informar a importância da testagem dos parceiros sexuais.
- Para pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas: discutir estratégias de redução de danos, reforçando a necessidade do uso de preservativo e do não compartilhamento de seringas e agulhas - no caso de Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) - para que o usuário reduza seus riscos de reinfecção e de transmissão para seus pares. Novamente considerar o encaminhamento para Programas de Redução de Danos (PRD) e/ou Centro de Atenção Psicossocial para tratamento da dependência química.
- Indicar grupos de apoio existentes na comunidade, no serviço ou em ONG locais.
- Discutir estratégias de redução de riscos que levem em conta as informações coletadas no pré-teste, lembrando-se, principalmente, da vulnerabilidade, das questões relacionadas a gênero, de direitos reprodutivos, de diversidade sexual e de uso de drogas.
- Agendar consulta conforme fluxo do serviço.

> O profissional de saúde deve respeitar o direito do usuário de revelar o diagnóstico ao seu parceiro (a) sexual, prestando-lhe apoio durante este processo, inclusive se disponibilizando para participar do momento da revelação.

Caso o profissional de saúde tenha esgotado a possibilidade de sensibilização do usuário para revelação de sua condição a seu (sua) parceiro (a), identificando sua recusa, o médico da equipe, poderá informá-lo da possibilidade de contatar seu (sua) parceiro (a) para oferecimento do teste, conforme Resolução 1665/2003 do Conselho Federal Medicina: "O médico não poderá transmitir informações sobre a condição do portador do vírus da

SIDA (AIDS), mesmo quando submetido a normas de trabalho em serviço público ou privado, salvo nos casos previstos em lei, especialmente quando disto resultar a proibição da internação, a interrupção ou limitação do tratamento ou a transferência dos custos para a pessoa idosa ou sua família."

Aconselhamento nos serviços

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) - têm um papel essencial na identificação das vulnerabilidades e risco para as DST nas comunidades que atuam. Para isso, é importante que incluam na sua rotina um olhar sobre os diferentes contextos de vida dos diversos segmentos populacionais e tenham uma abordagem objetiva sobre os aspectos da sexualidade, das vulnerabilidades e dos direitos humanos.

As ações do ACS na comunidade contribuem para o aumento da procura do serviço, para desmistificação da testagem anti-HIV e melhora a receptividade para o aconselhamento e mudança de práticas.

O ACS, como todo profissional da saúde, deve estar atento para não emitir juízos de valor, atitudes de preconceito e quebra de sigilo.

O atendimento qualificado do agente comunitário de saúde implica em:

- Prestar informações relacionadas às DST/aids.
- Disponibilizar insumos de prevenção.
- Encaminhar os usuários para as unidades de saúde para realização da testagem, discutindo com a equipe as vulnerabilidades específicas de cada situação, preservando confidencialidade e sigilo.
- Oferecer apoio nas situações em que os usuários compartilham angústias.
- Ter disponibilidade para o diálogo no processo de assimilação de um resultado, esclarecer dúvidas sobre práticas preventivas e identificar referências de apoio social.

Profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS)

O acolhimento dos segmentos mais vulneráveis para as DST e a inserção do tema DST/aids em atividades de sala de espera e com grupos específicos favorece a adesão ao serviço e a explicitação das necessidades particulares relacionadas às DST/aids nas consultas. Assim, amplia e dinamiza o aconselhamento no que concerne à etapa de avaliação de vulnerabilidades e dos riscos e discussão de medidas preventivas que é exercida mais plenamente em momentos individuais do atendimento. Entretanto, a atenção para os aspectos emocionais e identificação de oportunidades para orientação preventiva devem ser constantes.

Competência dos profissionais das UBS no aconselhamento e testagem anti-HIV

- Aconselhamento para prevenção em DST/aids.
- Avaliação das vulnerabilidades e de riscos nas consultas, nos grupos de educação em saúde, na demanda espontânea para a testagem do HIV e outras DST.
- Oferta e realização do teste.
- Orientação quanto a adoção de práticas seguras.
- Disponibilização de insumos de prevenção e orientação para seu uso correto.
- Agendamento de consultas conforme fluxo estabelecido.
- Apoio a aceitação do status sorológico, adesão e fortalecimento das mudanças de práticas seguras.

Toda a equipe da Atenção Básica/Saúde da Família deve compreender o processo de aconselhamento, de forma que ele possa ser desenvolvido em vários momentos, não se reduzindo a um único encontro entre duas pessoas e podendo ser estendido a grupos. Tanto a dinâmica grupal como a individual devem favorecer a percepção pela pessoa de sua vulnerabilidade, a partir do reconhecimento do que sabe e sente e do estímulo à sua participação nos atendimentos subseqüentes. Observa-se que a avaliação da própria vulnerabilidade, em que são explorados aspectos íntimos da sexualidade é melhor trabalhada em atendimento individual. Porém, nos atendimentos em grupo, a escuta das falas dos participantes também propicia a reflexão.

Para a efetividade desta ação, o profissional deve ter conhecimentos atualizados em DST/HIV/aids. É importante que toda a pessoa atendida nas UBS tenha oportunidade de receber informações e esclarecer dúvidas sobre as DST, reconhecer e avaliar sua própria vulnerabilidade, receber apoio emocional (quando necessário) e realizar o teste quando reconhecer e entender a importância e impacto dessa atitude para sua vida.

A comunicação do resultado é um momento que exige bastante do profissional de saúde e do usuário, quando a equipe deve estar apta para reduzir o impacto do diagnóstico se o resultado for positivo e tiver bons argumentos para reforçar práticas preventivas no caso de resultado negativo.

Para atender a esses objetivos, propõem-se as seguintes competências para a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família:

1. Identificar o risco de infecção pelo HIV das pessoas residentes na área de abrangência da UBS, promovendo a redução do risco e, realizar o aconselhamento para o teste anti-HIV.
2. Identificar o conjunto de sintomas e sinais que sugerem a infecção pelo HIV durante a fase de latência clínica, e o desenvolvimento de infecções oportunistas (IO) relacionadas ao HIV.
3. Adotar as providências para a confirmação do diagnóstico e encaminhamento para o serviço especializado (SAE/HD).
4. Realizar acompanhamento conjunto, com o serviço especializado, contribuindo para que as pessoas HIV+ em uso de terapia anti-retroviral, tenham uma melhor adesão ao tratamento.

5. Contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas com HIV/aids de sua área de abrangência.

> **Observação:** Na inexistência de serviço especializado para atendimento de pessoas com HIV/aids, o médico da equipe de Atenção Básica estará autorizado a prescrever terapia anti-retroviral (TARV), após capacitação especializada e com atualização periódica, sendo, para isso, cadastrado como clínico capacitado para o atendimento desses pacientes.

19. ATENÇÃO DOMICILIAR ÀS PESSOAS IDOSAS

É um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações. Articulam promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação de sua autonomia.

A Atenção Domiciliar no setor público justifica-se pelo grau de humanização que essa atenção traz para o atendimento ao usuário/família, pela possibilidade de desospitalização, com liberação de leitos para doentes que realmente deles necessitam e também pela redução de complicações decorrentes de longas internações hospitalares com redução dos custos envolvidos em todo o processo de hospitalização.

A Atenção Domiciliar integra ainda duas modalidades específicas, a internação domiciliar e a assistência domiciliar.

1. Internação Domiciliar

A Internação Domiciliar no âmbito do SUS, Portaria GM N° 2529 de 20 de outubro de 2006, é o conjunto de atividades prestadas no domicílio às pessoas, clinicamente estáveis, que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidos em casa, sendo atendidos por equipe específica.

2. Assistência Domiciliar

Pode ser realizada por profissionais da Atenção Básica / Saúde da Família ou da atenção especializada.

O Ministério da Saúde define que a Assistência Domiciliar na Atenção Básica/ Saúde da Família* é uma modalidade da Atenção Domiciliar, inerente ao processo de

*Atualmente, o registro da Assistência Domiciliar é realizado no campo internação domiciliar da Ficha D do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB)

trabalho das equipes desse nível de atenção. Destina-se a responder às necessidades de saúde de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária.

3. Organização da Assistência Domiciliar para Pessoa Idosa na Atenção Básica

A Equipe Saúde da Família deve estar organizada para acolher, além da demanda espontânea e programada, as necessidades de saúde da pessoa idosa com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades de vida diária, que necessitem de atendimento no domicílio.

3.1 Identificação da Necessidade de Assistência Domiciliar para Pessoa Idosa na Atenção Básica

A identificação de uma pessoa idosa que necessite de Assistência Domiciliar na Atenção Básica parte de sua situação clínica, juntamente ao grau de perda funcional e dependência para a realização das atividades de vida diárias, conforme descritas nos critérios de inclusão. Esses usuários podem ser identificados das seguintes formas:

- Ser egressos de internação hospitalar ou domiciliar.
- Por meio de visitas do agente comunitário de saúde.
- Por solicitação do próprio usuário, da família, de vizinhos, do hospital, entre outros.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é instrumento que pode auxiliar o ACS na identificação dos idosos que necessitam de assistência domiciliar. O ACS deve levar o caso identificado para a equipe de saúde,que o avaliará para inclusão ou não. Um dos momentos a ser aproveitado para a troca de informação é a reunião de equipe.

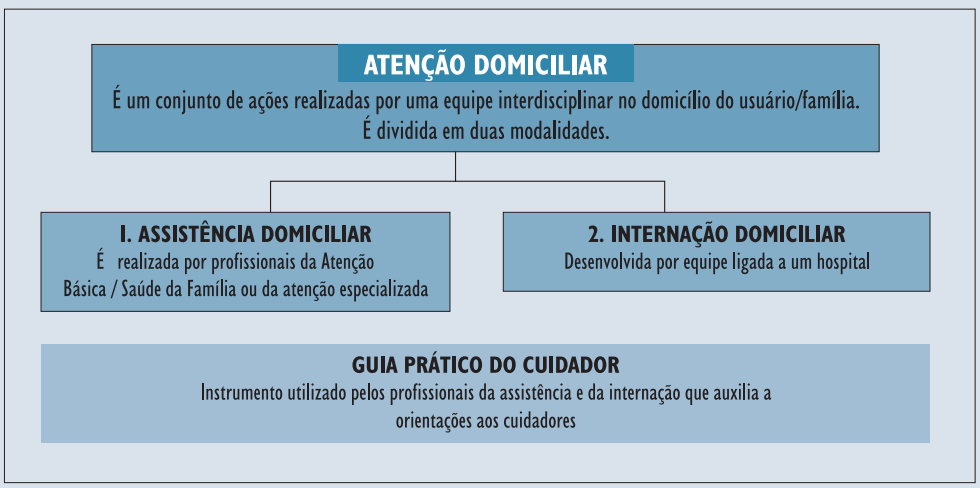
Para mais informações sobre a Assistência Domiciliar na Atenção Básica/Saúde da Família consultar o capítulo 10 do Caderno de Atenção Básica/Saúde da Família – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, Ministério da Saúde, 2006.

4. Interface entre a equipe da Atenção Básica/Saúde da Família e a equipe de Internação Domiciliar

Com base no princípio da territorialização, a Atenção Básica/Saúde da Família deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas que estão na área de abrangência, inclusive aquelas que estão num determinado momento, sendo atendidas em outro nível de complexidade do sistema. Uma pessoa em Internação Domiciliar não deixará de ser acompanhado também pela equipe da Atenção Básica/Saúde da Família.

Deve haver a integração das atividades entre a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família e a equipe da internação domiciliar, visando otimizar esforços e evitando duplicidade de ações.

FIGURA 7. FLUXO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



20. GERENCIAMENTO DO CUIDADO DA PESSOA

No Brasil, o Sistema Único de Saúde está assumindo o desafio de construir um sistema de saúde que desenvolva a capacidade de trabalhar em rede e em equipe interdisciplinar.

Gerenciar o cuidado das pessoas idosas com doenças crônicas exige conhecimento técnico assistencial, administrativo e capacidade em técnicas de resolução de problemas. Mas, quem gerencia o cuidado da pessoa idosa na Atenção Básica?

A equipe da Atenção Básica/Saúde da Família, que na reunião de equipe, elabora o Projeto Terapêutico Singular (PTS)[13] para cada usuário que apresente alguma situação de maior gravidade ou risco, definindo atividades, metas e responsáveis. A gestão do PTS pode ficar a cargo de um dos profissionais da equipe, de preferência, ser aquele que desenvolveu o melhor vínculo com o usuário, que fará o papel de "maestro" das atividades referentes ao projeto.

[13] Projeto terapêutico é um plano de ação que considera todos os fatores envolvidos no processo de adoecimento, formulando uma estratégia de intervenção, pactuada com o usuário, que vai além do medicamento, e da solicitação de exames, mas que considera o ambiente, a família, o trabalho, os recursos da comunidade e outros aspectos que podem ser relevantes.

O cuidado à pessoa idosa compreende diversos atores: idoso, família, cuidador (se existente), comunidade e equipes de atenção à saúde, que atuam de forma inter-relacionada no desempenho das atividades de atenção às demandas identificadas por meio de relações interpessoais. É preciso valorizar e criar, além dos espaços de discussão da própria equipe, outros espaços em que possam ser incluídos os outros atores envolvidos na rede social de cuidado do idoso.

Os vários serviços e os diferentes profissionais envolvidos no cuidado de uma pessoa devem estabelecer formas de comunicação para além das referências e contra-referências, trocando e produzindo os saberes necessários a cada Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O gerenciamento do cuidado da pessoa em processo de envelhecimento:

a) Permitirá a identificação das demandas e dos serviços necessários para atendê-las.

b) Planejará conjuntamente com idosos, familiares e cuidadores, a utilização desses serviços.

c) Coordenará a prestação dos serviços elencados como necessários.

d) Estabelecerá uma comunicação eficiente entre todos os envolvidos permitindo, o desenvolvimento de um cuidado integrado.

e) Coordenará a qualidade do cuidado prestado revisando a utilização dos recursos, o estabelecimento e a utilização de protocolos e analisando as respostas obtidas.

Embora inserido no contexto da saúde, os cuidados com a pessoa em processo de envelhecimento envolvem toda a rede de atenção ao idoso em especial os serviços sociais e de saúde. O desenvolvimento desse cuidado deverá guiar os idosos na complexa rede de serviços assistenciais permitindo, por meio de decisão conjunta e do trabalho de coordenação das equipes da atenção básica, decidir pelas opções mais apropriadas para cada caso.

O controle das condições crônicas nos idosos pode, hoje, ser mais eficiente em virtude dos avanços científicos, mas, é a clínica ampliada[14] que permitirá o seguimento regular da terapêutica por meio do acompanhamento do auto-gerenciamento, da detecção e intervenção precoce em agravos e agudizações. Isso só é possível por meio de uma assistência organizada e não somente de profissionais competentes individualmente.

A adesão aos projetos terapêuticos depende da capacidade da equipe de saúde em produzir vínculos positivos e produzir propostas terapêuticas pactuadas. Idosos e seus familiares não devem ser tratados ou considerados como receptores passivos dos serviços

[14]Nas práticas clínicas institucionalizas tradicionalmente as doenças são o objeto de trabalho. Toma-se a pessoa por sua doença, ou seja, elas parecem não possuir uma historia, personalidade e um corpo. Assim, João, Joana ou Maria desaparecem e no seu lugar temos um psicótico, um hipertenso ou um canceroso. A doença raramente líquida com as demais dimensões da existência de cada um, dessa forma, as pessoas com hipertensão arterial, consideradas semelhantes segundo critérios clínicos tradicionais, teriam conseqüências e gravidades distintas conforme contexto onde vivem. Para que a clínica seja ampliada é importante compreender que as pessoas e suas enfermidades acontecem dentro de uma dada realidade e levar em conta o contexto onde se encontram as pessoas para compreender sua doença, dificuldades e necessidades. É como acender uma lanterna focando a doença, mas ampliando a visão para o clarão iluminado ao redor, enxergando os demais elementos em interação. Pode-se dizer a clínica ampliada se refere a: um compromisso ético com o sujeito singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários do serviço de saúde; reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas.

de saúde. Eles precisam e devem ser agentes ativos na construção de um novo cuidado à própria saúde, participando do tratamento e sendo apoiados e valorizados nesse processo.

A avaliação das atividades de vida diária (AVD) são freqüentemente utilizadas como indicadores de incapacidade física refletindo, substancialmente, o nível de comprometimento dos idosos. O gerenciamento do cuidado pode postergar tais perdas e organizar os cuidados permitindo a participação ativa de todos os envolvidos tornando-o, menos impactante e mais adaptativo.

A tríade do cuidado da pessoa idosa é formada pelo idoso e familiares, pelo grupo de apoio da comunidade e pela equipe de atenção à saúde. Essa tripla parceria é peculiar ao tratamento das condições crônicas e essencial no gerenciamento do cuidado do idoso.

Somente se alcançam resultados positivos para as condições crônicas, quando os idosos, suas famílias, o grupo de apoio da comunidade e as equipes de atenção à saúde são: informados, motivados, capacitados e trabalham em parceria, conforme descritos abaixo:

- Informados, na medida da necessidade de cada usuário, sobre as condições crônicas, incluindo seu ciclo, as complicações esperadas e as estratégias eficazes para prevenir as complicações e administrar os sintomas, evitando produzir uma situação em que a doença ou o risco tornem-se dominantes na vida do idoso.
- Motivados para modificar seus comportamentos e manter estilos de vida saudáveis, aderir a tratamentos de longo-prazo e autogerenciar suas condições crônicas, a partir, não somente de restrições, mas também da construção de possibilidades de prazer e felicidade, apesar dos limites.
- Capacitados com habilidades comportamentais para administrar suas condições crônicas em casa. Isso inclui a disponibilidade de medicamentos, equipamentos de saúde, instrumentos para auto-monitoramento e habilidades de auto-gerenciamento.

Essa tríade é influenciada e apoiada pelas organizações de saúde e por toda a comunidade que, por sua vez, influem de maneira recíproca no âmbito político. Em geral, o funcionamento adequado da tríade resulta de uma comunicação oportuna entre o sistema de saúde e a comunidade, acerca de questões específicas do idoso e de seu tratamento. O funcionamento otimizado da tríade, ocorre quando os idosos e suas famílias constatam a ausência de lacunas, inconsistências ou redundâncias no tratamento e se declaram confiantes, capazes e apoiados para gerenciar seus problemas crônicos. Está relacionado, portanto, ao que se denomina atenção integrada.

Contudo, é importante saber de que forma a equipe entende e sente a idéia do envelhecimento, pois essa questão está associada a um repensar da atenção à saúde e à transformação cultural da condição de envelhecimento. Nossa cultura ainda hoje tende a valorizar mais as perdas de atributos do padrão de beleza e juventude do que as possibilidades de uma vida subjetivamente rica na singularidade do idoso. O serviço de saúde e o cultural são dois movimentos inseparáveis e vitais para o sucesso de qualquer política para a pessoa idosa. Um exemplo disso é o Programa de DST-AIDS que com os movimentos sociais formados por soropositivos, familiares e minorias foram (e são) sujeitos na construção das políticas para AIDS.

Os movimentos sociais de alguma forma sintonizados com a temática do idoso, devem ser convocados pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, permitindo que os idosos possam ser ativos, participantes e co-produtores das soluções para os seus problemas.

Na elaboração de um Projeto Terapêutico Singular é importante considerar as seguintes etapas:

I - Avaliação:

A construção do PTS começa na reunião de equipe com um momento de avaliação que busca identificar os problemas relacionados com as áreas psicosocial, econômica, legal e de saúde vivenciadas pelo idoso e família. Os diferentes vínculos que os profissionais da equipe de Atenção Básica estabelecem com o usuário e sua rede social, são fundamentais tanto para a melhor compreensão da situação quanto para futura negociação do projeto. A avaliação deverá definir as condições de saúde, a classificação da pessoa idosa quanto ao nível de cuidados necessários e o caminho na tomada de decisões. A avaliação deverá incluir informações sobre:

a) Estado de saúde: capacidade funcional, doenças existentes, medicações, estado de saúde percebido.

b) Estado funcional: nível de assistência necessária para o desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária.

c) Estado cognitivo: memória, capacidade de tomar decisões.

d) Suporte disponível: família, amigos, vizinhos.

e) Ambiente: barreiras na manutenção da independência ou riscos de segurança.

Em resumo esse momento deve avaliar os riscos, as vulnerabilidades e também as potencialidades. Essa última implica na capacidade da equipe de descobrir - e ou ajudar o usuário a descobrir – velhos e novos objetos de investimento, atividades de que gostava ou gosta. A própria forma com que a equipe entende e sente a idéia do envelhecimento deve ser tema de discussão durante as reuniões, de forma a facilitar a busca e construção dessas potencialidades. Se a equipe compartilhar, por exemplo, da cultura dominante em relação ao idoso, que considera o envelhecimento e a morte como “derrotas” fica mais difícil buscar potencialidades nos usuários.

II - Planejamento do cuidado:

É desenvolvido a partir da avaliação e deve buscar resolver os problemas identificados tendo por base os recursos potenciais e existentes do idoso e da comunidade onde está inserido. Deve promover a integração de diferentes áreas e serviços e incluir:

a) Listagem de problemas: colocados em ordem de prioridade conforme identificado na avaliação. Lembrar de verificar no momento de negociação com o usuário, se as prioridades da equipe são compatíveis com as prioridades do usuário.

b) Metas dos serviços de curto, médio e longo prazo: metas mensuráveis desenvolvidas pela pessoa idosa e pelos gerentes de cuidado para cada problema.

c) Organização dos serviços: especificando tipo e quantidade de serviços necessários para que a pessoa idosa alcance suas metas - exemplo número de visitas domiciliares, agendamento de consultas.

O planejamento do cuidado deve ser continuamente revisado, pois tende a se modificar conforme a evolução do quadro da pessoa idosa. Todas as propostas produzidas na equipe devem ser negociadas posteriormente com o usuário.

III - Coordenação e implementação de soluções

Corresponde à fase de execução do plano de cuidados considerando custo-efetividade e conveniência. A implementação, sempre que possível, deve respeitar os desejos da pessoa idosa e de sua família quanto a serviços e provedores. O gerenciamento do cuidado deve incluir, de forma organizada e coordenada, serviços formais e informais.

IV - Monitoramento e Avaliação do plano de cuidados

O gerenciamento do cuidado envolve o monitoramento contínuo da execução do plano de cuidados estabelecido de forma a garantir as adequações necessárias e sua execução com alto padrão de qualidade. Os serviços prestados devem ser flexíveis e adaptáveis às mudanças observadas entre as pessoas idosas e suas famílias.

A avaliação dos resultados obtidos deve ser periódica e deve propiciar a adequação do planejamento inicialmente estabelecido. Embora simples e exeqüível, tal cuidado exige repensar o sistema vigente adequando-o às suas novas demandas.

21. COMO PROCEDER NO CASO DE ÓBITO DA PESSOA IDOSA

Muitas pessoas idosas possivelmente chegarão ao final de suas vidas em seus locais de moradia junto de seus familiares. Aliás, seria essa, para muitos, a melhor forma de morrer.

Dado que a morte deixou de fazer parte do cotidiano das pessoas, nessa hora, muitos familiares ficam "perdidos", sem saber como proceder. As orientações que se seguem, visam facilitar esse momento.

O Ministério da Saúde reserva a denominação *Declaração de Óbito* ao documento fornecido pelo médico e *Atestado de Óbito* à parte VI desse documento.

A Declaração de Óbito é o documento obrigatório para o registro do óbito em cartório, sem o qual não será possível o sepultamento. A *Certidão de Óbito* é o documento fornecido pelo Cartório de Registro Civil.

O *Atestado de Óbito* tem como objetivo, além de firmar a realidade do óbito, também fornecer elementos para as estatísticas de saúde. Seu preenchimento correto é o ponto de partida para um sistema de registro de alta qualidade, fundamental para o planejamento e avaliação dos programas de saúde no país.

Em caso de morte natural, o atestado de óbito deve ser preenchido pelo médico que vinha prestando assistência à pessoa que faleceu. Em casos de mortes violentas (homicídios, suicídios ou acidentes), não naturais ou suspeitas, a lei determina que a declaração seja fornecida obrigatoriamente por peritos médico-legais, após a necropsia, salvo nas localidades onde existir apenas um médico que será então o responsável pelo fornecimento da declaração.

O médico não deve atestar o óbito de pessoas a quem não tenha dado assistência ou nos casos em que não for possível firmar diagnóstico. Os atestados de óbito de pessoas falecidas de morte natural, sem assistência médica, deverão ser fornecidos por médicos do serviço de verificação de óbitos, nas cidades onde houver esse serviço, por médicos do serviço público de saúde mais próximo ao local onde ocorreu o evento ou, na falta desses, por qualquer outro médico da localidade. Em todos esses casos deverá constar no atestado que a morte ocorreu sem assistência médica.

O Ministério da saúde recomenda algumas precauções:

a) Não assinar declaração de óbito em branco.

b) Não deixar declarações previamente assinadas.

c) Ao assinar a declaração, verificar se os itens de identificação foram devida e corretamente preenchidos.

Após a emissão da Declaração de Óbito, a família ou responsável pelo falecido deverá levar o documento ao Cartório de Registro Civil mais próximo a fim de registrar o óbito. Esse registro resultará na Certidão de Óbito emitida pelo Cartório, documento essencial para que se proceda ao sepultamento e todas as outras providencias necessárias (figura 8).

Como providenciar a Declaração de Óbito

No caso de óbito em casa, a família deverá entrar em contato com o serviço que acompanhava a pessoa idosa. Se o médico do serviço for o profissional que vinha assistindo o idoso esse poderá fornecer o Atestado de óbito. Caberá a ele decidir pelo fornecimento ou não do mesmo.

Se não for possível obter o Atestado no serviço de saúde que acompanhava a pessoa idosa, a família deverá procurar a Delegacia mais próxima, notificar o óbito e solicitar a remoção do corpo para o Serviço de Verificação de óbitos (onde houver) local onde, após a necropsia, será emitida a declaração de óbito.

Como proceder ao sepultamento

Antes de sair de casa, a família deve juntar os seguintes documentos do falecido:

a) Certidão de Óbito (vide orientações anteriores).

b) Certidão de nascimento ou casamento.

c) Cédula de identidade (RG).

d) Documentação do túmulo da família (se existente).

Com esses documentos em mãos, a família deverá dirigir-se à agência do Serviço Funerário Municipal mais próxima de sua casa.

O funcionário da funerária orientará quanto a:

a) Tipos e preços de urnas.

b) Horário de sepultamento.

c) Reserva de velório municipal (caso necessário).

d) Providências a se tomar sobre o sepultamento.

e) Locais que realizam a formalização do corpo no caso de viagens terrestres longas, viagens aéreas ou de grande distância de tempo entre o falecimento e o sepultamento.

Os **serviços obrigatórios** oferecidos são (com valores variáveis conforme a região):

a) Urna/caixão.

b) Carro para enterro.

c) Carreto.

d) Declaração de Óbito.

e) Registro de óbito.

f) Taxa de sepultamento.

Caso os familiares não tenham condições econômicas para arcar com essas despesas, o serviço é realizado gratuitamente. Para o requerimento desse serviço deve-se procurar a Secretaria de Assistência Social do Município. Nesse caso, será fornecida uma urna simples e o corpo será levado direto para o local onde será sepultado, sem velório, com apenas alguns minutos para uma breve cerimônia de despedida.

Os serviços **não obrigatórios** fornecidos são:

a) Remoção.

b) Paramentos.

c) Carreto para paramentos.

d) Aparelho de Ozona.

e) Mesa de condolência.

f) Velas.

g) Véu.

h) Enfeite floral.

i) Cremação.

O serviço Funerário não oferece assistência religiosa e espiritual e nem se responsabiliza pela cobrança desses serviços, seja qual for a entidade religiosa. Nenhum funcionário pode cobrar qualquer quantia que não esteja prevista na tabela ou oferecer serviços extras que não constem de nota de serviços contratados. É necessário que a família exija a Tabela de Preços e recibo de tudo que for pago.

Velório

O velório poderá ocorrer no hospital, na igreja, em casa ou em velórios municipais. A opção deve ser feita no momento da contratação do funeral junto a agencia funerária.

Sepultamento ou cremação

Para o sepultamento o familiar deverá ter em mãos a Certidão de Óbito. Esse poderá ser feito em:

a) Quadras gerais – sendo que após três anos os despojos serão colocados em ossários a serem adquiridos pelas famílias.

b) Túmulos de família – já existentes ou a serem obtidos.

O sepultamento em outros domicílios incorre no pagamento de taxa de translado.

Translado via terrestre

O funeral e o translado poderão ser contratados na cidade onde ocorreu o óbito ou na cidade onde será feito o sepultamento. Nesse caso, a família deverá fazer o registro de óbito no cartório mais próximo do local onde ocorreu o óbito informando:

a) Nome e endereço da funerária.

b) Nome e RG do motorista, número da placa do veículo que transportará o corpo.

Translado via aérea

Poderá ser feito o translado por peso (setor de cargas das empresas aéreas) com pagamento no ato do embarque. Verificar antecipadamente os horários de vôos, pois o esquife só poderá permanecer no aeroporto por aproximadamente três horas. O corpo só poderá ser transladado formolizado e esse serviço é feito mediante pagamento. O translado só poderá ser feito com a Autorização de Livre Trânsito, fornecida mediante apresentação da documentação de contratação de funeral e certidão de Formolização na delegacia mais próxima.

Cremação

A cremação poderá ocorrer quando:

a) O falecido houver manifestado, em vida, esse desejo, por meio de documento público ou particular com a assinatura de três testemunhas e o registro do documento.

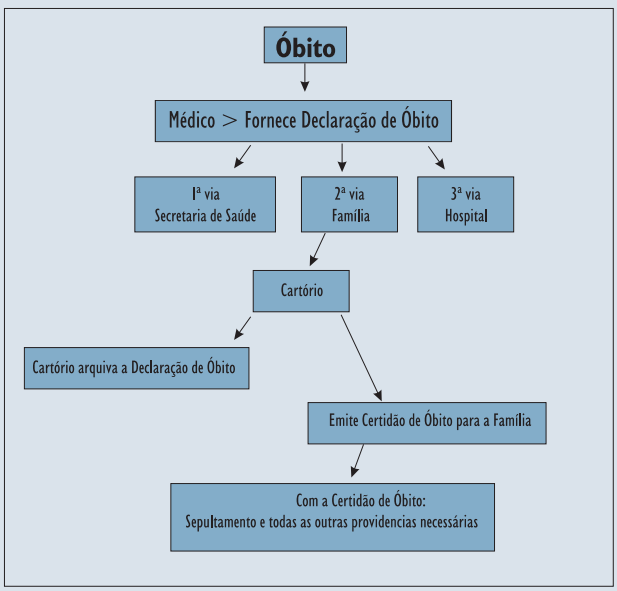
b) Ocorreu morte natural e o falecido não houver manifestado discordância com relação a esse tipo de procedimento. Nesse caso, a família é responsável, por meio de autorização concedida por parente próximo e testemunhada por mais duas pessoas. A lei recomenda que a autorização seja dada na seguinte ordem: o cônjuge sobrevivente, as ascendentes, os descendentes e irmãos maiores.

c) Em casos de morte violenta a cremação só poderá ocorrer mediante autorização judicial.

d) Se a família tiver interesse em cremar os restos mortais do falecido, poderá fazê-lo após a exumação do corpo.

e) No caso de optar pela cremação, o Atestado de Óbito deverá ser assinado por dois médicos.

FIGURA 8 – FLUXO DE COMO PROCEDER NO CASO DE ÓBITO



ANEXO 1 – AVALIAÇÃO DA VISÃO

CARTÃO JAEGER

O cartão é colocado a uma distância de 35 cm da pessoa idosa que se possuir óculos deve mantê-los durante o exame. A visão deve ser testada em cada olho em separado e depois em conjunto. Os olhos devem ser vendados com as mãos em forma de concha.

Objetivo: Identificar possível disfunção visual.
Avaliações dos resultados: as pessoas que lerem até o nível 20/40 serão consideradas sem disfunção.
Providências com os achados/resultados: em caso de alterações, encaminhar para avaliação no oftalmologista.

FIGURA 60.2 Cartão de Jaeger, usado para avaliação dos pacientes com alteração de visão.

ANEXO 2 – AVALIAÇÃO DA AUDIÇÃO

A audição pode ser avaliada por meio do uso de algumas questões simples listadas a seguir ou ainda pela utilização do Teste do Sussurro *(whisper)* já validade em relação à audiometria.

Questões:

- Compreende a fala em situações sociais?
- Consegue entender o que ouve no rádio ou televisão?
- Tem necessidade que as pessoas repitam o que lhe é falado?
- Sente zumbido ou algum tipo de barulho no ouvido ou cabeça?
- Fala alto demais?
- Evita conversar? Prefere ficar só?

TESTE DO SUSSURRO: O examinador deve ficar fora do campo visual da pessoa idosa, a uma distância de aproximadamente 33cm e "sussurrar", em cada ouvido, uma questão breve e simples como, por exemplo, "qual o seu nome?"
Objetivo: avaliação da acuidade auditiva.
Avaliações dos resultados: se a pessoa idosa não responder, deve-se examinar seu conduto auditivo para afastar a possibilidade de cerume ser a causa da diminuição da acuidade auditiva.
Providências com os achados/resultados: não sendo identificados obstáculo nos condutos auditivos externos, deve-se solicitar audiometria em ambulatório especializado.

ANEXO 3 – AVALIAÇÃO COGNITIVA

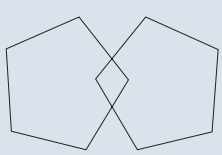
MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

É o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não requerendo material específico. Deve ser utilizado como instrumento de rastreio não substituindo uma avaliação mais detalhada, pois, apesar de avaliar vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho) o faz de maneira superficial. Não serve para diagnóstico, mas serve para indicar que funções devem ser melhor investigadas. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira.

Objetivo: é um teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva.
Avaliações dos resultados:Pontuação total = 30 pontos. As notas de corte sugeridas são: Analfabetos = 19.1 a 3 anos de escolaridade = 23.4 a 7 anos de escolaridade = 24.> 7 anos de escolaridade = 28.
Providências com os achados/resultados: escores muito baixos associados aos outros testes de função cognitiva sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1. Orientação temporal(0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial(0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras(0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	1 1

4a. Cálculo(0 - 5 pontos)	Se de R$100,00 fossem tirados R$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: "feche os olhos". Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

DESENHO DO RELÓGIO

Consiste em solicitar à pessoa idosa que desenhe um mostrador de relógio com números. Em seguida, solicita-se que sejam acrescentados os ponteiros do relógio, de horas e minutos, representando ali um horário específico, por exemplo, 2 horas e 50 minutos.

Objetivo: Teste válido e confiável para rastrear pessoas com lesões cerebrais. Verifica a habilidade visuoconstrutiva ou praxia construcional que é a capacidade de desenhar ou construir a partir de um estímulo (no caso, um comando verbal). Independe da linguagem verbal e por essa razão é considerada uma prova cognitiva não-verbal. A tarefa tende a ser mais complexa e mais abstrata dada sua natureza integradora com *input* auditivo e *output* motor e maior necessidade de utilização de memória.

Avaliação dos resultados: Se o paciente desenha um mostrador pequeno, onde não cabem os números, já há evidencia preliminar de uma dificuldade com o planejamento. Na negligência unilateral, os números serão colocados apenas na metade do relógio. Pacientes com disfunção executiva (lesão frontal) podem apresentar dificuldade para colocar os ponteiros.

TESTE DE FLUÊNCIA VERBAL POR CATEGORIAS SEMÂNTICAS

Consiste em solicitar à pessoa idosa que diga o maior número possível de animais em 1(um) minuto.

Objetivo : verificar declínio cognitivo.

Avaliações dos resultados: É importante verificar como a pessoa idosa utilizou o tempo disponível para a execução da tarefa. Pacientes com demência, além de produzirem escores baixos, tendem a interromper a geração de palavras após 20 segundos do teste. Pacientes deprimidos podem apresentar escores baixos, mas tendem a gerar palavras durante todo o minuto. O escore esperado é de 14 ou 15 animais citados.

Providências com os achados/resultados: escores muito baixos associados aos outros testes de função cognitiva sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

QUESTIONÁRIO DE PFEFFER (QPAF)

É uma escala de 11 questões aplicada ao acompanhante ou cuidador da pessoa idosa discorrendo sobre a capacidade desse em desempenhar determinadas funções. As respostas seguem um padrão: sim é capaz (0); nunca o fez, mas poderia fazer agora (0); com alguma dificuldade, mas faz (1); nunca fez e teria dificuldade agora (1); necessita de ajuda (2); não é capaz (3). A pontuação de seis ou mais sugere maior dependência. A pontuação máxima é igual a 33 pontos.

Objetivo: Verificar a presença e a severidade de declínio cognitivo por meio da avaliação da funcionalidade e consequentemente da assistência requerida.A combinação do MEEM com o Questionário de Pfeffer indica uma maior especificidade para a medida de declínio cognitivo mais grave. Ainda considerando o viés produzido pela baixa escolaridade nos resultados do MEEM parece ser adequada a associação do QPAF para se obter a confirmação do declínio cognitivo acompanhado de limitações funcionais sugerindo a presença de demência ou outros transtornos associados.

Avaliações dos resultados: quanto mais elevado o escore maior a dependência de assistência.

Providências com os achados/resultados: escores ≥ 6 associados aos outros testes de função cognitiva alterados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

QUESTIONÁRIO DE PFEFFER

MOSTRE AO INFORMANTE UM CARTÃO COM AS OPÇÕES ABAIXO E LEIA AS PERGUNTAS.	
ANOTE A PONTUAÇÃO COMO SEGUE:	
SIM É CAPAZ	0
NUNCA O FEZ, MAS PODERIA FAZER AGORA	0
COM ALGUMA DIFICULDADE, MAS FAZ	1
NUNCA FEZ E TERIA DIFICULDADE AGORA	1
NECESSITA DE AJUDA	2
NÃO É CAPAZ	3

1. (PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?
2. (PESSOA IDOSA) é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)?
3. (PESSOA IDOSA) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?
4. (PESSOA IDOSA) é capaz de preparar comida?
5. (PESSOA IDOSA) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?
6. (PESSOA IDOSA) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de radio, televisão ou um artigo do jornal?
7. (PESSOA IDOSA) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?
8. (PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?
9. (PESSOA IDOSA) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?
10. (PESSOA IDOSA) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?
11. (PESSOA IDOSA) é capaz de ficar sozinho (a) em casa sem problemas?

ANEXO 4 – AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADAGERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS) (versão de 15 questões)

Trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. A Escala de Depressão Geriátrica não é um substituto para uma entrevista diagnóstica realizada por profissionais da área de saúde mental. É uma ferramenta útil de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos. A cada resposta afirmativa some 1 ponto. As perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento.

Objetivo: verificar a presença de quadro depressivo.
Avaliações dos resultados: Uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal, 6 a 10 indica depressão leve e 11 a 15 depressão severa.
Providências com os achados/resultados: escores elevados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA

1. Está satisfeito(a) com sua vida?	Sim ( )	Não ( )
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	Sim ( )	Não ( )
3. Acha sua vida vazia?	Sim ( )	Não ( )
4. Aborrece-se com freqüência?	Sim ( )	Não ( )
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	Sim ( )	Não ( )
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	Sim ( )	Não ( )
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	Sim ( )	Não ( )
8. Sente-se desamparado com freqüência?	Sim ( )	Não ( )
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim ( )	Não ( )
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	Sim ( )	Não ( )
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ( )	Não ( )
12. Sente-se inútil?	Sim ( )	Não ( )
13. Sente-se cheio/a de energia?	Sim ( )	Não ( )
14. Sente-se sem esperança?	Sim ( )	Não ( )
15. Acha que os outros tem mais sorte que você?	Sim ( )	Não ( )

ANEXO 5 – AVALIAÇÃO DE EQUILÍBRIO E MARCHA

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO E DA MARCHA DE TINNETI

Realizado através de protocolo de Mary Tinneti proposto em 1986. O teste é capaz de avaliar as condições vestibulares e da marcha da pessoa idosa. Em 2003, esse teste foi adaptado para ser utilizado na população brasileira recebendo o nome de POMA-Brasil.

Objetivo: avaliação de marcha e equilíbrio
Avaliações dos resultados: Quanto menor a pontuação maior o problema. Pontuação menor que 19 indica risco 5 vezes maior de quedas.
Providências com os achados/resultados: Escores muito baixo indicam necessidade de avaliação fisioterápica e/ou início de programa de reabilitação.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO E DA MARCHA DE TINNETI

EQUILÍBRIO			
Comece a avaliação com a pessoa idosa sentada em uma cadeira sem braços. As seguintes manobras serão testadas:			
1	Equilíbrio sentado	Escorrega Equilibrado	0 1
2	Levantar	Incapaz Utiliza os braços como apoio Levanta-se sem apoiar os braços	0 1 2
3	Tentativas para levantar	Incapaz Mais de uma tentativa Tentativa única	0 1 2
4	Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado Estável mas utiliza suporte Estável sem suporte	0 1 2
5	Equilíbrio em pé	Desequilibrado Suporte ou pés afastado (base de sustentação) > 12 cm Sem suporte e base estreita	0 1 2
6	Teste dos três campos (o examinador empurra levemente o externo da pessoa idosa que deve ficar com os pés juntos)	Começa a cair garra ou balança (braços) Equilibrado	0 1 2
7	Olhos fechados (pessoa idosa em pé, com os pés juntos)	Desequilibrado, instável Equilibrado	0 1
8	Girando 360º	Passos descontínuos Instável (desequilíbrios) Estável (equilibrado)	0 1 2
9	Sentado	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira) Utiliza os braços ou movimentação abrupta Seguro, movimentação suave	0 1 2
Pontuação do equilíbrio			___/16

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO E DA MARCHA DE TINNETI (continuação)

MARCHA

A pessoa idosa deve estar em pé, caminhar pelo corredor ou pela sala no passo normal, depois voltar com passos rápidos, mas com segurança usando o suporte habitual (bengala, andador).

10	Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar Sem hesitação	0 1
11	Comprimento e altura dos passos	a) Pé direito Não ultrapassa o pé esquerdo. Ultrapassa o pé esquerdo. Não sai completamente do chão. Sai completamente do chão b) Pé esquerdo. Não ultrapassa o pé direito. Ultrapassa o pé direito Não sai completamente do chão. Sai completamente do chão	 0 1 0 1 0 1 0 1
12	Simetria dos passos	Passos diferentes Passos semelhantes	0 1
13	Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos Passos contínuos	0 1
14	Direção	Desvio nítido Desvio leve ou moderado ou uso de apoio Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	0 1 2
15	Tronco	Balanço grave ou uso de apoio Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços enquanto anda Sem flexão, balanço, não usa os braços e nem apoio	0 1 2
16	Distância dos tornozelos	Tornozelos separados Tornozelos quase se tocam enquanto anda	0 1
Pontuação do marcha			___/12
PONTUAÇÃO TOTAL			___/28

ANEXO 6 – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (AVD)

INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE KATZ

O Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de Sidney Katz é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as AVD. Avalia a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes.

Objetivo: avaliar a independência funcional das pessoas idosas no desempenho das AVD.
Avaliações dos resultados: as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de seis funções a partir da utilização de um questionário padrão.
Providências com os achados/resultados: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico Singular.

Segundo os autores haveria uma regressão ordenada como parte do processo fisiológico de envelhecimento, em que as perdas funcionais caminhariam das funções mais complexas para as mais básicas, enquanto as funções que são mais básicas e menos complexas poderiam ser retidas por mais tempo. A escala mostra-se útil para evidenciar a dinâmica da instalação da incapacidade no processo de envelhecimento, estabelecer prognósticos, avaliar as demandas assistenciais, determinar a efetividade de tratamentos além de contribuir para o ensino do significado de "ajuda" em reabilitação.

INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE BÁSICAS VIDA DIÁRIA

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA, KATZ

Nome:		Data da avaliação: __/__/____
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxilio pessoal.		
Banho - a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.		
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho) ☐	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) ☐	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. ☐
Vestir - para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos		
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência. ☐	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos. ☐	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido. ☐
Banheiro – a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) ☐	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite. ☐	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar. ☐
Transferência – a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências;		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) ☐	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio. ☐	Não sai da cama. ☐
Continência - "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente;		
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar. ☐	Tem "acidentes" *ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais ☐	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente. ☐
Alimentação – a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.		
Alimenta-se sem assistência. ☐	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. ☐	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral. ☐

ANEXO 7 – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD)

ESCALA DE LAWTON

De acordo com o grau de limitação apresentado para o desempenho das AIVDs é possível determinar se a pessoa idosa é ou não capaz de manter uma vida independente. A versão ora apresentada foi publicada por Freitas e Miranda.

Objetivo: avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente.
Avaliações dos resultados: as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções.
Avaliações dos resultados: Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. Essa pontuação serve para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.
Providências com os achados/resultados: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico.

ESCALA DE LAWTON

Atividade		**Avaliação**	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1

6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL			_____ **pontos**

ANEXO 8 – AVALIAÇÃO FUNCIONAL (MIF)

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

Seu objetivo medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que a pessoa com deficiência exige para realização de tarefas motoras e cognitivas. Traduzida e adaptada no Brasil por Riberto a MIF verifica o desempenho da pessoa idosa para a realização de um conjunto de 18 tarefas, referentes às subescalas de autocuidados, controle esfincteriano, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. Diferentemente das outras escalas de avaliação funcional, a MIF consegue **quantificar** de forma mais objetiva a necessidade de ajuda ou a dependência parcial, o que facilita a elaboração do projeto terapêutico.

Objetivo: avaliar independência funcional.
Avaliações dos resultados: Cada item pode ser classificado em uma escala de graus de dependência de 7 níveis, sendo o valor 1 correspondente à dependência total e o valor 7 correspondente à normalidade na realização de tarefas de forma independente. O nível de independência funcional segundo a MIF é classificado da seguinte forma: Independência completa (7), Independência modificada (6), Supervisão, estímulo ou preparo (5), Assistência mínima (4), Assistência moderada (3), Assistência máxima (2) Dependência total (1).
Providências com os achados/resultados: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico.

FUNÇÕES AVALIADAS PELA MIF

MIF TOTAL	MIF MOTOR	AUTOCUIDADO	Autocuidados
			Higiene matinal
			Banho
			Vestir-se acima da cintura
		CONTROLE DE ESFINCTERES	Vestir-se abaixo da cintura
			Uso do vaso sanitário
			Controle da urina
			Controle das fezes
		TRANSFERENCIA	Leito, cadeira, cadeira de rodas
			MIF total
			Vaso sanitário
			Chuveiro ou banheira
		LOCOMOÇÃO	Locomoção
			Escadas
	MIF COGNITIVO	COMUNICAÇÃO	Compreensão
			Expressão
		COGNIÇÃO SOCIAL	Interação social
			Resolução de problemas
			Memória

A MIF pode ser utilizada em duas partes separadas (motor e cognitivo). Nesse caderno será apresentada apenas a descrição da MIF motora. A seguir estão as classificados quanto aos níveis de dependência.

INDEPENDÊNCIA (SEM AJUDA) – Não é necessária a ajuda de outra pessoa para realizar as atividades

7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA - Todas as tarefas descritas que constituem a atividade em questão são realizadas em segurança, sem modificação, sem ajuda técnica e em tempo razoável.

6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA - A atividade requer uma ajuda técnica, adaptação, prótese ou órtese, um tempo de realização demasiado elevado, ou não pode ser realizada em condições de segurança suficientes.

DEPENDENTE (COM AJUDA) – É necessária outra pessoa para supervisão ou ajuda física, sem esta, a atividade não pode ser realizada.

5. SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO – A pessoa só necessita de um controle, ou uma presença, ou uma sugestão, ou um encorajamento, sem contato físico. Ou

ainda o ajudante (a ajuda) arranja ou prepara os objetos necessários ou coloca-lhe a órtese ou prótese (ajuda técnica).

4. **ASSISTÊNCIA MÍNIMA** - O contato é puramente "tátil', com uma ajuda leve, a pessoa realiza a maior parte do esforço.

3. **ASSISTÊNCIA MODERADA** – A pessoa requer mais que um contato leve, uma ajuda mais moderada, realiza um pouco da metade do esforço requerido para a atividade.

DEPENDÊNCIA COMPLETA – A pessoa efetua menos da metade do esforço requerido para a atividade. Uma ajuda máxima ou total é requerida, sem a qual a atividade não pode ser realizada. Os níveis são:

2. **ASSISTÊNCIA MÁXIMA** - A pessoa desenvolve menos da metade do esforço requerido, necessitando de ajuda ampla ou máxima, mas ainda realiza algum esforço que ajuda no desempenho da atividade.

1. **ASSISTÊNCIA TOTAL** – A pessoa efetua esforço mínimo, necessitando de ajuda total para desempenhar as atividades.

Algumas observações devem ser consideradas:

- Sempre que houver preparo para a tarefa por outrem, o nível máximo de avaliação é 5.
- Se a pessoa idosa é posta em risco para testar algum dos itens, não fazê-lo e marcar 1.
- Se a pessoa idosa não faz uma tarefa, deve ser classificado como 1.
- Sempre que dois cuidadores forem necessários para a realização de uma tarefa, o nível é 1.
- Nunca deixe um item sem marcação ou com registros do tipo "não avaliado" ou "não se aplica".
- Para os itens Marcha/Cadeira de rodas, Compreensão e Expressão, é necessário marcar qual é a forma mais habitual de realizar a tarefa.
- No item Marcha/Cadeira de rodas, é necessário usar o mesmo modo no início e final do tratamento.

Sempre que estiver em dúvida, pense:

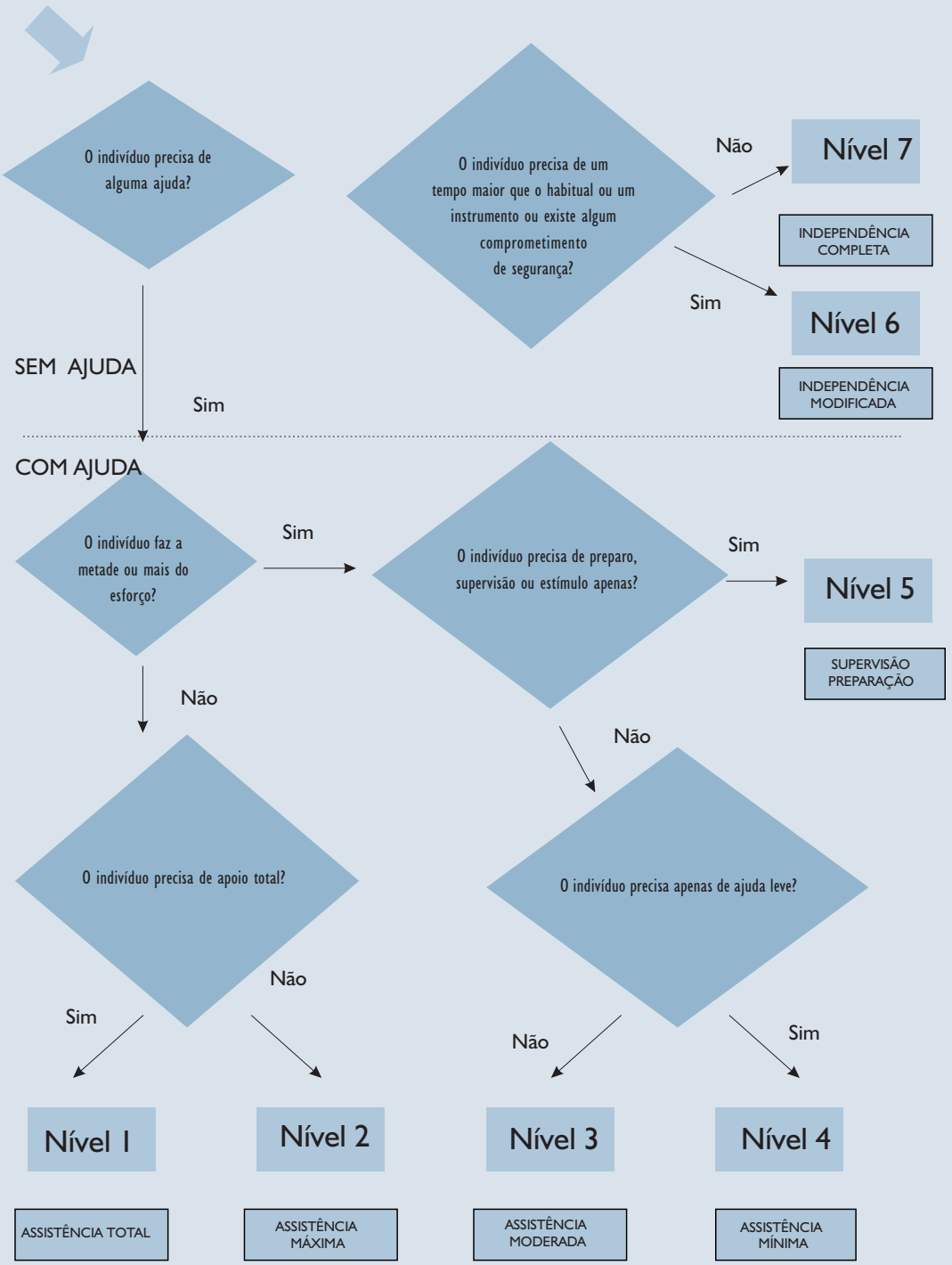
a) Qual é a quantidade de cuidados demandada?

b) Qual é a quantidade de energia suplementar necessária para completar a tarefa?

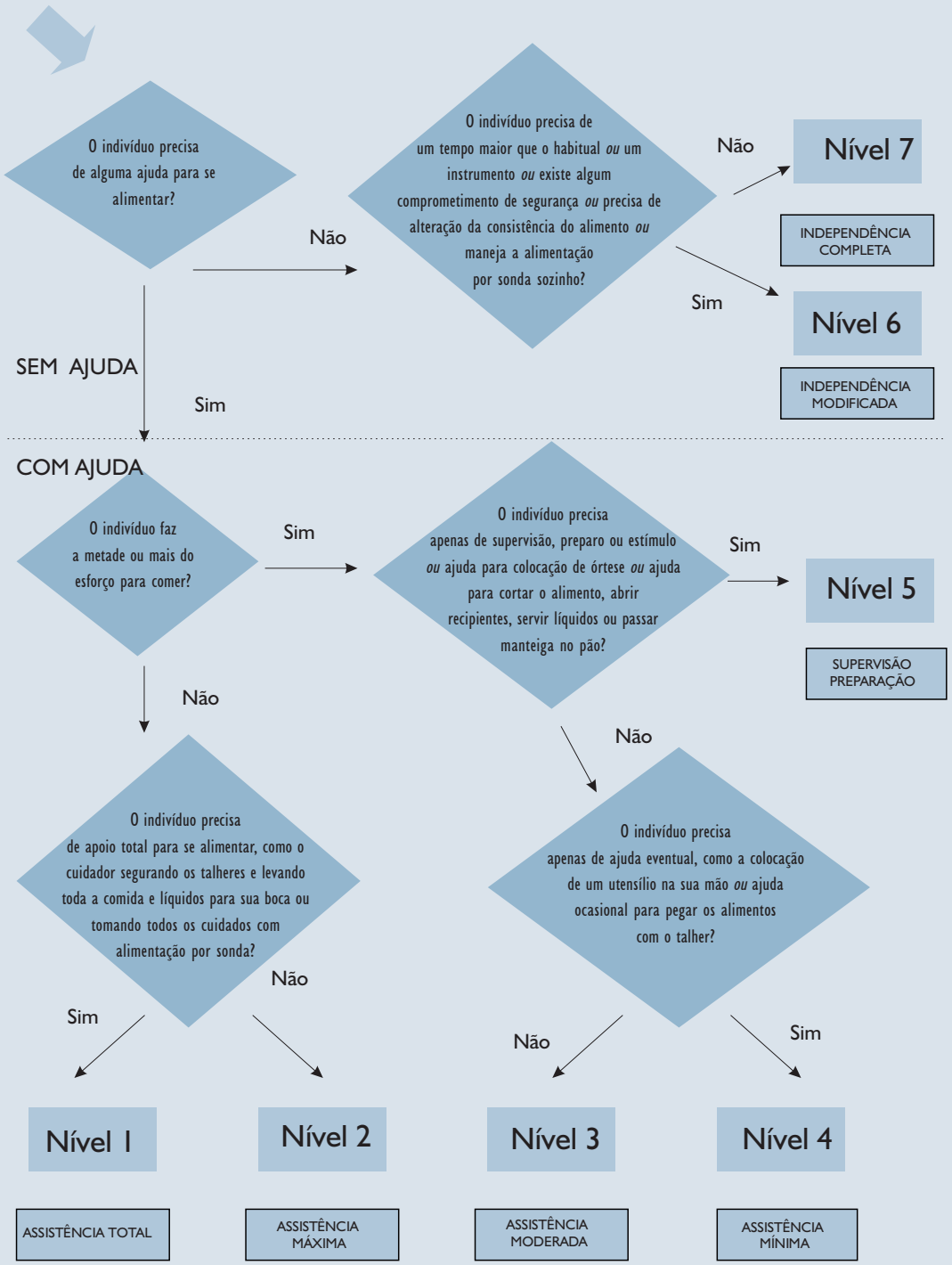
Níveis	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)	**Sem Ajuda**
	6 Independência modificada (ajuda técnica)	
	4Dependência modificada	**Com Ajuda**
	5 Supervisão	
	4 Dependência Mínima (pessoa > = 75%)	
	3 Dependência Moderada (pessoa > = 50%)	
	2 Dependência Máxima (pessoa > = 25%)	
	I Dependência Total (pessoa > = 0%)	

Data		
Auto-Cuidados		
A. Alimentação		
B. Higiene pessoal		
C. Banho (lavar o corpo)		
D. Vestir-se acima da cintura		
E. Vestir-se abaixo da cintura		
F. Uso do vaso sanitário		
Controle de Esfíncteres		
G. Controle da Urina		
H. Controle das Fezes		
Mobilidade		
transferências		
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas		
J. Vaso sanitário		
K. Banheira ou chuveiro		
Locomoção		
L. Marcha / cadeira de rodas	m c	_
M. Escadas		
Total		
Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não for possível de ser testado, marque I.		

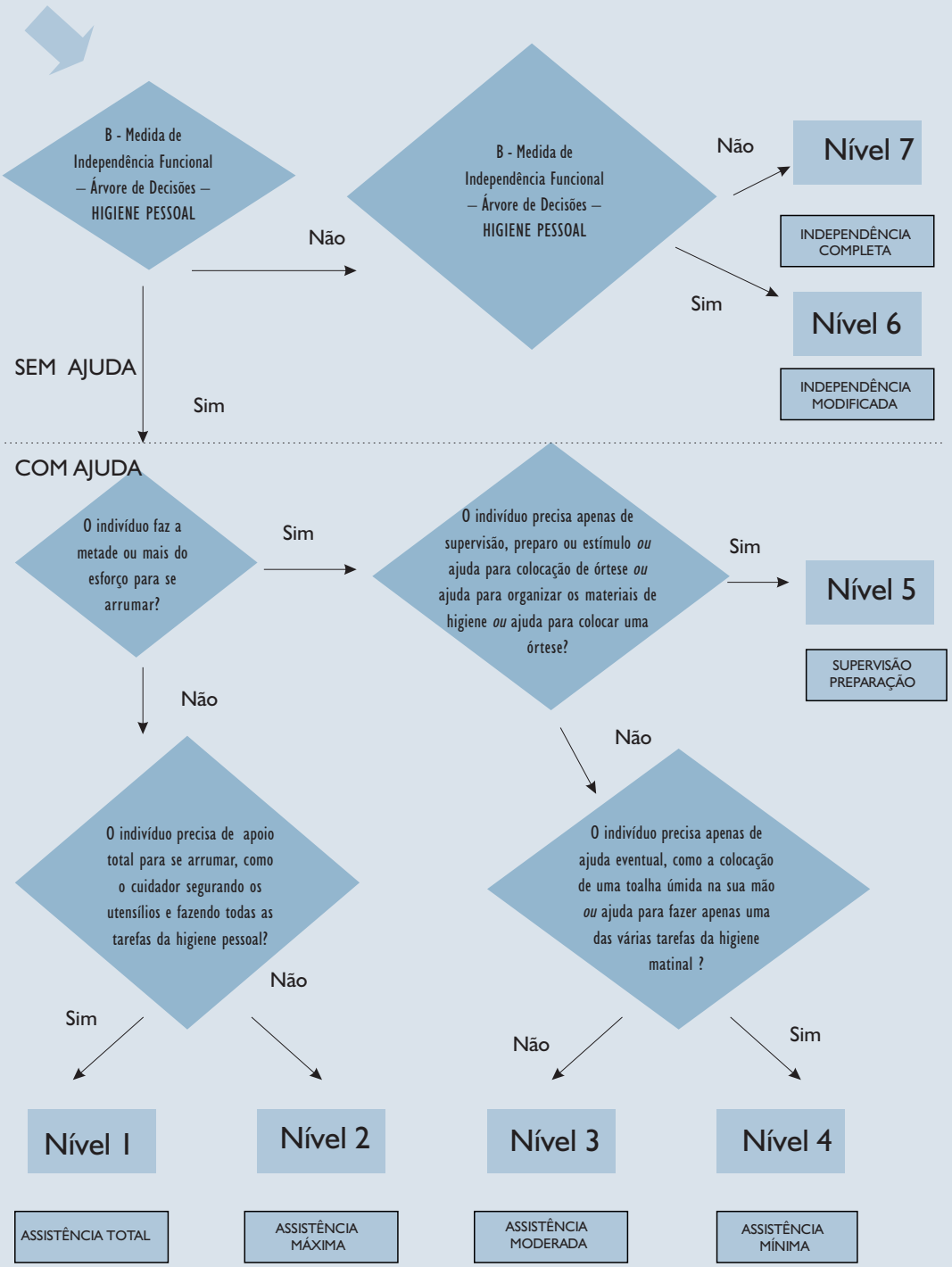
Medida de Independência Funcional - Árvore de Decisões – GERAL



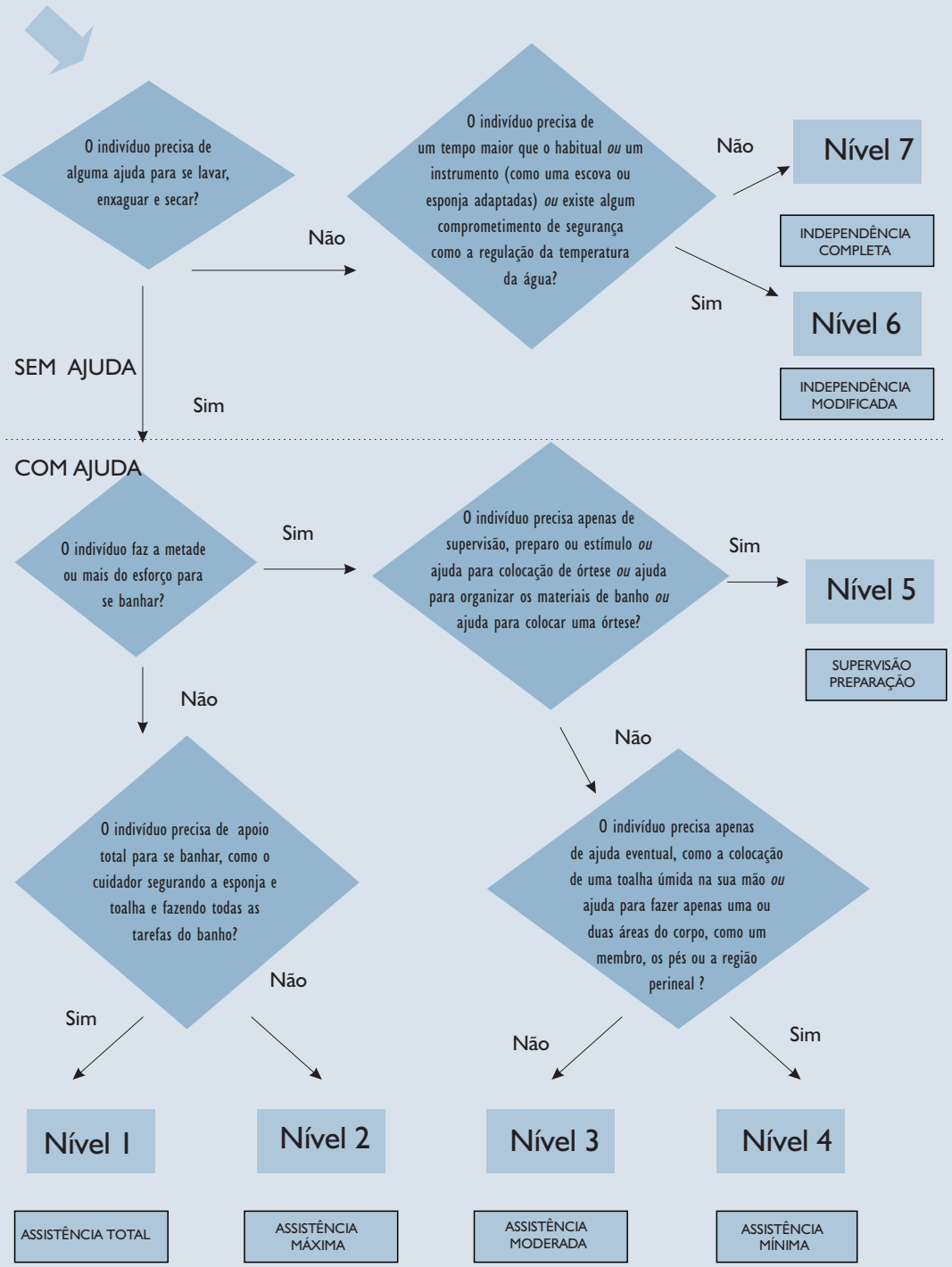
A - Medida de Independência Funcional - Árvore de Decisões - ALIMENTAÇÃO



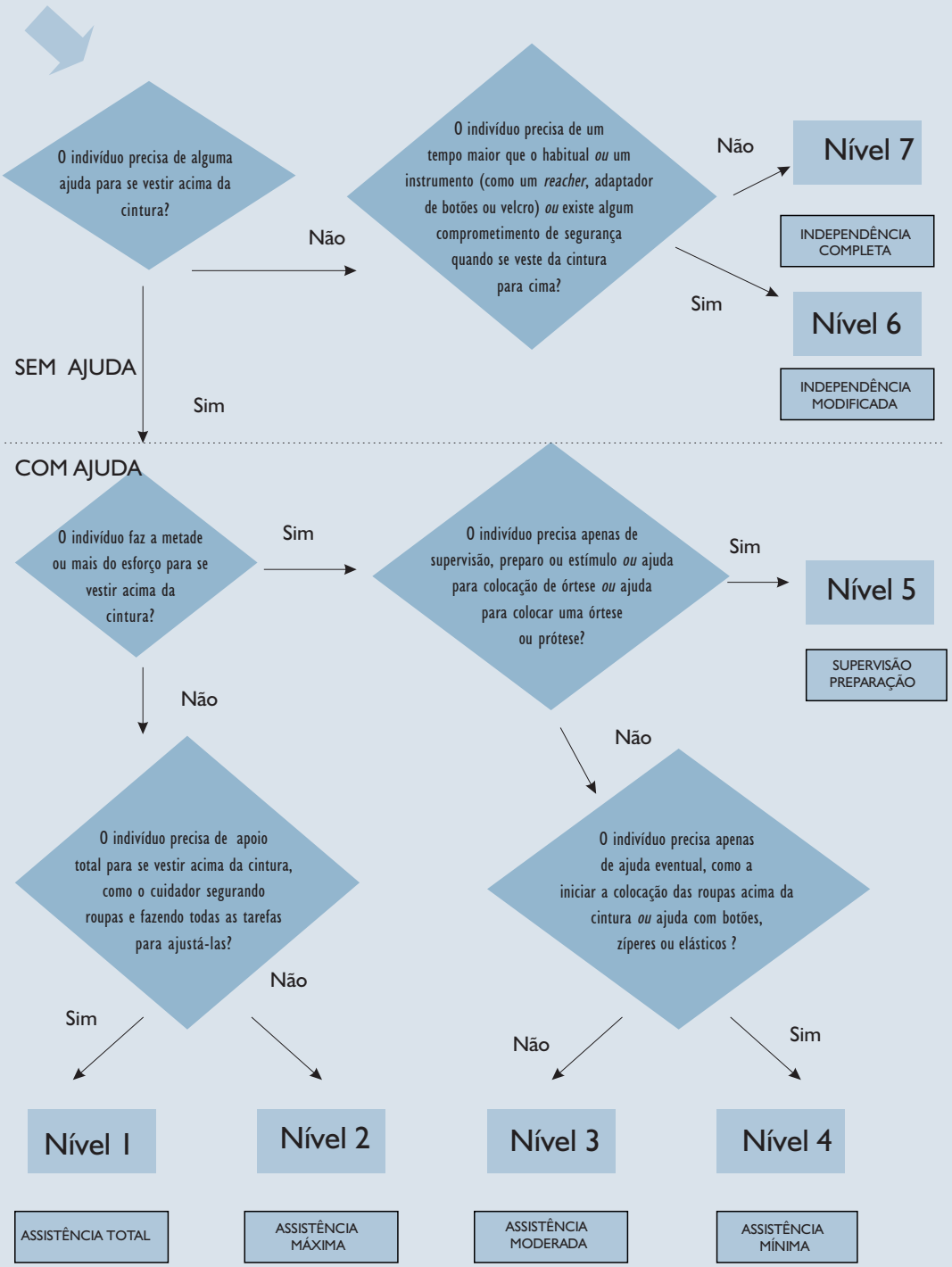
B - Medida de Independência Funcional - Árvore de Decisões - HIGIENE PESSOAL



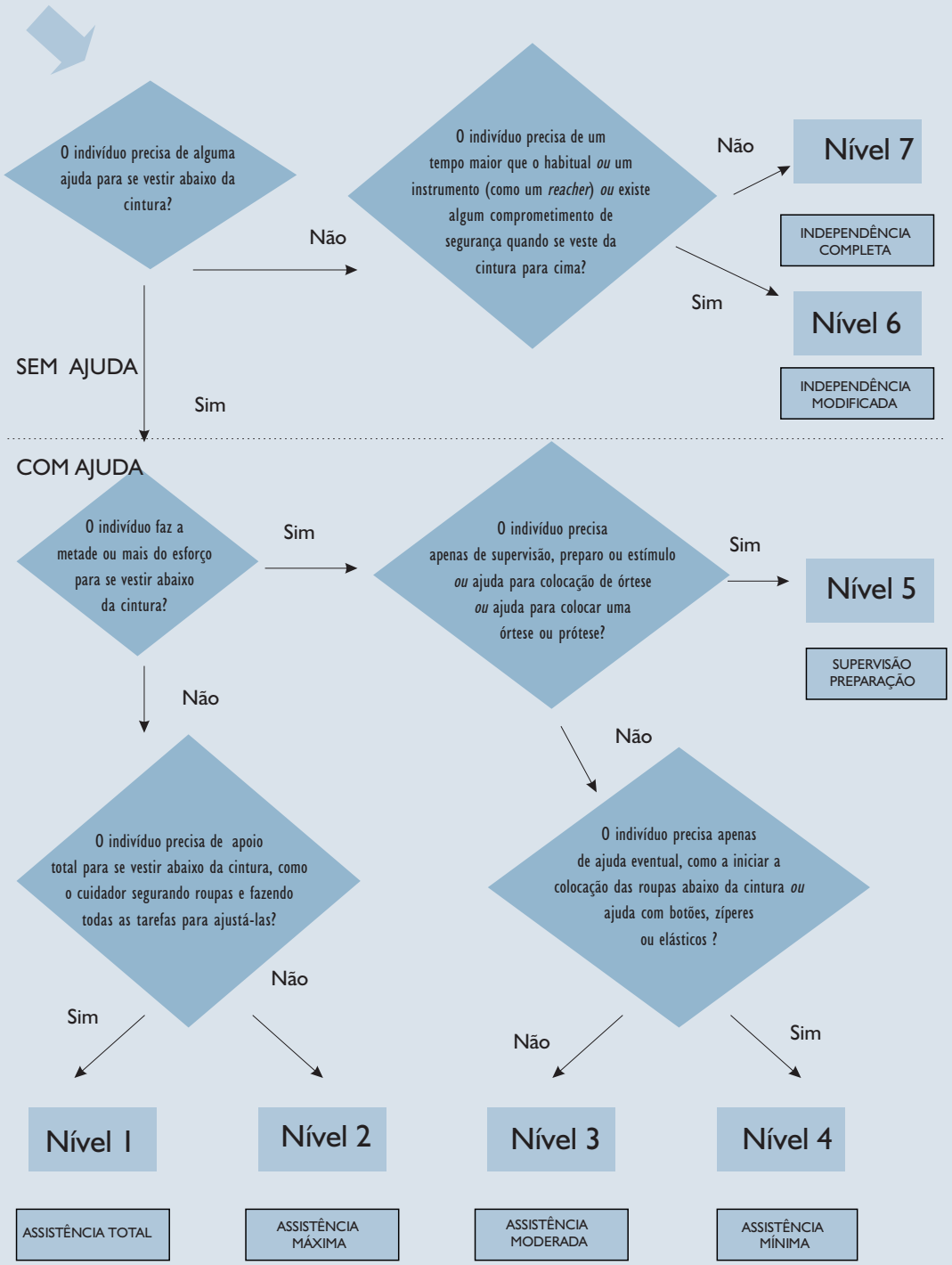
C - Medida de Independência Funcional - Árvore de Decisões - BANHO



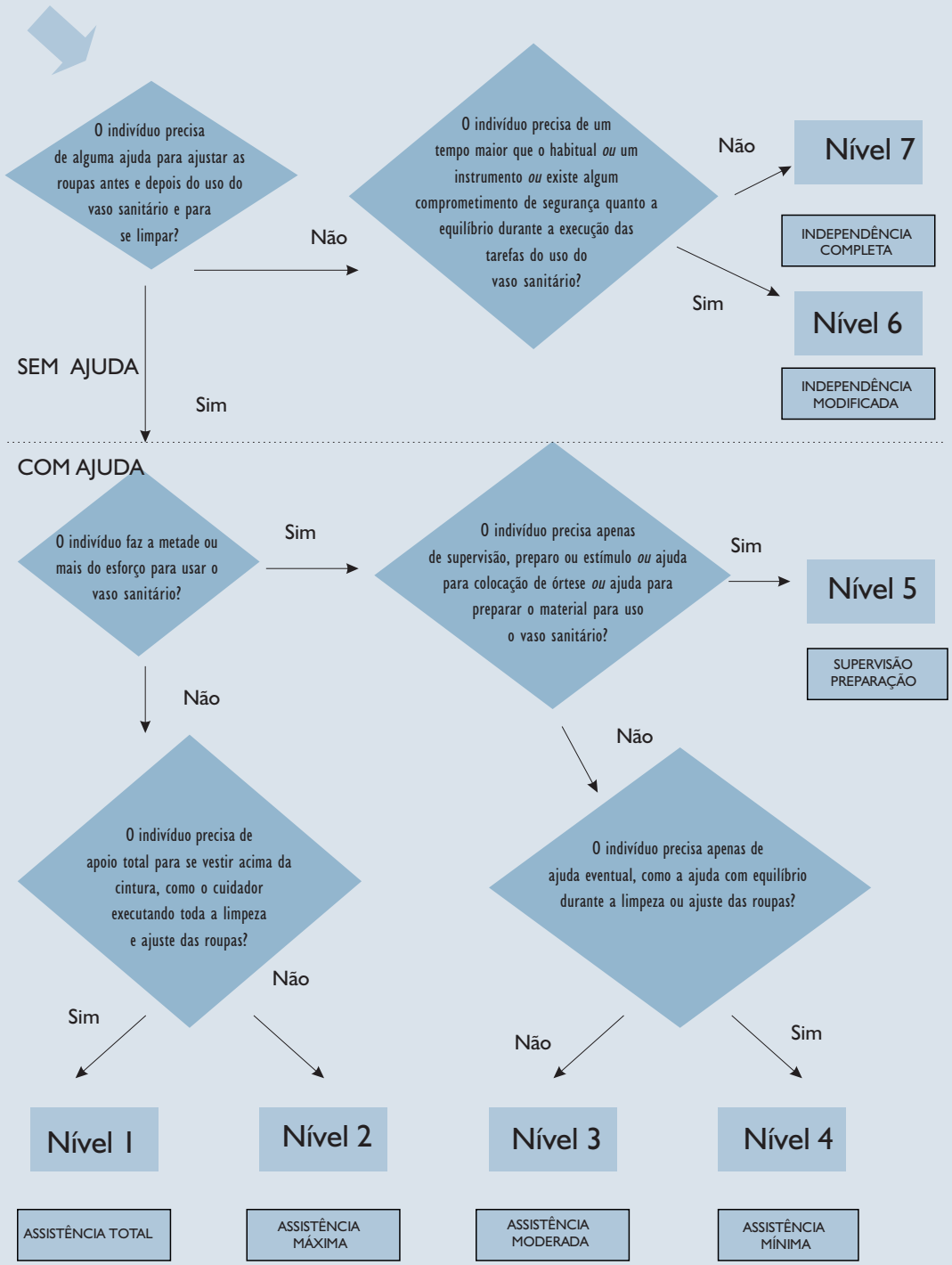
D- Medida de Independência Funcional - Árvore de Decisões - VESTIR-SE ACIMA DA CINTURA



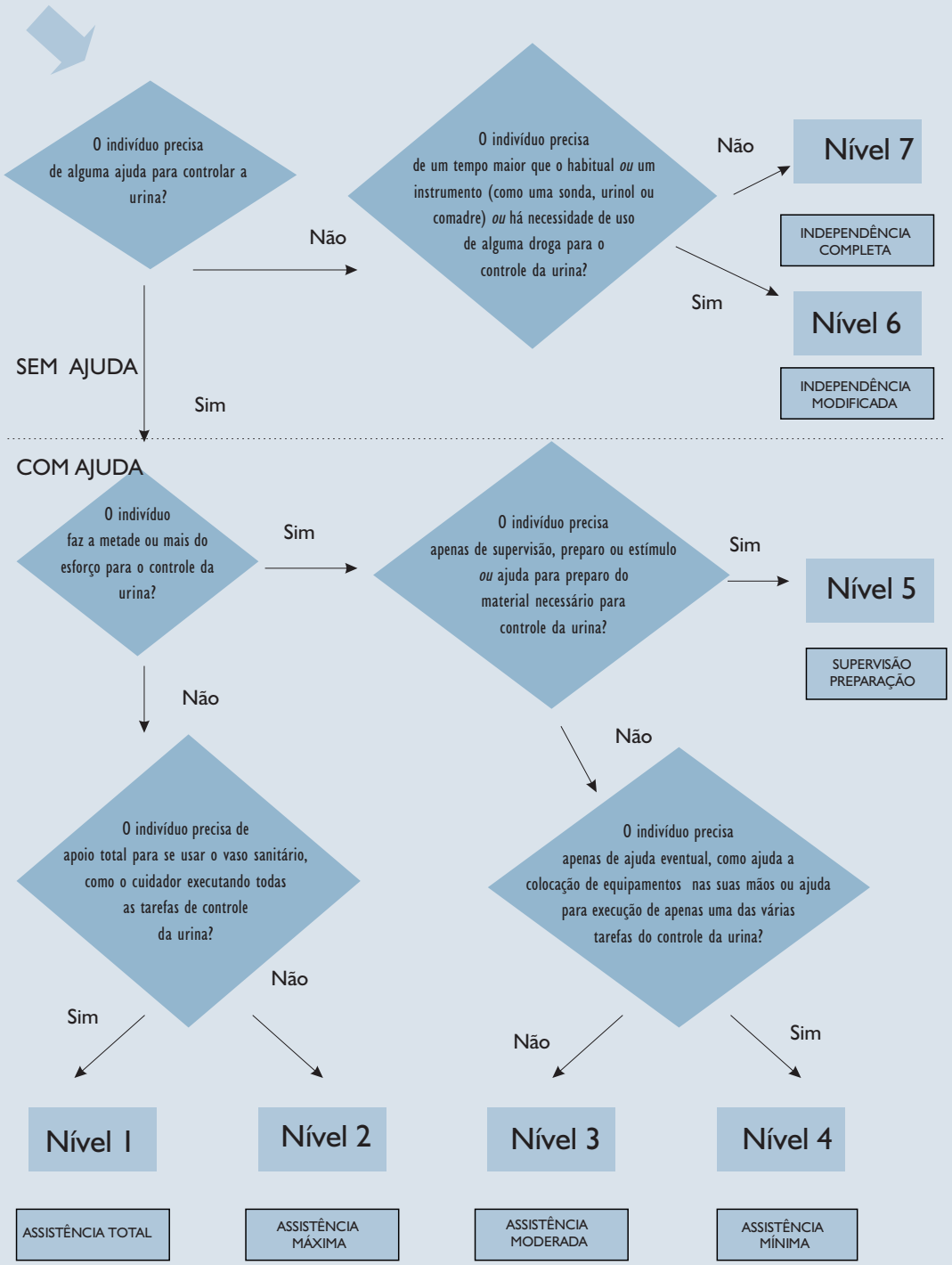
E - Medida de Independência Funcional - Árvore de Decisões - VESTIR-SE ABAIXO DA CINTURA



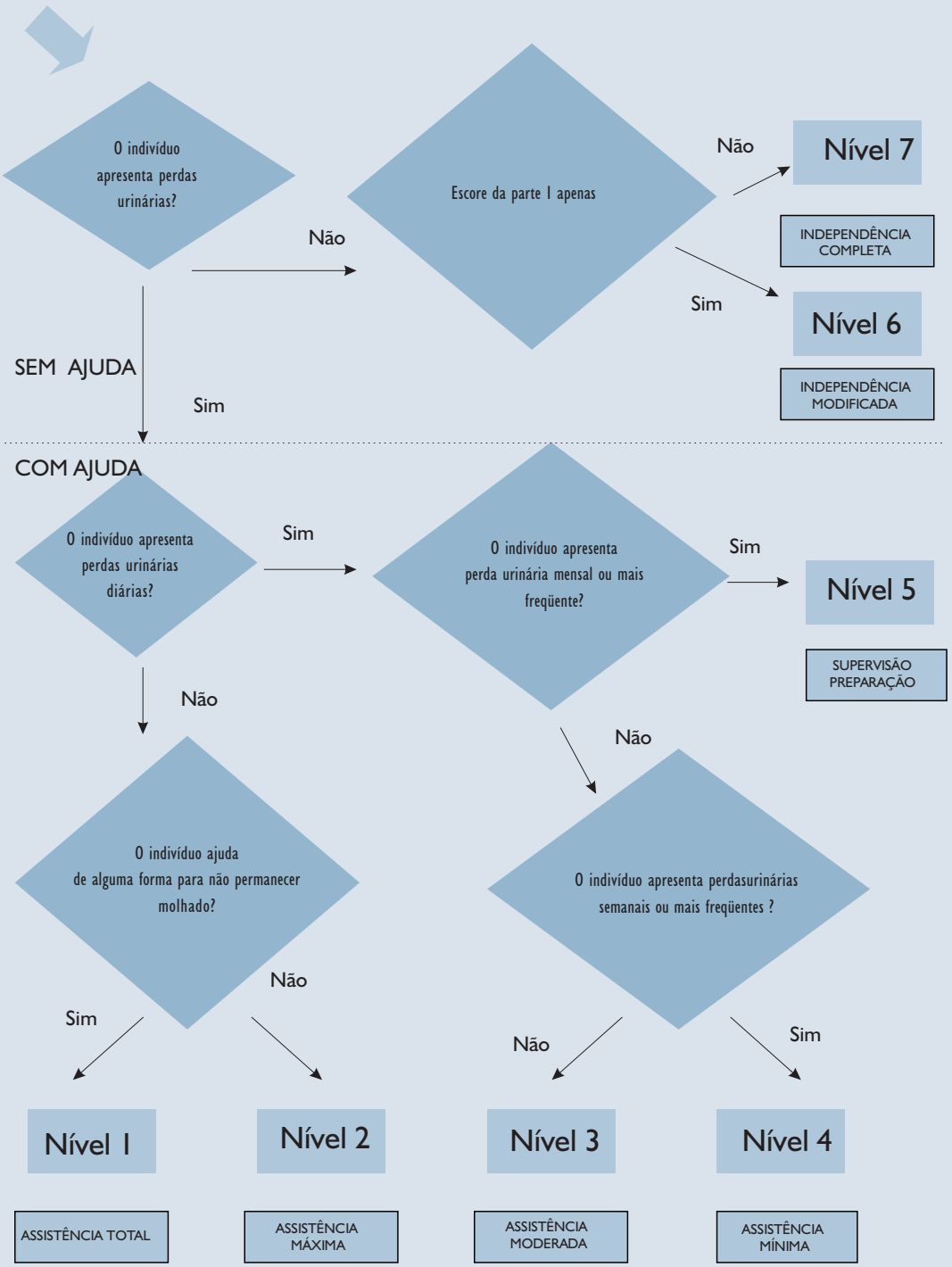
F - Medida de Independência Funcional - Árvore de Decisões - USO DO VASO SANITÁRIO



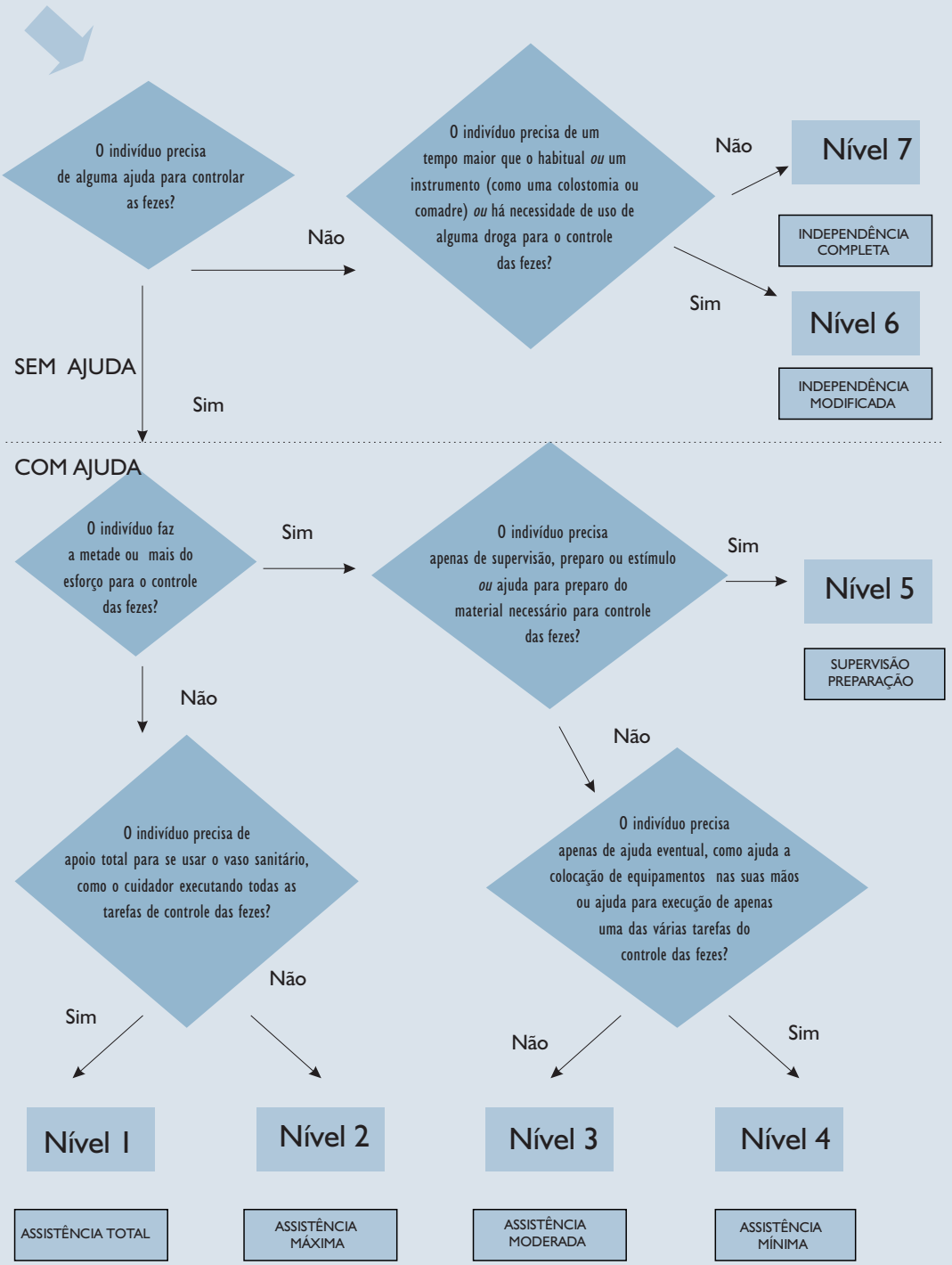
G - Medida de Independência Funcional - Árvore de Decisões - CONTROLE DA URINA - PARTE I



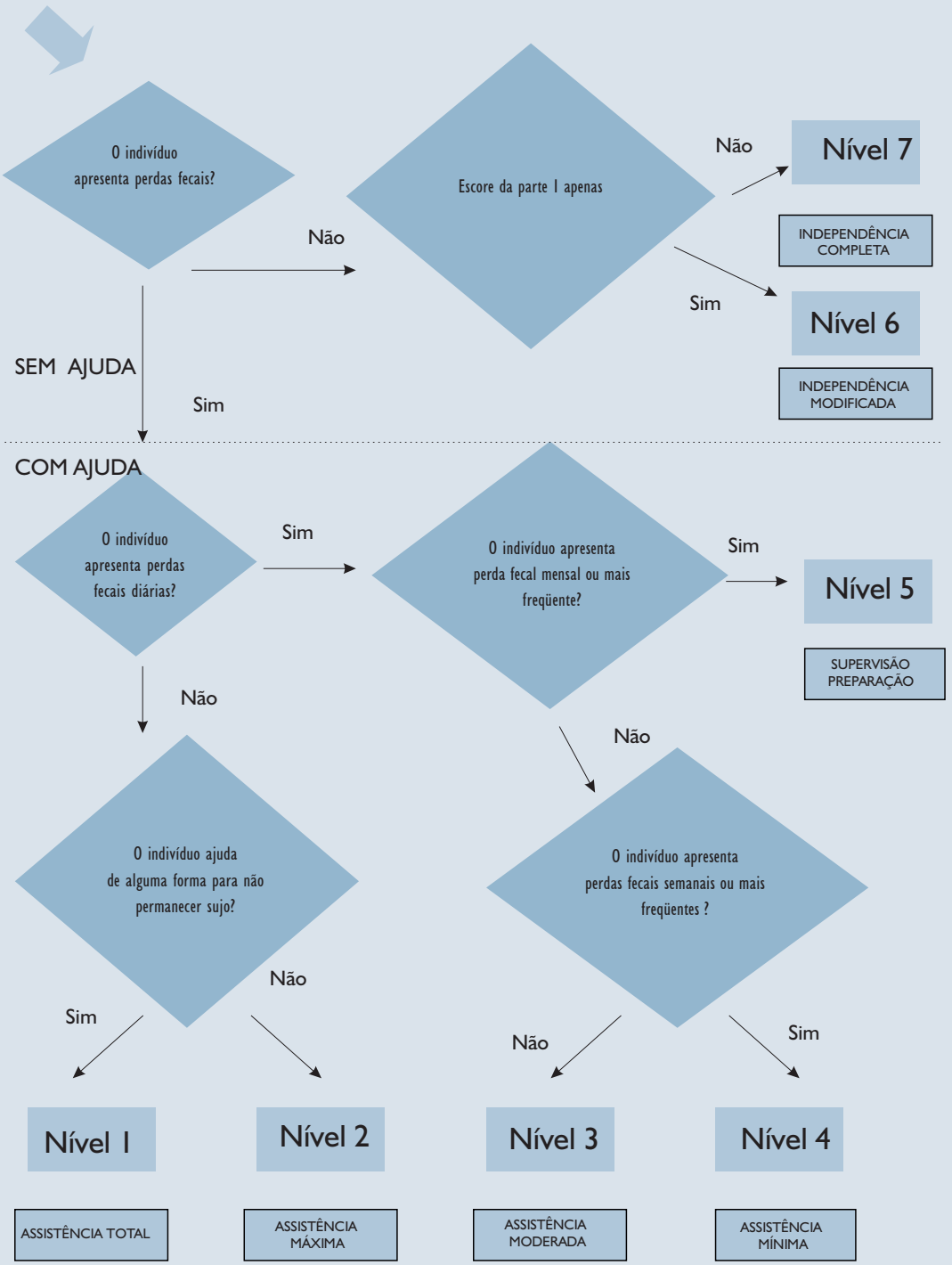
G - Medida de Independência Funcional - Árvore de Decisões - CONTROLE DA URINA - PARTE 2



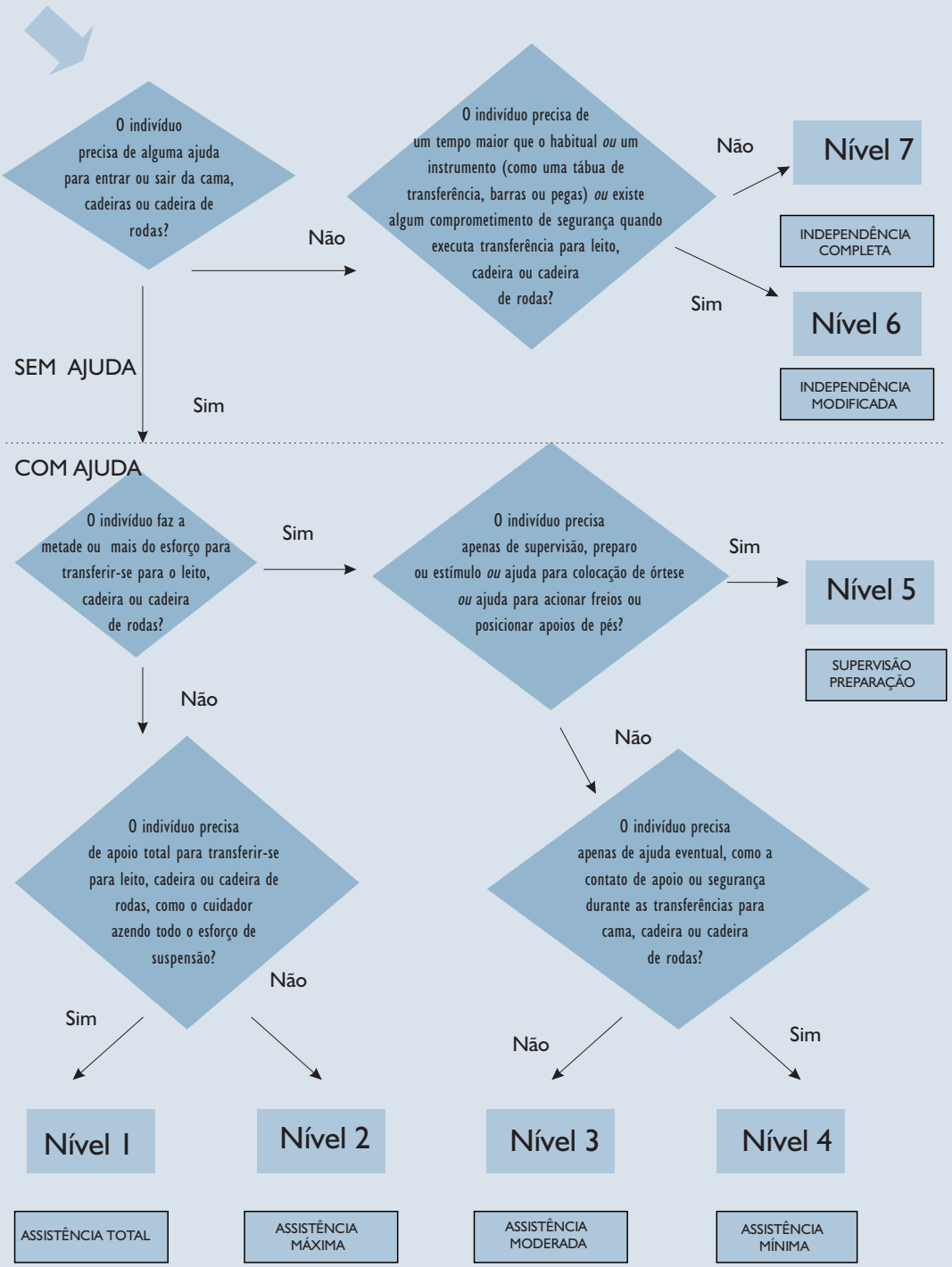
H - Medida de Independência Funcional - Árvore de Decisões - CONTROLE DAS FEZES - PARTE I



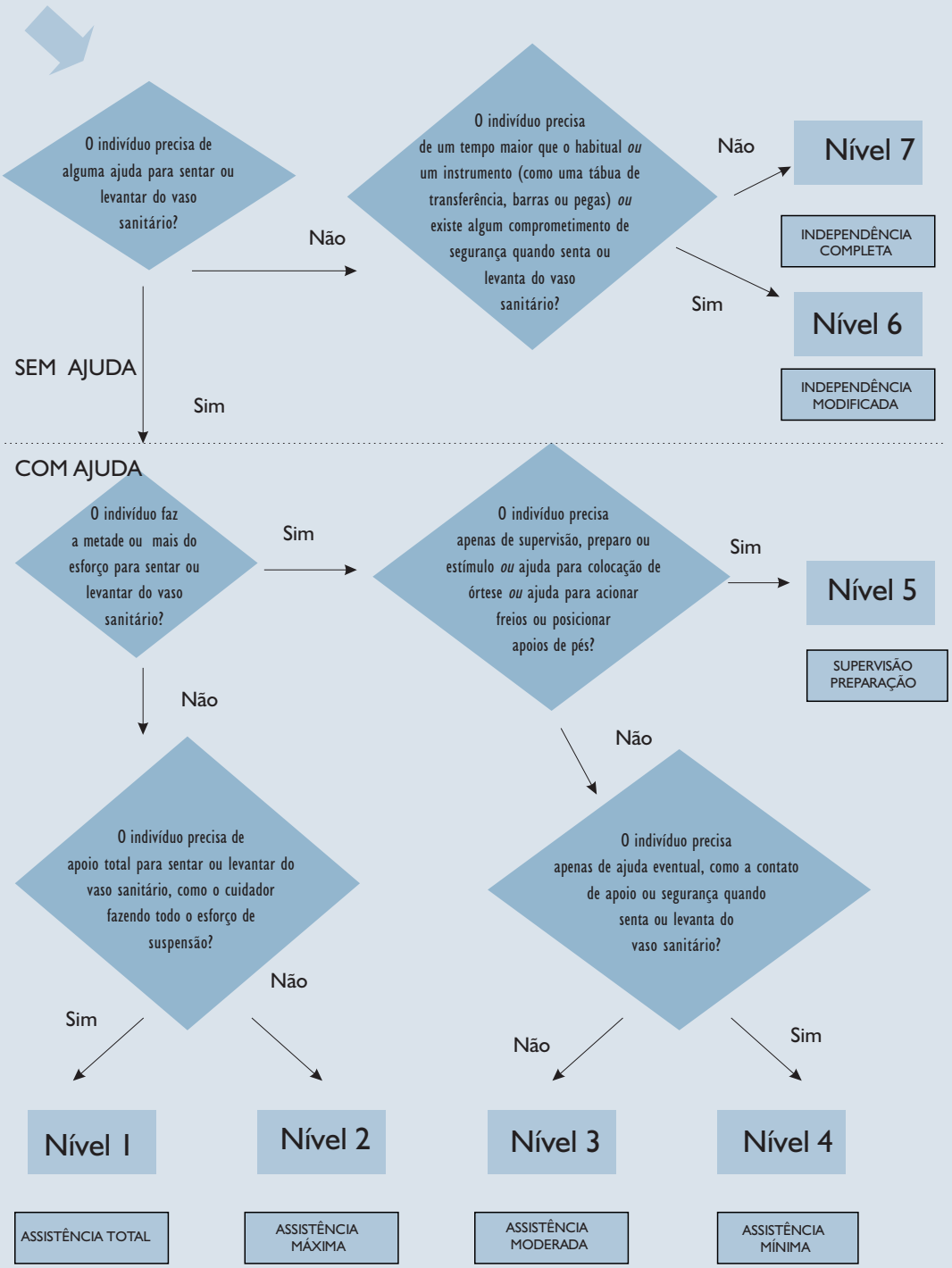
H - Medida de Independência Funcional - Árvore de Decisões - CONTROLE DAS FEZES - PARTE 2



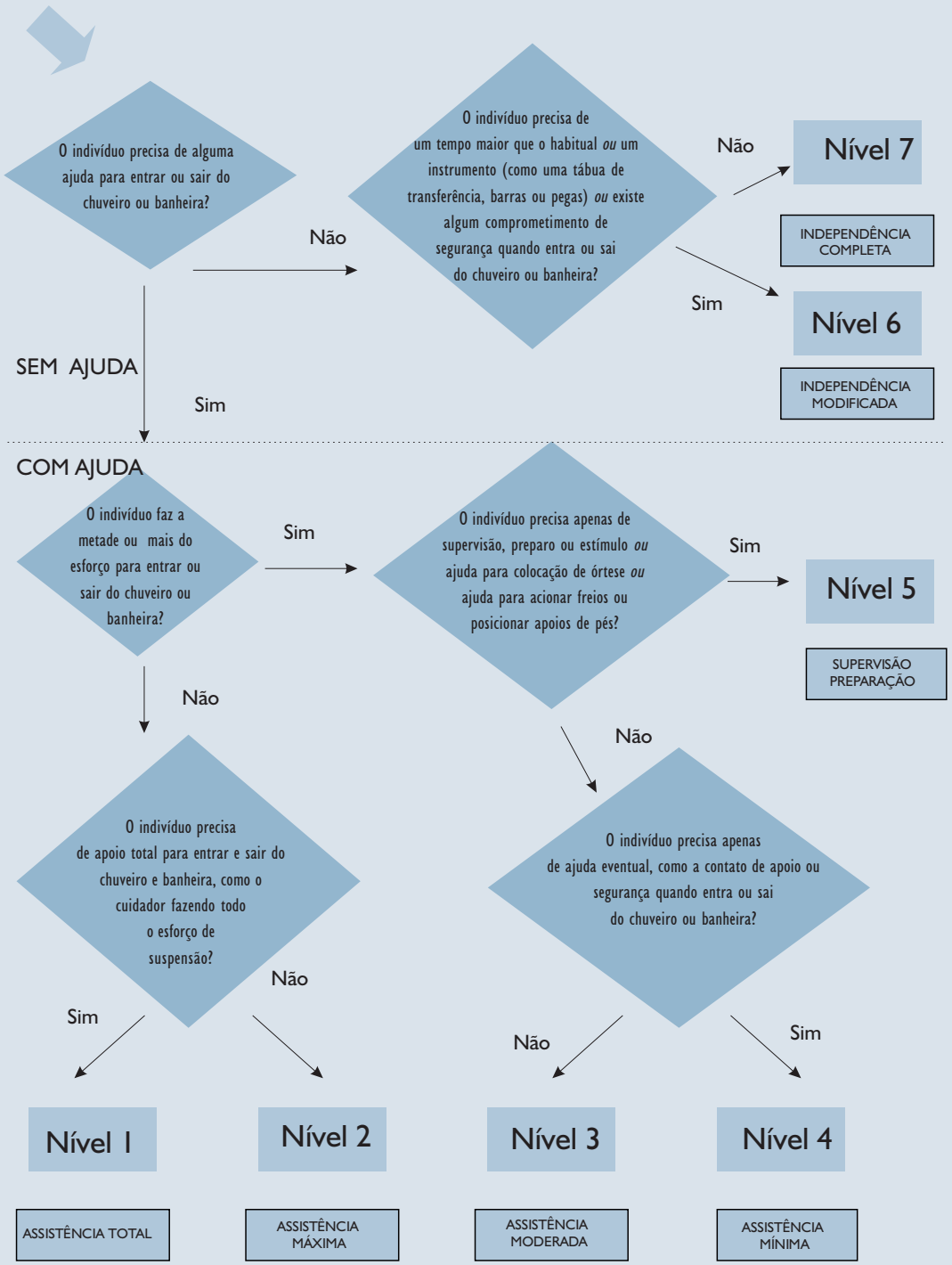
I - Medida de Independência Funcional - Árvore de Decisões - TRANSFERÊNCIAS: LEITO, CADEIRA E CADEIRA DE RODAS



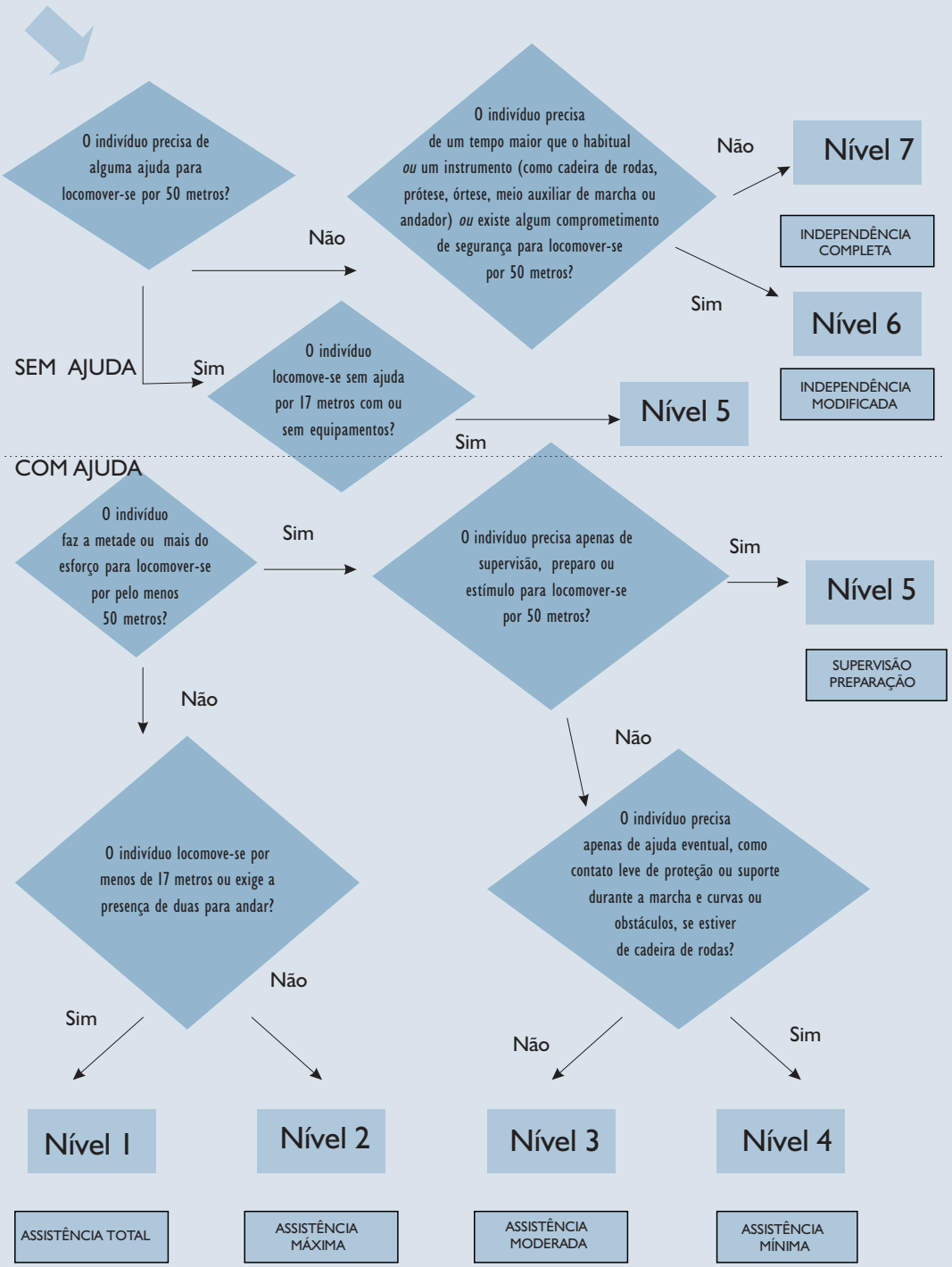
J - Medida de Independência Funcional - Árvore de Decisões - TRANSFERÊNCIAS: VASO SANITÁRIO



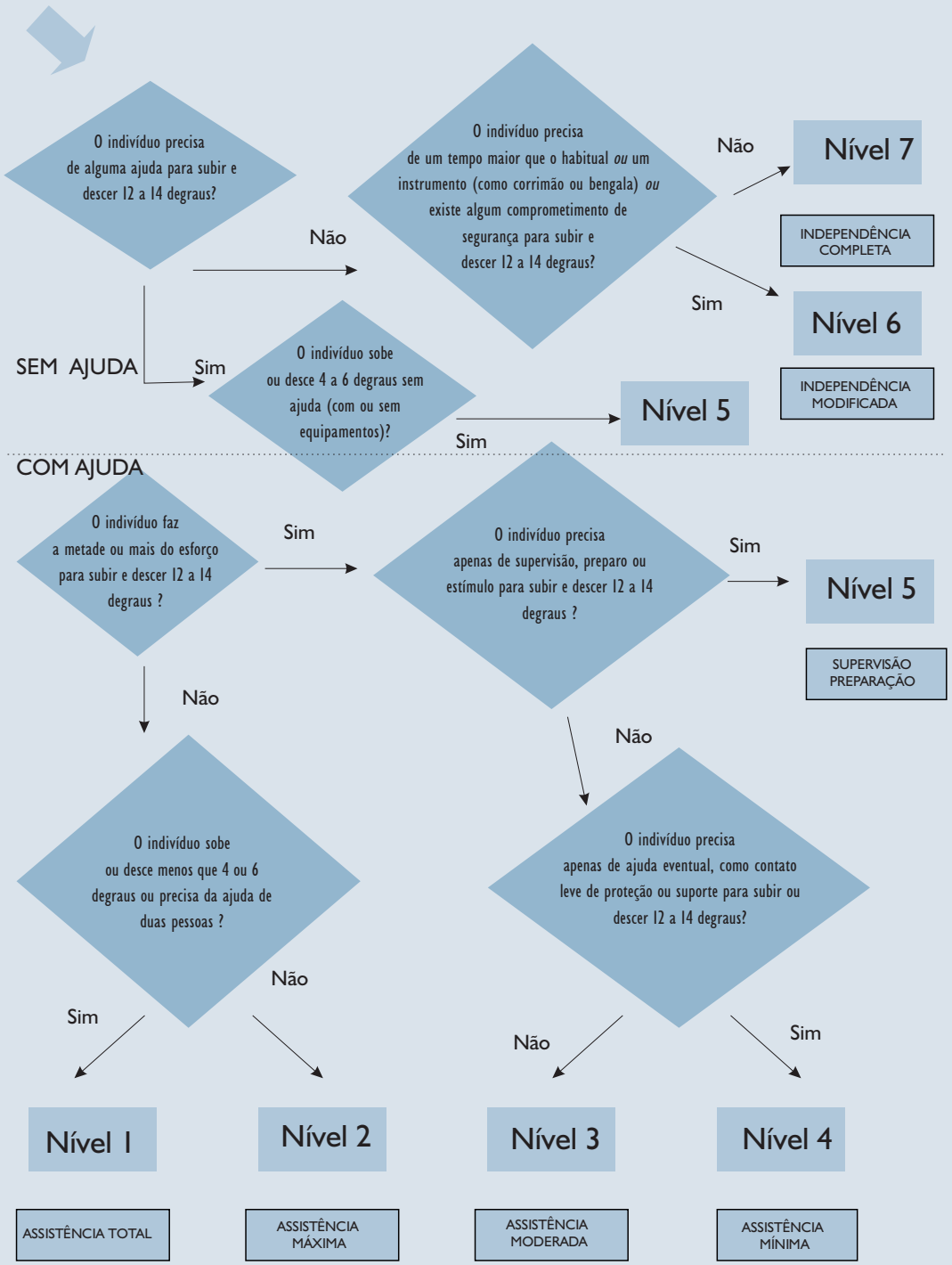
K - Medida de Independência Funcional - Árvore de Decisões - TRANSFERÊNCIAS: CHUVEIRO OU BANHEIRA



L - Medida de Independência Funcional - Árvore de Decisões - LOCOMOÇÃO



M - Medida de Independência Funcional - Árvore de Decisões - LOCOMOÇÃO: ESCADAS



ANEXO 9 – AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR

Existem situações que são freqüentemente observadas no atendimento de idosos fragilizados e/ou dependentes. O reconhecimento da dinâmica de funcionamento familiar permite a detecção de disfunções e possibilita a intervenção precoce na busca do re-equilíbrio dessa estrutura de relações e na melhoria da qualidade assistencial prestada ao idoso. Os profissionais de saúde ao envolver a família no cuidado da pessoa idosa devem considerar que as doenças ou injúrias desenvolvem de alguma forma estresse familiar, interferindo na dinâmica familiar.

Um dos instrumentos utilizados para avaliar a funcionalidade familiar, traduzido, adaptado e validado em nosso meio é o denominado APGAR de Família.

APGAR DE FAMÍLIA

O APGAR representa um acrônimo – palavra forma pela primeira letra de cada item - derivado de: **A**daptation (adaptação), **P**artnership (companherismo), **G**rowth (desenvolvimento), **A**ffection (afetividade) e **R**esolve (capacidade resolutiva). É um eficiente teste de avaliação rápida do funcionamento familiar no cuidado de pessoas dependentes.

Objetivo: possibilita verificar indícios de disfunção familiar permitindo a elaboração de um projeto terapêutico. É 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.
Avaliações dos resultados: Os domínios citados são avaliados por meio de cinco questões simples às quais são atribuídas valores que, ao final, são somados resultando num escore total cuja representação numérica relaciona-se diretamente com uma condição de funcionalidade familiar (boa funcionalidade, moderada ou alta disfuncionalidade). **0 a 4** = elevada disfunção familiar **5 e 6** = moderada disfunção familiar **7 a 10** = boa funcionalidade familiar Altos índices do APGAR demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis e prováveis mudança de papéis, enquanto um baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e pode requerer intervenções apropriadas e urgentes.
Providências com os achados/resultados: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico.

APGAR DE FAMÍLIA

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS	SEMPRE 2	ALGUMASVEZES 1	NUNCA 0
A = Adaptation (Adaptação): 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.	Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
P = Partnership (Companheirismo): 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".	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
G = Growth (desenvolvimento): Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças 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 do apoio, auxílio e orientações mútuas.	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.			
A = Affection (Afetividade): 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.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
R = Resolve (Capacidade resolutiva): 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.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.			

Essa segunda parte é utilizada para auxiliar no diagnóstico de pontos mais vulneráveis no interior das famílias. É composta por dois itens, um relacionado às pessoas que co-habitam e outro para as pessoas que vivem sós.

QUEM VIVE EM SUA CASA*? Faça uma lista por relacionamento/parentesco (por exemplo: cônjuge, pessoa significativa, filho (a) ou amigo(a)				Por favor, assinale a coluna (abaixo) que melhor descreve COMO ATUALMENTE VOCÊ SE DÁ COM CADA MEMBRO DE SUA FAMÍLIA constante da lista		
Relacionamento Parentesco	Idade	Sexo		Bem	Mais ou Menos	Mal
		Masculino	Feminino			

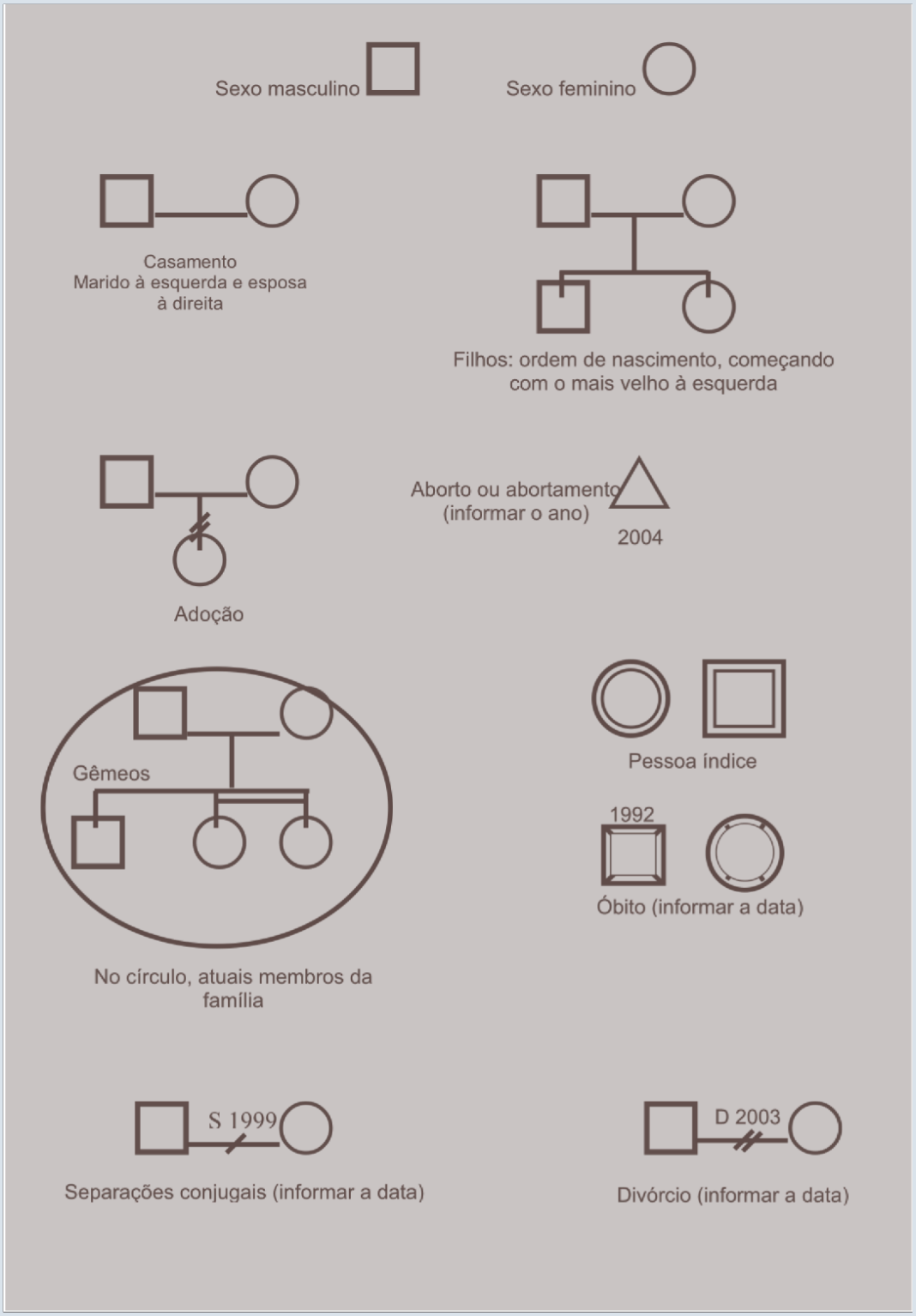
SE VOCÊ MORA SOZINHO (A), POR FAVOR RELACIONE ABAIXO AS PESSOAS A QUEM VOCÊ PROCURA, MAIS FREQÜENTEMENTE, QUANDO PRECISA DE AJUDA Faça uma lista por relacionamento (por exemplo: membro da família, amigo(a), colega de trabalho, vizinho(a), etc).				Por favor, assinale a coluna (abaixo) que melhor descreve COMO ATUALMENTE VOCÊ SE DÁ COM CADA PESSOA constante da lista		
Relacionamento Parentesco	Idade	Sexo		Bem	Mais ou Menos	Mal
		Masculino	Feminino			

ANEXO 10 – GENOGRAMA OU A ÁRVORE FAMILIAR

O Genograma ou a Árvore Familiar é um método de coleta, armazenamento e processamento de informações sobre a família, onde é possível por meio da representação gráfica espacial de todos os seus membros, elaborar o diagrama de um grupo familiar. Permite avaliar a estrutura das famílias, identificando quem faz parte dela, e estabelece aspectos relacionais entre seus membros, o vínculo afetivo, pois possibilita inclusão das relações que são determinantes para melhorar a explicação do problema de saúde-doença, e todos os aspectos relevantes ao planejamento do cuidado em saúde.Desenvolvido como dispositivo de avaliação, planejamento e intervenção familiar, o Genograma pode ser utilizado para auxiliar as famílias a se perceberem como estruturas sistêmicas, com vista a ajudá-las na reestruturação de comportamentos, na melhora dos relacionamentos e vínculos, com vistas a consolidação de aspectos fundamentais ao cuidado dos familiares.Para sua elaboração utiliza-se dos ícones gráficos convencionalmente utilizados em genética e na construção de árvores genealógicas. Sua construção deve sempre partir do indivíduo doente, alvo da preocupação da equipe de saúde. Costuma-se incluir pelo menos três gerações. O importante é que todos os indivíduos, mesmo que não tenham relação familiar direta ao núcleo familiar, mas que contribuem para o estabelecimento da rede de cuidados estejam ali representados, ou seja, na sua elaboração o Genograma deve ser ampliado ao máximo para o estudo do caso.Os membros da família são colocados em séries horizontais que significam linhagem de geração. Crianças são colocadas em linhas verticais em ordem decrescente de classificação (começando pela mais velha). Todos os indivíduos da família devem ser representados. Nome e idade da pessoa devem ser anotados dentro do símbolo (quadrado ou círculo) e dados significativos, anotados fora (deprimido, viaja muito etc). É importante que estejam anotadas todas informações relevante à história da saúde-doença de todos os familiares, em especial as doenças crônico-degenerativas, e os hábitos sejam eles saudáveis ou não. Por exemplo, anotar os tabagistas, os que fazem uso abusivo de bebidas alcoólicas, mas também os que fazem alguma prática corporal/atividade física, porque potencialmente podem ser chaves para a contribuírem com mudanças de hábitos positivas no grupo familiar. Deve ser anotado também, aspectos sobre a morte de cada um dos membros familiares. É importante salientar que o genograma constitui-se num retrato momentâneo da família, que deve continuamente ser atualizado, pois a família se modifica dia a dia.

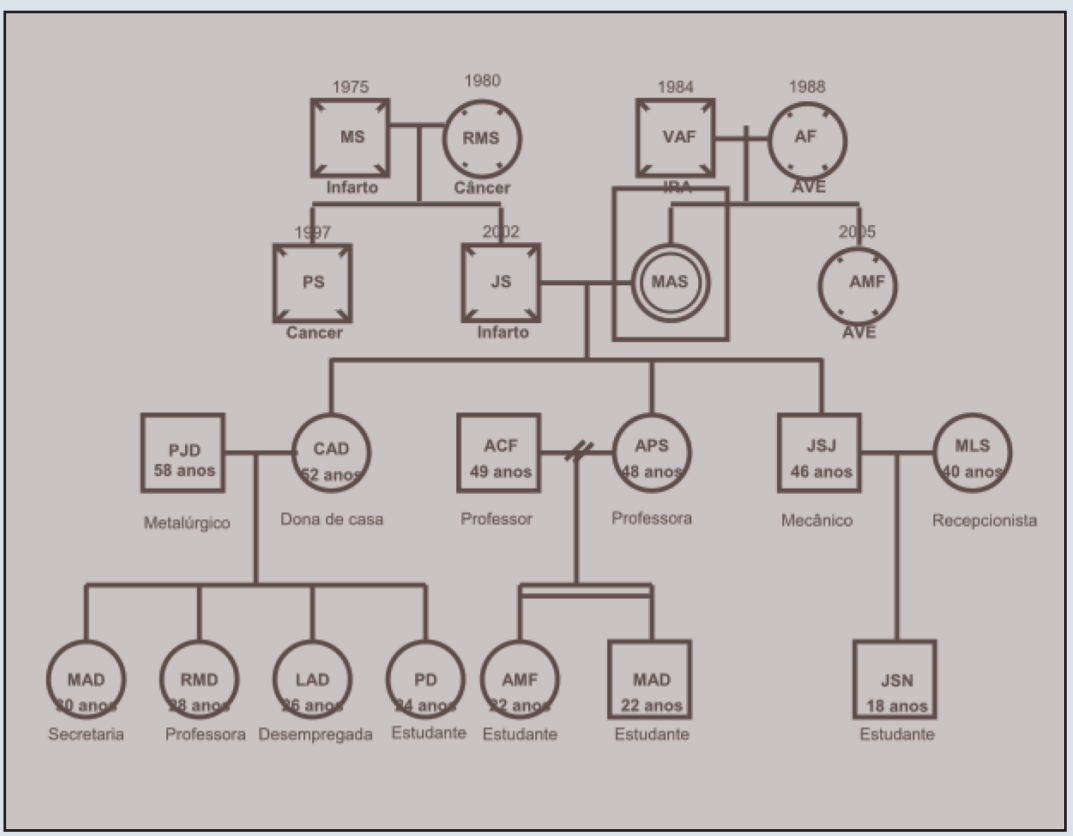
Objetivo: avaliação da estrutura familiar e das relações na perspectiva de avaliação dos riscos familiares, para a explicação de fatores que possam contribuir para o desequilíbrio do processo saúde-doença na família, com vistas a propiciar elementos que possam subsidiar planos terapêuticos integrais, ou seja, com ações de prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde, especialmente, quando se faz necessária à adoção de um elemento externo (familiar ou não) como cuidador.

SÍMBOLOS UTILIZADOS NOS GENOGRAMAS



EXEMPLO DE GENOGRAMA

Sra. MAS, 78 anos, viúva há 4 anos, morando sozinha desde então. Possui três filhos (duas mulheres e um homem) e 7 netos. Uma filha é divorciada. Tem diagnóstico de hipertensão e diabetes e é acompanhada por uma equipe de saúde da família. Sofreu um desmaio em casa e foi socorrida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Foi internada com diagnóstico de AVE isquêmico e apresentou seqüela neurológica com hemiplegia D e com comprometimento no desempenho de todas as atividades básicas de vida diária, impossibilitando-a de continuar a residir sozinha. O agente comunitário de saúde informou a equipe da alta da Sra. MAS e solicitou uma reunião entre equipe e a família para a elaboração de um projeto terapêutico.



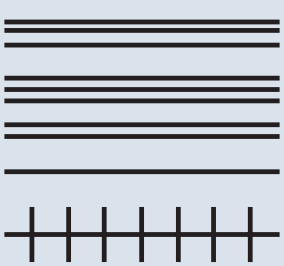
ANEXO 11 – AVALIAÇÃO DOS RECURSOS FAMILIARES E COMUNITÁRIOS (ECOMAPA)

O ecomapa é um diagrama do contato da família com o meio externo. Representa uma visão geral da situação da família; retrata as relações importantes de educação ou aquelas oprimidas por conflitos entre a família e o mundo. Demonstra o fluxo ou a falta de recursos e as privações. Este procedimento de mapeamento delineia a natureza das interfaces e pontos de intermediação, pontes a construir e recursos a serem buscados e mobilizados para os conflitos.

Objetivo: representação dos relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos. Desenvolvido como dispositivos de avaliação, planejamento e intervenção familiar, pode ser utilizados para reestruturar comportamentos, relacionamentos e vínculos no tempo com as famílias bem como modificar as percepções das famílias sobre si mesmas.

Avaliações dos resultados: Para se desenhar o ecomapa, é interessante, durante a entrevista, explorar os vínculos entre os membros da família e outras pessoas e instituições. Verifique se os mesmos participam das atividades dessas instituições e se há reciprocidade nas relações. O detalhamento do ecomapa contribui para a construção visual da rede de suporte social desse idoso o que, em muito poderá auxiliar no planejamento assistencial. Colocam-se círculos externos ao redor da família que representam pessoas ou instituições que se relacionam com essa família. Esses são ligados à família por linhas que representam os vínculos afetivos existentes.

Símbolos utilizados no diagrama de vínculos:



Vínculos fortes

Vínculos moderados

Vínculos superficiais

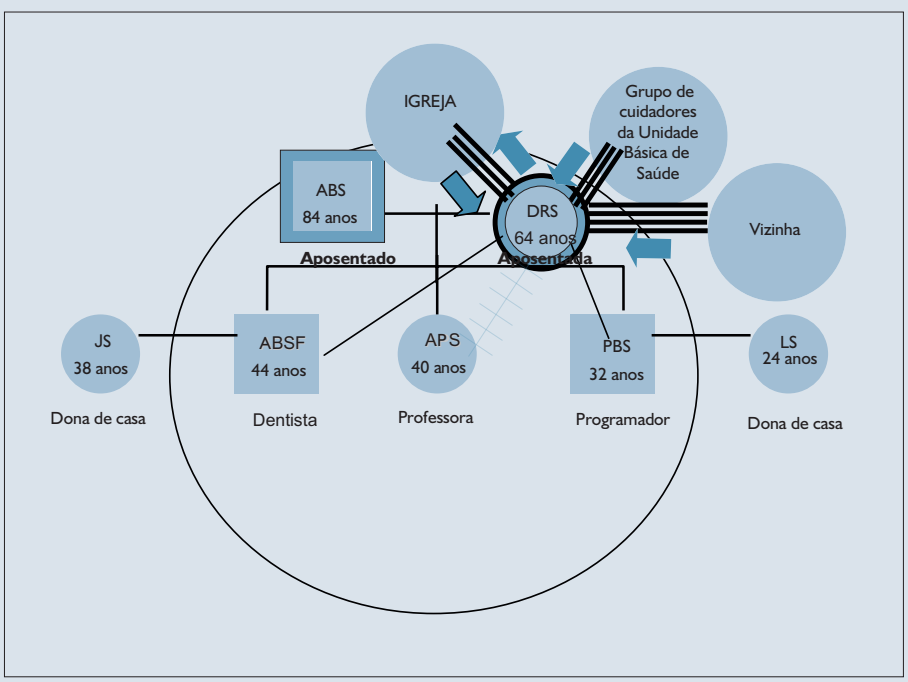
Vínculos muito superficiais

Vínculos estressantes

Setas podem ser utilizadas indicando o fluxo de energia e recursos.

EXEMPLO DE ECOMAPA

O Sr. ABS, 84 anos, com diagnósticode Alzheimer em estágio avançado é totalmente dependente nas atividades de vida diária. É cuidado por sua esposa, Sra. DRS, 64 anos. O casal mora sozinho em residência própria. Ambos recebem aposentadoria que soma um total de cerca de 3 salários-mínimos. Possuem três filhos, dois homens e uma mulher, sendo que os dois primeiros residem em outros estados e raramente visitam os pais. A filha sempre teve uma relação conflituosa com os pais visitando-os raramente. Desde que o marido adoeceu, a Sra. DRS freqüenta as reuniões do Grupo de Cuidadores na Unidade Básica de Saúde, e quando sai, pede à sua vizinha que cuide do Sr. ABS. As duas possuem uma relação muito forte, freqüentam a mesma igreja que desenvolve um trabalho voluntário de cuidado à enfermos. São acompanhados pela Saúde da Família e possuem um excelente relacionamento com a equipe que os visitam de acordo com o estabelecido no projeto terapêutico.



ANEXO 12 – AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES (Zarit)

Essa avaliação serve para avaliar se os cuidadores de idosos estão sobrecarregados. Deve ser aplicada para o cuidador principal - pessoa que mais ajuda a pessoa idosa. A entrevista deverá ser realizada sem a presença da pessoa idosa.

Objetivo: avaliar estresse nos cuidadores.
Avaliações dos resultados: A avaliação compreende uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas, se sentem ao cuidar de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, deve ser indicado com que freqüência o cuidador se sente em relação ao que está sendo perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, freqüentemente ou sempre). Não existem respostas certas ou erradas.
Providências com os achados/resultados: altos escores indicam estresse dos cuidadores e, nesses casos, a equipe deve discutir o planejamento assistencial mais adequado.

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Sempre
1. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) pede mais ajuda do que ele(a) necessita?					
2. O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o (a) Sr(a) gasta com NOME DO IDOSO(A) não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?					
3. O(a) Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de NOME DO IDOSO(A) e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O(a) Sr(a) sente envergonhado(a) com o comportamento de NOME DO IDOSO(A)?					
5. O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
6. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro de NOME DO IDOSO(A)?					
8. O(a) Sr(a) sente que de NOME DO IDOSO(A) depende do(a) Sr(a)?					
9. O(a) Sr(a) se sente tenso(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
10. O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com NOME DO IDOSO(A)?					

11. O(a) Sr(a) sente que Não tem tanta privacidade como gostaria por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
12. O(a) Sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					
13. O(a) Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
14. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) espera que o(a) Sr(a) cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					
15. O(a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de NOME DO IDOSO(A) somando-se às suas outras despesas?					
16. O(a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de NOME DO IDOSO(A) por muito mais tempo?					
17. O(a) Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de NOME DO IDOSO(A)?					
18. O(a) Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de NOME DO IDOSO(A)?					
19. O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por NOME DO IDOSO(A)?					
20. O(a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por NOME DO IDOSO(A)?					
21. O(a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de NOME DO IDOSO(A)?					
22. De uma maneira geral, quanto o(a) Sr(a) se sente sobrecarregado por cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					

ANEXO 13 – AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE VIOLÊNCIA E MAUS TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA

AVALIAÇÃO DE VIOLÊNCIA E MAUS TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA

Instrumento desenvolvido em Porto Rico para avaliar possíveis situações de violência contra as pessoas idosas. Deve ser aplicado junto à pessoa idosa sozinha, evitando-se situações constrangedoras.

Objetivo: identificar situações de violência.
Avaliações dos resultados: respostas afirmativas em qualquer questão sugerem situação de violência que deverá ser minuciosamente avaliada.
Providências com os achados/resultados: Na confirmação da situação de violência, fazer a notificação e encaminhar aos órgãos competentes de cada região.

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 questão 3)	( ) ( )
2.	Com que freqüência?	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 questão 5)	( ) ( )
4.	Com que freqüência?	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 questão 7)	( ) ( )
6.	Com que freqüência?	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 questão 9)	( ) ( )

8.	Com que freqüência?	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 esbofeteado?	Sim Não (vá para questão 11)	( ) ( )
10.	Com que freqüência?	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 segurado de forma intimidadora ou ameaçadora?	Sim Não (vá para questão 13)	( ) ( )
12.	Com que freqüência?	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 freqüência?	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	( ) ( ) ( ) ( ) ( )

ANEXO 14 – DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA AS PESSOAS IDOSAS

São orientações práticas sobre ter uma Alimentação Saudável. Algumas falam de porções de alimentos. Ao final dos Dez Passos, você encontrará tabelas com os diferentes grupos de alimentos e o tamanho das porções recomendadas para o consumo diário. Caso tenha dúvidas, peça ajuda para um profissional de saúde.

1° PASSO: FAÇA PELO MENOS 3 REFEIÇÕES (CAFÉ DA MANHÃ, ALMOÇO E JANTAR) E 2 LANCHES SAUDÁVEIS POR DIA. NÃO PULE AS REFEIÇÕES!

Aprecie a sua refeição, sente-se confortavelmente à mesa, de preferência em companhia de outras pessoas. Coma devagar, mastigando bem os alimentos. Saboreie refeições variadas dando preferência a alimentos saudáveis típicos da sua região e disponíveis na sua comunidade.

Caso você tenha dificuldade de mastigar, os alimentos sólidos, como carnes, frutas, verduras e legumes, esses podem ser picados, ralados, amassados, desfiados, moídos ou batidos no liquidificador. Não deixe de comer esses alimentos.

Escolha os alimentos mais saudáveis, conforme orientações abaixo, lendo as informações e a composição nutricional nos rótulos. Caso tenha dificuldade na leitura ou para entender a informação, peça ajuda.

2° PASSO: INCLUA DIARIAMENTE 6 PORÇÕES DO GRUPO DOS CEREAIS (ARROZ, MILHO E TRIGO PÃES E MASSAS), TUBÉRCULOS COMO A BATATA, RAÍZES COMO MANDIOCA/ MACAXEIRA/ AIPIM, NAS REFEIÇÕES. DÊ PREFERÊNCIA AOS GRÃOS INTEGRAIS E AOS ALIMENTOS NA SUA FORMA MAIS NATURAL.

- Alimentos como cereais (arroz, milho, trigo pães e massas), de preferência integrais; tubérculos (como as batatas) e raízes (como a mandioca/macaxeira/aipim) são as mais importantes fontes de energia e devem ser os principais componentes da maioria das refeições. Esses alimentos são ricos em carboidratos. Distribua as 6 porções desses alimentos nas principais refeições diárias (café da manhã, almoço e jantar) e nos lanches entre elas.
- Nas refeições principais, preencha metade do seu prato com esses alimentos. Se utilizar biscoitos para os lanches, leia os rótulos: escolha os tipos e as marcas com menores quantidades de gordura total, gordura saturada, gordura trans e sódio. Esses ingredientes, se consumidos em excesso, são prejudiciais à sua saúde.

3° PASSO: COMA DIARIAMENTE PELO MENOS 3 PORÇÕES DE LEGUMES E VERDURAS COMO PARTE DAS REFEIÇÕES E 3 PORÇÕES OU MAIS DE FRUTAS NAS SOBREMESAS E LANCHES

- Frutas, legumes e verduras são ricos em vitaminas, minerais e fibras, e devem estar presentes diariamente em todas as refeições e lanches, pois evitam a prisão de ventre, contribuem para proteger a saúde e diminuir o risco de várias doenças. E qual a diferença entre eles?
    - **FRUTAS** – são as partes polposas que rodeiam a semente da planta. Possuem aroma característico, são ricas em suco e têm sabor adocicado. Acerola, laranja, tangerina, banana e maçã são exemplos de frutas.

- **LEGUMES** – são os frutos ou sementes comestíveis da planta ou partes que se desenvolvem na terra. São eles a cenoura, beterraba, abobrinha, abóbora, pepino, cebola, etc.
- **VERDURAS** – são folhas comestíveis, flores, botões ou hastes tais como: acelga, agrião, aipo, alface, almeirão, etc.

· Varie os tipos de frutas, legumes e verduras consumidos durante a semana. Compre os alimentos da época (estação) e esteja atento para a qualidade e o estado de conservação deles. Procure combinar verduras e legumes de maneira que o prato fique colorido, garantindo, assim, diferentes nutrientes. Sucos naturais de fruta feitos na hora são os melhores; a polpa congelada perde alguns nutrientes, mas ainda é uma opção melhor que os sucos artificiais, em pó ou em caixinha.

4º PASSO: COMA FEIJÃO COM ARROZ TODOS OS DIAS OU, PELO MENOS, 5 VEZES POR SEMANA. ESSE PRATO BRASILEIRO É UMA COMBINAÇÃO COMPLETA DE PROTEÍNAS E BOM PARA A SAÚDE.

- Coloque no prato 1 parte de feijão para 2 partes de arroz, cozidos. Varie os tipos de feijões usados - preto, da colônia, manteiguinha, carioquinha, verde, de corda, branco e outros - e as formas de preparo. Use também outros tipos de leguminosas - soja, grão de bico, ervilha seca, lentilha, fava.
- As sementes - de abóbora, de girassol, gergelim e outras - e as castanhas - do Brasil, de caju, amendoim, nozes, nozes-pecan, amêndoas e outras - são fontes de proteínas e de gorduras de boa qualidade.

5º PASSO: CONSUMA DIARIAMENTE 3 PORÇÕES DE LEITE E DERIVADOS E 1 PORÇÃO DE CARNES, AVES, PEIXES OU OVOS. RETIRAR A GORDURA APARENTE DAS CARNES E A PELE DAS AVES ANTES DA PREPARAÇÃO TORNA ESSES ALIMENTOS MAIS SAUDÁVEIS!

- Leite e derivados são as principais fontes de cálcio na alimentação e você pode escolher os desnatados ou semi-desnatados. Carnes, aves, peixes e ovos também fazem parte de uma alimentação nutritiva e contribuem para a saúde e para o crescimento saudável. Todos são fontes de proteínas, vitaminas e minerais.
- Procure comer peixe fresco pelo menos duas vezes por semana; tanto os de água doce como salgada são saudáveis. Coma pelo menos uma vez por semana vísceras e miúdos, como o fígado bovino, moela, coração de galinha, entre outros.

6º PASSO: CONSUMA, NO MÁXIMO, 1 PORÇÃO POR DIA DE ÓLEOS VEGETAIS, AZEITE, MANTEIGA OU MARGARINA.

- Reduza o consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura aparente, embutidos - salsicha, lingüiça, salame, presunto e mortadela -, queijos amarelos, frituras e salgadinhos, para, no máximo, 1 vez por semana.
- Cozinhar usando pequenas quantidades de óleo vegetal - canola, girassol, milho, algodão e soja. Uma lata de óleo por mês é suficiente para uma família de 4 pessoas. Use azeite de oliva para temperar saladas, sem exagerar na quantidade.
- Prepare os alimentos de forma a usar pouca quantidade de óleo, como assados, cozidos, ensopados e grelhados. Evite cozinhar com margarina, gordura vegetal ou manteiga. Na hora da compra, dê preferência a margarinas sem gorduras trans (tipo de gordura que faz mal à saúde) ou marcas com menor quantidade desse ingrediente (procure no rótulo essa informação).

7º PASSO: EVITE REFRIGERANTES E SUCOS INDUSTRIALIZADOS, BOLOS, BISCOITOS DOCES E RECHEADOS, SOBREMESAS DOCES E OUTRAS GULOSEIMAS COMO REGRA DA ALIMENTAÇÃO. COMA-OS, NO MÁXIMO, 2 VEZES POR SEMANA.

- Consuma no máximo uma porção do grupo dos açúcares e doces por dia. Valorize o sabor natural dos alimentos e das bebidas evitando ou reduzindo o açúcar adicionado a eles. Diminua o consumo de refrigerantes e de sucos industrializados. Prefira bolos, pães e biscoitos doces preparados em casa, com pouca quantidade de gordura e açúcar, sem cobertura ou recheio.

8º PASSO: DIMINUA A QUANTIDADE DE SAL NA COMIDA E RETIRE O SALEIRO DA MESA.

- A quantidade de sal utilizada deve ser de, no máximo, uma colher de chá rasa por pessoa, distribuída em todas as refeições do dia. Use somente sal iodado.
- O sal usado na ração de animais, principalmente na zona rural, não deve ser utilizado para consumo humano, uma vez que é prejudicial à saúde.
- Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, presunto, charque e embutidos (salsicha, lingüiça, salame, mortadela), salgadinhos industrializados, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos. Leia o rótulo dos alimentos e prefira aqueles com menor quantidade de sódio.
- Para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos, utilize temperos como cheiro verde/salsa/cebolinha/coentro, alho, cebola e ervas frescas e secas ou suco de frutas, como limão.

9º PASSO: BEBA PELO MENOS 2 LITROS (6 A 8 COPOS) DE ÁGUA POR DIA. DÊ PREFERÊNCIA AO CONSUMO DE ÁGUA NOS INTERVALOS DAS REFEIÇÕES.

- A água é muito importante para o bom funcionamento do organismo. O intestino funciona melhor, a boca se mantém mais úmida e o corpo mais hidratado. Use água tratada, fervida ou filtrada para beber e preparar refeições e sucos. Bebidas açucaradas como refrigerantes e sucos industrializados não devem substituir a água.

10º PASSO: TORNE SUA VIDA MAIS SAUDÁVEL. PRATIQUE PELO MENOS 30 MINUTOS DE ATIVIDADE FÍSICA TODOS OS DIAS E EVITE AS BEBIDAS ALCOÓLICAS E O FUMO.

- Além da alimentação saudável, a atividade física é importante para manter um peso saudável. Movimente-se! Descubra um tipo de atividade física agradável! O prazer é também fundamental para a saúde. Caminhe, dance, brinque com crianças, faça alguns exercícios leves. Aproveite o espaço doméstico e espaços públicos próximos a sua casa para movimentar-se. Convide os vizinhos e amigos para acompanhá-lo.
- Evitar o fumo e o consumo freqüente de bebida alcoólica também ajuda a diminuir o risco de doenças graves, como câncer e cirrose, e pode contribuir para melhorar a qualidade de vida.
- Mantenha o seu peso dentro de limites saudáveis. Veja no quadro abaixo o seu **IMC** (Índice de Massa Corporal), que mostra se o peso está adequado para a altura. Para calcular, divida o seu peso, em quilogramas, pela sua altura em metros, elevada ao quadrado [**P/A2**]. Se o seu IMC estiver indicando baixo peso ou sobrepeso, procure a equipe de saúde para receber orientações.

IMC	ESTADO NUTRICIONAL
< 22 (menor ou igual a 22)	Baixo peso
> 22 e <27 (entre 22 e 27)	Peso adequado
> 27 (maior ou igual a 27)	Sobrepeso

Porções de alimentos (em gramas) e medidas caseiras correspondentes

Cada um dos grupos de alimentos trabalhados nos "Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas idosas" têm recomendações quantificadas, ou seja, um determinado número de porções a serem ingeridas por dia. As tabelas que seguem apresentam, para cada grupo, o valor calórico médio de uma porção, exemplos de alimentos e o tamanho de cada porção em gramas e em medidas caseiras.

Arroz, Pães, Massas, Batata e Mandioca - 1 porção = 150 kcal

Alimentos	Peso (g)	Medida caseira
arroz branco cozido	125,0	4 colheres de sopa
arroz integral cozido	140,0	4 colheres de sopa
batata cozida	175,0	1 e 1/2 unidade
biscoito tipo "cream cracker"	32,5	5 unidades
bolo de milho	50,0	1 fatia
cereal matinal	43,0	1 xícara de chá
farinha de aveia	36,0	2 colheres de sopa
farinha de mandioca	30,0	2 colheres de sopa
macarrão cozido	105,0	3 e 1/2 colheres de sopa
milho verde em espiga	100,0	1 espiga grande
pamonha	100,0	1 unidade
pãozinho caseiro	55,0	1/2 unidade
pão de batata	50,0	1 unidade média
pão de forma tradicional	43,0	2 fatias
pão francês	50,0	1 unidade
polenta sem molho	200,0	2 fatias
purê de batata	135,0	3 colheres de sopa
torrada salgada	40,0	4 unidades

Verduras e Legumes - 1 porção = 15 kcal

Alimentos	Peso (g)	Medida caseira
abóbora cozida	53,0	1 e 1/2 colher de sopa
agrião	130,0	22 ramos
alface	120,0	15 folhas
berinjela cozida	60,0	2 colheres de sopa
beterraba crua ralada	42,0	2 colheres de sopa
brócolis cozido	60,0	4 e 1/2 colheres de sopa
cenoura crua (picada)	36,0	1 colher de servir
chuchu cozido	57,0	2 e 1/2 colheres de sopa
ervilha torta (vagem)	11,0	2 unidades
espinafre cozido	60,0	3 colheres de sopa
pepino picado	116,0	4 colheres de sopa
rúcula	83,0	15 folhas
tomate comum	80,0	4 fatias

Frutas - 1 porção = 70 kcal

Alimentos	Peso (g)	Medida caseira
abacate	32,0	1 colher de sopa
abacaxi	130,0	1 fatia
ameixa-preta seca	30,0	3 unidades
banana-prata	86,0	1 unidade
caqui	113,0	1 unidade
goiaba	95,0	1/2 unidade
laranja-pêra	137,0	1 unidade
maçã	130,0	1 unidade
mamão-papaia	141,5	1/2 unidade
manga	110,0	1 unidade
melância	296,0	2 fatias
morango	240,0	10 unidades
salada de frutas (banana, maçã, laranja, mamão)	125,0	1/2 xícara de chá
suco de laranja (puro)	187,0	1/2 copo requeijão
tangerina/mexerica	148,0	1 unidade
uva comum	99,2	22 uvas

Feijões - 1 porção = 55 kcal

Alimentos	Peso (g)	Medida caseira
ervilha seca cozida	72,5	2 e 1/2 colheres de sopa
feijão cozido (50% de caldo)	86,0	1 concha
grão-de-bico cozido	36,0	1 e 1/2 colheres de sopa
lentilha cozida	48,0	2 colheres de sopa
soja cozida	43,0	1 colher de servir

Carnes e Ovos - 1 porção = 190 kcal

Alimentos	Peso (g)	Medida caseira
bife enrolado	110,0	1 unidade
bife grelhado	90,0	1 unidade
carne assada	75,0	1 fatia pequena
carne cozida	80,0	4 pedaços pequenos
frango filé grelhado	100,0	1 unidade
omelete simples	74,0	1 unidade
ovo cozido	90,0	2 unidades
peixe espada cozido	100,0	1 porção

Leites, Queijos, Iogurtes - 1 porção = 120 kcal

Alimentos	Peso (g)	Medida caseira
iogurte desnatado de frutas	140,0	1 pote
iogurte integral natural	200,0	1 copo de requeijão
leite tipo C	182,0	1 copo de requeijão
queijo tipo minas frescal	40,0	1 fatia grande
queijo tipo mussarela	45,0	3 fatias
vitamina de leite com frutas	171,0	1 copo de requeijão

Óleos e Gorduras - 1 porção = 73 kcal

Alimentos	Peso (g)	Medida caseira
azeite de oliva	7,6	1 colher de sopa
Manteiga	9,8	1/2 colher de sopa
margarina vegetal	9,8	1/2 colher de sopa
óleo vegetal	8,0	1 colher de sopa

Açúcares e Doces - 1 porção = 110 kcal

Alimentos	Peso (g)	Medida caseira
açúcar cristal	28,0	1 colher de sopa
geléia de frutas	34,0	1 colher de sopa
mel	37,5	2 e 1/2 colheres de sopa

ANEXO 15 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Nº

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça , contra si próprio , contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

2 Agravo/doença: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS ☐ 1 - Suspeito 2 - Confirmado | 3 Data do Notificação

4 UF | 5 Município de Notificação | Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código | 7 Data da Ocorrência

Notificação Individual

8 Nome | 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade ☐ 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado ☐ | 12 Gestante ☐ *1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado* | 13 Raça/Cor ☐ *1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena*

14 Escolaridade ☐
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS | 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF | 18 Município de Residência | Código (IBGE) | 19 Distrito/Regional municipal

20 Bairro | 21 Geo campo 1 | 22 Geo campo 2

23 Logradouro (rua, avenida,...) | 24 Número

25 Complemento (apto., casa, ...) | 26 Ponto de Referência | 27 CEP

28 (DDD) Telefone | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural ☐ 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

31 Ocupação | CBO | 32 Estado Civil ☐ 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Separado judic. 5 - União consensual 9 - Ignorado | 33 Relações sexuais ☐ 1 - Com homens 2 - Com mulheres 3 - Com homens e mulheres

34 Estuda atualmente? ☐ 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado | 35 Tipo de deficiência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Mental ☐ Visual ☐ Auditiva | 36 Natureza da lesão CID 10

Investigação de Casos Confirmados

Dados da Ocorrência

37 Local de ocorrência ☐☐
01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Via pública 04 - Ambiente de trabalho 05 - Escola 06 - Creche 07 - Estabelecimento de saúde 08 - Instituição de longa permanência 09 - Instituição prisional 10 - Bar ou similar 11 - Outros _____ 99 - Ignorado

38 UF | 39 Município de Ocorrência | 40 Distrito de ocorrência | 41 Bairro de ocorrência

42 Geo ocorr 1 | 43 Geo ocorr 2 | 44 Endereço de ocorrência (rua, avenida,...) | 45 Número

46 Zona de ocorrência ☐ 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 47 Hora da ocorrência (0 - 24 horas) | 48 Violência de repetição? ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 49 A violência sugere auto-agressão? ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

50 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
☐ Arma branca ☐ Força corporal
☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento/sufocação
☐ Objeto contundente ☐ Outros _____

51 Tipo de violências 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
☐ Física ☐ Sexual ☐ Trabalho infantil
☐ Psicológica / Moral ☐ Exploração sexual ☐ Violência patrimonial
☐ Negligência ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Outros _____

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais SVS 08/08/2005

Dados do Agressor

52 Número de envolvidos
1 - Um
2 - Dois ou mais
9 - Ignorado

53 Relação com a vítima
01 - Pai
02 - Mãe
03 - Cônjuge/ companheiro/ namorado
04 - Ex-cônjuge/ ex-companheiro/ ex-namorado
05 - Padrasto
06 - Madrasta
07 - Filho (a)
08 - Outros familiares
09 - Amigo/ conhecido
10 - Cuidador
11 - Pessoa com relação institucional
12 - Patrão/ chefe
13 - Desconhecido
99 - Ignorado

Danos

Danos ocorridos devido ou como consequência da violência / agressão

54 Violência Sexual
1- Sim, com penetração 2 - Sim, sem penetração 3 - Não 9- Ignorado

55 Tipo de penetração
1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Oral Anal Vaginal

56 Houve ejaculação?
1- Sim 2 - Não 9- Ignorado

57 Uso de camisinha?
1- Sim 2 - Não 9- Ignorado

Conclusão

58 Evolução do Caso
1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga
5 - Óbito pela agressão 5 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

59 Se óbito pela agressão, data

60 Procedimento 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado
Profilaxia DST Profilaxia HIV Profilaxia Hepatite B Coleta de secreção vaginal
Contracepção de emergência Coleta de sangue Coleta de sêmen

61 Consequências da ocorrência no momento da notificação
Aborto Gravidez DST Tentativa de suicídio Outros _____

62 Encaminhamento da vítima para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado
Conselho tutelar
Vara da infância / juventude
Delegacia da mulher
Delegacia de proteção da infância e adolescência
Outras delegacias
Casa de proteção / abrigo
Ministério Público
Programa sentinela
Unidade básica de assistência social
Outros _____

Informações complementares e observações

Notificador

Município/Unidade de Saúde
Cód. da Unid. de Saúde
Nome
Função
Assinatura

Violência doméstica, sexual e/ou violências interpessoais SVS 08/08/2005

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADACHI, JD. et al. Intermitent etidronate therapy to prevent corticosteroid-induced osteoporosis. N Engl J Med 1997;337:328-37

ADDINOFF AD, HOLLISTER JR. Steroid-induced fractures na dbone loss in patients with asthma. N Engl J Med 1983; 309: 265-8.

ANDRE C, Vascular dementia: a critical review of diagnosis and treatment. Arq. Neuro-Psiquiatr., Sept. 1998, vol.56, no.3A, p.498-510.

ARAOZ, GBF. Valoración funcional. In: LLERA FG; MARTIN JPM. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona, Masson, 1994.

Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. WHO Technical Report Series – 843, Geneva, 1994.

BALTES MM; SILVENBERG S. A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In: Neri AL. Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva do curso de vida. Campinas. Papirus, 1995 (Coleção Viva Idade).

BERGER L; MAILLOUX-POIRIER D. Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa, Lusodidacta, 1995.

BÉRIA JU. Prescrição de Medicamentos. In: DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BLACK DM et al. Randomized trial of effect of alendronate on risk of fracture in woman with existing vertebral fractures. Lancet 1996; 348:1535-41

BONE HG, et al. Alendronate and Estrogen effects in Postmenopausal woman with low bone mineral density. J Clin Endocrinol Metab 2000; 85:720-26.

BONE HG, et al. Alendronate and estrogen effects in postmenopausal women with low bone mineral density. J Clin Endocrinol Metab 2000; 85:720-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Coordenação – Geral de Apoio a Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do Sistema Único de Saúde – SUS e de Gestão. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica _ Diabetes Mellitus. Brasília, 2006 (No Prelo).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica _ Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Brasília, 2006.

_____. Portaria GM/ nº 971, de 3 de maio de 2006 - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

_____. Portaria SAS/MS nº 470 SAS de 24 de Julho de 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual do Climatério. Brasília, 2006 (No Prelo).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. STARFIELD,B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e teconologia. 2a ed. – Brasília: UNESCO, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Lei no 8.842 de 4 de Janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Guia Prático do Cuidador. Brasília, 2006 (No Prelo).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Guia Prático do Cuidador. Brasília, 2006. (No prelo).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde do Idoso. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST-AIDS. Envelhecimento e AIDS, 2003 (relatório preliminar).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica -_ Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica _ Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica _ HIV/Aids, Hepatites e Outras DST. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica _ HIV/Aids, Hepatites e Outras DST. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série A: Normas e Manuais Técnicos nº 113).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. Cartilha PNH – Projeto Terapêutico Singular. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. Cartilha PNH - Equipe de Referência e Apoio Matricial. Brasília, 2004.

CARVALHAES N; ROSSE E; PASCHAL SMP; PERRACINI N, PERRACINI M; RODRIGUES RAP. Quedas. In: SBGG-SP. Consensos em Gerontologia. 1998.

CHAPUY MC, et al, Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women. N Engl J Med 1992;327(23):1637-42.

CHESNUT CH, et al. A randomized trial of nasal spray salmon calcitonin in postmenopausal women with established osteoporosis: the prevent recurrence of osteoporotic fractures study. Am J Med 2000;109:267-76.

COHEN S, et al. Risendronate therapy prevents corticosteroi-induced bone loss. Arthritis & Rheumatism 1999;42(11):2309-18.

COMMINGS J. ALZHEIMER'S DISEASE. N Engl J Med. 2004; 351:56-67.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Ofício./CFFa Nº 368 de 18 de Agosto de 2006. Assunto: Fonoaudiologia e a atenção ao idoso no SUS. Brasília, 2006.

CONSENSO SOBRE OSTEOPOROSE. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia.

CRESS C. The handbook of Geriatric Care Management. Gaithersburg, MD: Aspen Publisher, 2001.

CUMMINGS SR et al. Effect of alendronate on risk of fracture in woman with low bone density but without vertebral fractures: Results from the Fracture Intervention Trial. JAMA 1998;280:2077-82.

DAWSON-HUGHES B, et al. Effect of calcium and vitamin D supplementation on bone density in men and women 65 years of age or older. NEJM 1997; 337(10):670-6.

DUARTE YAO. Envelhecimento, funcionalidade e arranjos domiciliares na América Latina e Caribe. [Tese-Livre Docência] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

DUARTE, YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

DUNCAN BB, SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ E COLS. Medicina Ambulatorial. Condutas de atenção baseadas em evidências. 3ª edição - 4ª reimpressão, 2006. Porto Alegre: Artmed, 2004.

EASTELL R. Treatment of Postmenopausal osteoporosis. N Engl J Med 1998; 338:736-46.

ELLERINGTON MC, et al. Intranasal salmon calcitonin for the prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis. Calcif Tissue Int 1996; 59:6-11.

ENSRUD KE, et al. Treatment with alendronate prevents fractures in women at highest risk – results from the fracture intervention trial. Arch Intern Med 1997; 157:2617-24.

ETTINGER B, BLACK DM, MITLAK BH, KNICKERBOCKER RK, NICKELSEN T, GENANT HK, et al for the Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation (MORE) Investigators. Reduction of vertebral fracture risk in postmenopausal women with osteoporosis treated with raloxifene – Results from a 3-year randomized clinical trial. JAMA 1999; 282(7):637-45.

FLECK MPA. Depressão. In: Duncan BB; Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: conduta de Atenção Primária baseada em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.p.874-84.

FRANK MH; RODRIGUES NL. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.376-87.

FREITAS EV; MIRANDA RD. Parâmetros clínicos do envelhecimento e Avaliação Geriátrica Ampla. In: FREITAS EV et.al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2006. p.900-9.

FRIED et al, 2001. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Geront. 2001;56(3):M146-56.

FRIED LP, WALSTON J. FRAILTY AND FAILURE TO THRIVE; 1999. In:HAZZARD WR et al.(eds) Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 4th ed. New York: McGraw Hill, 1998. p.1387-1402.

GIACOMIN, K. C., Demências Vasculares, In: FREITAS, E. V., Tratado de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006

GORZONI ML; TONIOLO NETO J. Regras práticas ao prescrever medicamentos para o idoso. In: GORZONI ML; TONIOLO NETO J. Terapêutica clínica no idoso. São Paulo. Sarvier.1995. p.195-7.

HALL E. A dimensão oculta. Lisboa: Relógio d'Água, 1986.

HARRIS ST, et al. Effect of risendronate treatment o vertebral and nonvertebral fractures in woman with postmenopausal osteoporosis – a randomised controlled trial. JAMA 1999; 282:1344-52.

HEKMAN PRW. O idoso frágil. In: FREITAS EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 926-9.

HOLMAN H. & LORIG K. Patients as partners in managing chronic disease. BMJ 2000; 320:526-527.

HOSKING D, et al. Prevention of bone loss with alendronate in postmenopausal women under 60 years of age. N Engl J Med 1998; 338(8):485-92.

HULLEY S et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal woman. JAMA 1998; 280:605-613.

HUTCHISON TA, SHAHAN DR & ANDERSON ML (EDS): DRUGDEX® SYSTEM. Micromedex, Inc., Englewood, Colorado (vol. 108 expires [30/06/01]).

KANE RL; OUSLANDER JG; ABRASS IB. 5a ed.Geriatria clínica.Rio de Janeiro: MacGraw Hill, 2004. p. 137-58.

KARPF DB, et al. Prevention of nonvertebral fractures by alendronate – a meta-analysis. JAMA 1997; 277(14):1159-64.

KNUTSON K, LANGER S. Geriatric care management: a survey in long-term/chronic care. GCM J. 1998; 8:9-12.

LEHMANN SW; RABINS PV. Gerontopsiquiatria clínica. In: GALLO JJ ET AL.(EDS) REICHEL Assistência ao Idoso: Aspectos clínicos do envelhecimento. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LINDSAY R, COSMAN F, LOBO RA et al Addtion of alendronate to ongoing hormone replacement therapy in the treatment of osteoporosis: a randonized controlled clinical trial, J Clin Endocrinol Metab 1999; 84:3076-81.

LINDSAY R. The role of estrogen in the prevention of osteoporosis. End Clin North Am 1998; 27:399-409.

LINDSAY,R. SILVERMAN, SL. COOPER C. et al Risk of new vertebral fracture in year following a fracture JAMA 2001;285(3):320-323.

LOOKER AC et al. Prevalence of low femoral bone density in older U.S. adults from the NHANES III. J Bone Miner Res 1997; 12(11):1761-8.

LUFKIN EG, et al. Treatment of postmenopausal osteoporosis with transdermal estrogen. Ann Intern Med 1992; 117(1)-9.

MACHADO JCB. Doença de Alzheimer. In: Freitas EV. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 260-80.

MACIEL AC. Incontinência urinária. In: FREITAS EV et al (org). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2a.ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006.

MAGALHÃES SMS; CARVALHO WS. Reações Adversas a Medicamentos. In: GOMES, Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar. (Disponível em: http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text4.htm).

MANOLAGAS SC, WEINSTEIN RS. New developments in the pathogenesis and treatment of steroid-induced osteoporosis. J Bone Miner Res 1999; 14: 1061-1066.

MANUAL DO CLIMATÉRIO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Giceni).

MASON JE, et al. Postmenopausal Hormone - Replacement Therapy. N Engl J Med 2001; 345(1):34-40.

MELLORS et al. Annals of Internal Medicine 1997.

MEUNIER PJ, et al. Diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women: clinical guidelines. Clin Ther 1999:21:1027-44.

MICHEL BA, BLOCH DA, WOLFE F, FRIES JF. Fractures in Rheumatoid Arthritis: na evaluation of of associated risk factors. J Rheumatol 1993; 20: 1666-9.

MINAYO MC. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

MOSEKILDE L, et al. Hormonal replacement therapy reduces forearm fracture incidence in recent postmenopausal woman - results of the Danish Osteoporosis Prevention Study. Maturitas 2000; 36:181-93.

MOYSÉS SJ, SILVEIRA FILHO AD, DUCCI L, SIMÃO MG, GEVAERD SP, organizadores. A saúde bucal em Curitiba: Boqueirão, boca maldita, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: Cebes; 2002.

MOYSÉS SJ, SILVEIRA FILHO AD. Saúde da Família: quando um corpo ganha uma boca In: MOYSÉS SJ, organizador.

A saúde bucal em Curitiba: Boqueirão, boca maldita, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: Cebes; 2002. p. 133-61.

MOYSÉS SJ, TALBOT Y et al. Ferramentas de descrição das famílias e seus padrões de relacionamento – Genograma – uso em Saúde da Família. Rev. Médica do Paraná 1999; 57(no 1/2): 28-33.

MULLAAY CM. The case manager's handbook. Gaithersburg,MD: Aspen Publisher, 1998.

NADI/HCFMUSP. Orientações sobre serviços funerários. São Paulo, 2006.

NATIONAL ASSOCIATION OF PROFESSIONAL GERIATRIC CARE MANAGERS. "Benefits of Membership". Disponível em: http://www.caremanager.org/gcm/htm.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. "Geriatric Assessmentt methods for clinical Decision-making". Disponível em: http://www.nlm.nih.gov.

NIH CONSENSUS DEVELOPMENT PANEL. Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. JAMA 2001; 285:785-95.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Brasília, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3ª ed. Washington:OPAS, 2003.

ORWOLL E, et al. Alendronate for the treatment of osteoporosis in men. N Engl J Med 2000; 343:604-10.

PARKER M. Positioning care management for future health care trends. GCM J. 1998; 8:4-8.

PAVARINI SCI; NERI AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE YAO; DIOGO MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo, Atheneu, 2000.

PELLANDA LC et al. Atestados, certificados e registros. In: DUNCAN BB; SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ. Medicina ambulatorial: conduta de Atenção Primária baseada em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.p.150-4.

PHYSYCIAN'S. Guide to prevention and treatment of osteoporosis National Osteoporosis Foundation, 1998 Washington, D.C. USA.

RAMOS LR. Os fármacos e os idosos. In: GORZONI ML; TONIOLO NETO J. Terapêutica clínica no idoso. São Paulo. Sarvier.1995. p. 3-7.

Recomendações de Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV 2006

RECOMMENDATIONS FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF GLUCOCORTICOID-INDUCED OSTEOPOROSIS -2001 update American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. Arthritis Rheumat 2001; 44: 1496-1503.

REID DM, HUGHES RA, LANN RFJM, SACCOGIBSON NA,WENDEROTH DH, ADAMI S, EUSEBIO RA, DEVOGELAER J-P. Efficacy and safety of daily Residronate in the treatment of corticosteroid-induced Osteoporosis in men and women: a randomized trial. J Bone Miner Res 2000; 15:1006 -13.

SECOLI SR, DUARTE YAO. Medicamentos e Assistência Domiciliária. In: DUARTE YAO; DIOGO MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

SECORD L, PARKER M. Private Case Management for older persons and their families. MN: Interstudy; 1997.

SILVA MJP. A importância da comunicação verbal e não verbal no cuidado domiciliar de idosos. In: DUARTE

YAO; DIOJO MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

SILVA MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo, Ed. Gente, 1996.

SIRENA AS; MORIGUSHI EH. Promoção e Manutenção da Saúde do Idoso. In: DUNCAN BB; SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ. Medicina ambulatorial: conduta de Atenção Primária baseada em evidencias. 3ª ed. Porto Alegra: Artmed, 2004.p.576-85.

SIRIS ES, MILLER PD, BARRET-CONNOR E, et al Identification and fracture outcomes of undiagnosed low bone mineral density in postmenopausal women. Results from the National Osteoporosis Risk Assessment JAMA 2001; 286:2815-22.

SOARES AM; MATIOLI MNPS; VEIGA APR. AIDS no Idoso. In: FREITAS EV. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 870-82.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Consenso Brasileiro de Osteoporose. Ver Brsa Reum 2002; 42.

TEIXEIRA INAO. Definição de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional. [dissertação] Campinas (SP): Faculdade de Educação da Universidade de Campinas, 2006.

TORGERSON DJ, BELL-SYER SE. Hormone replacement therapy and prevention of vertebral fractures: a meta-analysis of randomized trials. JAMA 2001; 285: 2891-7.

VAN STAA TP, LEUFKENS HGM, ABENHAIM L, ZHANG B COOPER C. Use of oral corticosteroids and risk of fractures. J Bone Miner Res 2000; 15: 993-1000.

VERBRUGGE LM; JETTE AM. The disablement process. Journal Soc Sci Med 1994; 38(1):1-14.

WATT NB. Clinical Utility of biochemical markers of bone remodeling. Clinical Chemistry 1999; 45: 1359-68.

WIMALAWANSA SJ. A four-year randonized trial of hormone replacement and bisphosphonate, alone and in combination, in women with postmenopausal osteoporosis. AM J Med 1998; 104: 219-226.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Towards Age-friendly Primary Health Car. Geneva, 2004.