

Prefeitura de Florianópolis  
Secretaria de Saúde  
Departamento de Saúde Pública  
Assessoria de Vigilância a Saúde

**PROTOCOLO DE**  
**ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO**

**ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL**  
**EM FLORIANÓPOLIS**

Florianópolis, julho de 2006

Prefeitura de Florianópolis  
Secretaria de Saúde  
Departamento de Saúde Pública  
Assessoria de Vigilância a Saúde

**Prefeito**  
Dário Elias Berger

**Secretário de Saúde de Florianópolis**  
João José Cândido da Silva

**Secretário Adjunto**  
Clécio Antônio Espezin

**Diretor do Departamento de Saúde Pública**  
Selma Loch

**Assessoria de Desenvolvimento Institucional**  
Leodemar Rodrigues Ferreira  
Geresa Machado Ribeiro

**Organização:**  
Elisabete Amodio Estorilio

**Equipe Técnica:**  
André Quiquio Lopes  
Elisabete Amodio Estorilio  
Elizimara Ferreira Siqueira  
Jaqueline Back  
Marynes Terezinha Reibnitz  
Jardel Correia de Oliveira  
Jose Carlos Oleiniski  
Juliana Balbinot Reis Girondi  
Lúcia Andréia Zanette Ramor Zini  
Lucia Takase Gonçalves  
Maria Francisca Santos Daussy  
Paulo Cesar Borges  
Selma Loch  
Tânia Bertoldo Benedetti  
Vanir Cardoso  
Carmen Rosa Saavedra  
Denise Maria Belliard Oleinishi

# Sumário

<b>Introdução</b> .....	<b>5</b>
<b>Epidemiologia</b> .....	<b>7</b>
<b>Envelhecimento biológico</b> .....	<b>11</b>
Alterações anatômicas .....	11
<b>Idoso frágil</b> .....	<b>17</b>
Instabilidade .....	17
Prevenção e tratamento .....	20
Imobilidade .....	22
Insuficiência cognitiva .....	23
Iatrogenia .....	25
Incontinência urinária .....	27
<b>Cuidador do idoso</b> .....	<b>34</b>
O que significa cuidado humano, autocuidado e cuidador (leigo e profissional)? .....	34
Quem são os cuidadores de pessoas idosas em nosso meio? .....	34
O que uma Unidade Local de Saúde poderia desenvolver a favor da família cuidadora? .....	35
Qual conteúdo deve compor um programa de educação para o cuidado: treinamento/capacitação de cuidadores? .....	35
<b>Nutrição</b> .....	<b>38</b>
<b>Acolhimento</b> .....	<b>40</b>
O acolhimento na comunidade: busca ativa .....	40
O acolhimento na unidade local de saúde .....	42
<b>Imunização</b> .....	<b>45</b>



# Introdução

Idoso é definido no Brasil como o indivíduo com 60 anos ou mais. Dentro deste grupo os muito idosos – indivíduos acima de 75 anos – destacam-se por apresentar um declínio funcional acentuado, muitos se tornando idosos fragilizados.

O perfil de morbi-mortalidade do município de Florianópolis se caracteriza pelo envelhecimento progressivo da população e pelo predomínio das doenças crônicas degenerativas, o que exige a implantação de ações voltadas para esse grupo.

A decisão de inserir um Programa especial para o idoso na Equipe de Saúde da Família se torna historicamente importante no momento em que o governo federal aprova o estatuto do idoso, que visa articular ações intersetoriais para garantir a qualidade de vida e o exercício da cidadania deste grupo da população, configurando um quadro para o apoio dos diferentes setores da sociedade.

O Programa do idoso tem como objetivos e metas: a) fazer um diagnóstico das condições funcionais dos idosos; b) identificar os idosos fragilizados; c) melhorar o acesso dos idosos aos serviços de saúde; d) qualificar o atendimento clínico dos profissionais da rede municipal; e) reduzir a mortalidade prematura causada por doenças agudas e crônicas; f) reduzir as internações hospitalares evitáveis dos idosos; g) promover melhora da qualidade de vida; h) definir as atribuições da equipe de saúde da família na atenção ao idoso; i) definir as referências para tratamento especializado do idoso.

A rede primária de saúde deve estar preparada para identificar os fatores agravantes e desencadeantes da fragilidade do idoso. Saber identificar as síndromes geriátricas, torna-se fundamental na prevenção da independência do idoso. Portanto é necessário que os profissionais da atenção primária sejam capacitados para diagnosticar e tratar as doenças mais prevalentes do idoso, tais como, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, tireoidopatias, osteoporose, osteoartrose, dor crônica, depressão, as síndromes geriátricas e outras.



# Epidemiologia

A população de Florianópolis em 2004 era de 379.556 habitantes, sendo que 31.738 eram pessoas com mais de 60 anos. Na tabela 1, pode-se notar o aumento proporcional do número de idosos na população, que, em 1980, representavam 6,12% da população e em 2004 representam 8,37%.

Tabela 1 – População residente segundo faixa etária em Florianópolis, 1980, 1990, 2000, 2004.

Faixa ETÁRIA	ANO		1980		1990		2000		2004	
	1980	%	1990	%	2000	%	2004	%		
1 – 19 anos	83.787	44,13	98.598	39,32	116.590	33,86	128.591	33,88		
20 – 60 anos	92.269	48,60	132.178	52,72	196.909	57,19	217.178	57,22		
60 e + anos	11.611	6,12	17.962	7,16	28.816	8,37	31.783	8,37		
Ignorado	213	0,11	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
<b>TOTAL</b>	<b>189.860</b>	<b>100,00</b>	<b>250.728</b>	<b>100,00</b>	<b>344.315</b>	<b>100,00</b>	<b>379.556</b>	<b>100,00</b>		

Fonte: IBGE – Censos Demográficos e Contagem Populacional e MS/SE/Datasus, para os anos intersensitários.

Esta observação pode ser compreendida através dos dados da tabela 2, onde observamos que enquanto a população total cresceu num percentual de aproximadamente 100% entre os anos de 1980 e 2004, a população acima de 60 anos cresceu 174%, constatando-se um fenômeno que vem ocorrendo em todo mundo, principalmente nos países mais desenvolvidos, do envelhecimento progressivo da população.

A população de idosos é maior na região central, com 31% dos idosos do município, seguida da regional continente, com 29% dos idosos.

A partir dos 19 anos, há um aumento progressivo no percentual de mulheres em relação ao de homens, representando, na faixa etária de maiores de 60 anos, 58,43 % a população do sexo feminino e 41,57% do sexo masculino.

Tabela 2 – População residente segundo faixa etária em Florianópolis, 1980, 1990, 2000, 2004.

FAIXA ETÁRIA	ANO						
	1980	1990	% aumento 1990/1980	2000	% aumento 2000/1990	2004	% aumento 2004/1980
1 – 19 anos	83.787	98.598	17,68	116.590	18,25	128.591	53,47
20 – 60 anos	92.269	132.178	43,25	196.909	48,97	217.178	135,37
60 e + anos	11.611	17.962	54,70	28.816	60,43	31.783	173,73
Ignorado	213	0		0		0	
<b>TOTAL</b>	<b>189.860</b>	<b>250.728</b>	<b>32,06</b>	<b>344.315</b>	<b>37,33</b>	<b>379.556</b>	<b>99,91</b>

Fonte: IBGE – Censos Demográficos e Contagem Populacional e MS/SE/Datasus, para os anos intersensitários.

Cerca da metade da população de idosos tem apenas até o 4º ano escolar de instrução, sendo que 12% são pessoas sem nenhuma instrução, o que deve se refletir nas estratégias a serem adotadas para o desenvolvimento de material de educação em saúde.

Observando as informações sobre mortalidade, nota-se que houve uma diminuição no percentual relativo de óbitos em menores de 19 anos e um aumento proporcional de óbitos dos maiores de 60 anos, que representaram cerca de 60% do total de óbitos no ano 2.000. Os grupos com maior representatividade no percentual de óbitos foram as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório, que representam quase 80% dos óbitos entre os maiores de 60 anos (gráfico 1).

No ano de 2003 foram realizadas 20.365 internações de pessoas residentes em Florianópolis, sendo que cerca de 19% foram de pessoas maiores de 60 anos.

Essas internações custaram quase o dobro do custo observado nas demais faixas etárias, refletindo o nível de complexidade dos procedimentos hospitalares, que envolvem internações de longa permanência, cirurgias de alto custo como as cardíacas e aquelas devido às neoplasias entre outras.

A principais causas de internação entre os maiores de 60 anos, no ano de 2003, foram as doenças do aparelho circulatórios, seguido das neoplasias, doenças respiratórias, do aparelho digestivo, que representam juntas, cerca de 55% das internações (gráfico 2).

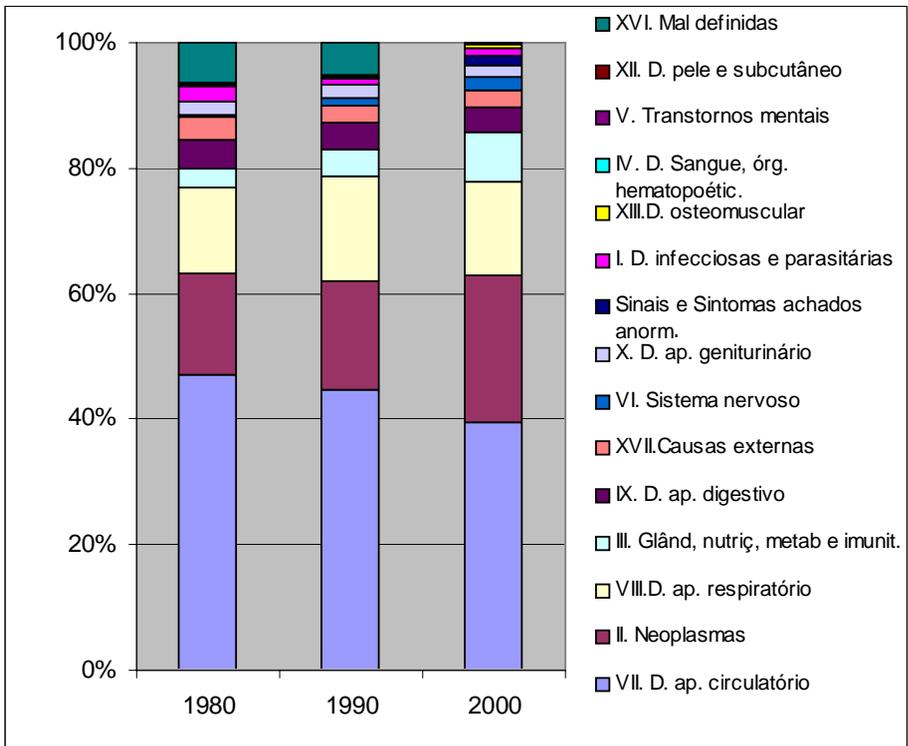


Gráfico 1 – Mortalidade proporcional segundo grandes grupos de causa entre os maiores de 60 anos, de 1980 a 2000, Florianópolis.

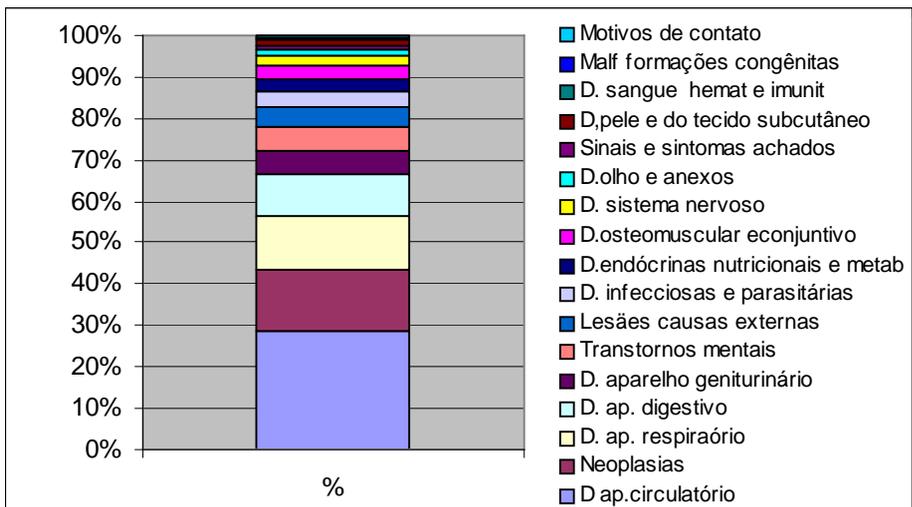


Gráfico 2 – Morbidade hospitalar entre os maiores de 60 anos residentes em Florianópolis, 2003.

Com relação à atenção ambulatorial, foram realizadas 377.792 consultas médicas na rede municipal de saúde, com uma concentração média de 0,81 consultas por habitante, variando de 0,44 a 1,08 entre as regionais.

Essa concentração, varia também em relação às faixas etárias, sendo maior na faixa etária dos maiores de 60 anos, com percentuais que variam de 0,35 a 1,83 entre as diferentes regionais de saúde (tabela 3).

Tabela 3 – Consultas médicas por habitantes segundo faixa etária, por regional de saúde, Florianópolis, 2003.

Faixa etária	Continente	Norte	Leste	Centro	Sul	Total
0 – 19 anos	1,13	1,35	0,88	0,63	1,25	<b>1,05</b>
20 – 59 anos	0,59	0,82	0,59	0,35	0,77	<b>0,60</b>
60 anos e +	1,31	1,71	1,26	0,35	1,83	<b>1,13</b>
<b>TOTAL</b>	<b>0,86</b>	<b>1,08</b>	<b>0,73</b>	<b>0,44</b>	<b>1,03</b>	<b>0,81</b>

Fonte: SIAB – Florianópolis

Os principais motivos de consultas médicas entre os maiores de 60 anos foram as doenças do aparelho circulatório, as doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, representadas principalmente pelo diabetes, as doenças do tecido osteomuscular e do conjuntivo, como as artroses e doenças reumáticas, que representam juntas, cerca de 60% da demanda ambulatorial.

# Envelhecimento biológico

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo em que há modificações morfológicas, funcionais, psicológicas, sociais e bioquímicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente. Abordaremos somente alguns tópicos do envelhecimento biológico para demonstrar a magnitude das mudanças no organismo idoso.

## Alterações anatômicas

Com o envelhecimento, ocorrem modificações anatômicas na coluna vertebral, que causam redução na estatura, aproximadamente 1 a 3 cm a cada década.

Após os 50 anos de idade inicia-se a atrofia óssea, ou seja, a perda de massa óssea que poderá predispor à fraturas. A cartilagem articular torna-se menos resistente e menos estável sofrendo um processo degenerativo. Ocorre diminuição lenta e progressiva da massa muscular, sendo o tecido gradativamente substituído por colágeno e gordura. As alterações no sistema osteoarticular estão implicadas também na piora do equilíbrio corporal do idoso. Reduz-se a amplitude dos movimentos, modificando a marcha.<sup>1</sup>

O idoso caracteriza-se pelo tronco curto e extremidades longas. O crânio tem seu diâmetro aumentado. Ocorre crescimento do nariz e as orelhas se tornam mais longas dando uma face típica ao idoso. Há tendência a ganho de peso pelo aumento do tecido adiposo e perda de massa muscular e óssea. A distribuição da gordura corporal se acentua no tronco e menos nos membros. Há alterações na cavidade oral, havendo perda do paladar.

A visão e a audição sofrem expressivas alterações. A deterioração visual se deve a modificações fisiológicas e alterações mórbidas. Os transtornos mais comuns que afetam os idosos são a catarata, a degeneração macular, o glaucoma e a retinopatia diabética.

Há alterações degenerativas da estrutura do olho, levando a diminuição da acuidade visual, aumento da sensibilidade à luz, perda da niti-

dez das cores e da capacidade de adaptação noturna. A perda de audição resulta da disfunção dos componentes do sistema auditivo. Há perda da discriminação dos sons mais baixos. Ocorre maior acúmulo de cera no ouvido pela alteração na função glandular. As alterações vasculares também alteram a audição. São comuns os estados vertiginosos e zumbidos<sup>2</sup>.

### Repercussões do envelhecimento cerebral <sup>3</sup>

<b>CEREBRO</b>	Atrofia – diminuição de peso e volume
Sulcos corticais	Hipotrofia, alargamento
Córtex	Redução do volume
Ventrículos	Alargamento
Liquor	Aumento
Meninges	Espessamento
<b>CEREBELO</b>	Diminuição do peso
<b>NÚCLEOS DA BASE</b>	Redução do número de neurônios
<b>TALAMO</b>	Perda de neurônios
<b>TRONCO CEREBRAL</b>	Diminuição do número de neurônios, atrofia
<b>MEDULA ESPINHAL</b>	Perda de neurônios
<b>VASOS CEREBRAIS</b>	Ateromatose, depósito amilóide
<b>CELULAS NERVOSAS-NEURÔNIOS</b>	Depósito de lipofuscina, diminuição do número.
<b>NEUROTRANSMISSORES</b> acetilcolina, receptores colinérgicos, serotonina, dopamina e catecolaminas	Diminui
Monoaminoxidase	Aumento

### Envelhecimento cardiovascular<sup>4</sup>

<b>PERICÁRDIO</b>	Aumento de gordura, espessamento fibroso
<b>ENDOCÁRDIO</b>	– Infiltração gordurosa, – substituição do tec. muscular por tecido conjuntivo; – espessamento fibroelástico
<b>MIOCÁRDIO</b>	– acúmulo de gordura – depósito de lipofuscina – calcificação – amiloidose
<b>VALVAS</b>	– calcificação do anel valvar

<b>ARTÉRIAS CORONÁRIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tortuosidade;</li> <li>- dilatação;</li> <li>- calcificação;</li> <li>- aterosclerose</li> <li>- perda de fibra elástica e aumento de colágeno</li> </ul>
<b>FUNCAO CARDIOVASCULAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) diminuição da resposta de elevação de freqüência cardíaca ao esforço ou estímulo</li> <li>b) diminuição da complacência do ventrículo esquerdo, levando a disfunção diastólica</li> <li>c) diminuição da complacência arterial, dificultando a ejeção ventricular</li> <li>d) diminuição da resposta às catecolaminas</li> <li>e) diminuição a resposta vascular ao reflexo barorreceptor</li> <li>f) maior prevalência de Hipertensão arterial sistólica isolada com maior risco de eventos cardiovasculares.</li> </ul>

### Envelhecimento respiratório<sup>5</sup>

<b>PULMÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento do espaço morto</li> <li>Calcificação das cartilagens</li> <li>Achatamento dos sacos alveolares</li> <li>Redução da função mucociliar</li> </ul>
<b>PAREDE TORÁCICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento da rigidez</li> <li>Calcificação das cartilagens costais</li> <li>Calcificação das articulações costais</li> <li>Redução do espaço intervertebral</li> </ul>
<b>MÚSCULOS RESPIRATÓRIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redução da força e massa muscular</li> </ul>
<b>ALTERAÇÕES FUNCIONAIS DO APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redução da força dos músculos respiratórios</li> <li>Redução da capacidade vital</li> <li>Redução da taxa de fluxo expiratório</li> <li>Redução da pressão arterial de oxigênio</li> <li>Redução do volume pulmonar útil</li> <li>Redução da sensibilidade do centro respiratório a hipoxia</li> </ul>

## Envelhecimento do Aparelho Digestório<sup>6</sup>

ESÔFAGO	Redução da inervação intrínseca causando problemas de motilidade
ESTÔMAGO	Aumenta o tempo de esvaziamento gástrico, redução do ácido clorídrico, produção de enzimas importantes para absorção estão diminuídas podendo induzir a leve anemia. A colonização pelo <i>H. pylori</i> aumenta com a idade.
PÂNCREAS	Redução do peso, redução da capacidade de secreção de enzimas (lipase e bicarbonato). Porém, há pouco significado clínico.
FÍGADO	Redução de tamanho, deposição marcante de lipofucsina e sofre redução de 30% do aporte sangüíneo. Redução na secreção de albumina e glicoproteínas o que interfere com a farmacocinética dos medicamentos Redução de até 30% da metabolização de medicamentos.
INTESTINO DELGADO	Redução da superfície mucosa e das vilosidades. Redução na absorção de Vit. D, cálcio, ácido fólico, colesterol. Hiperproliferação bacteriana, uma das causas da perda de peso no idoso.
COLON	Redução dos neurônios do plexos nervosos; Aumento da prevalência de obstipação Aumento da incidência de neoplasia Aumento da prevalência de doença diverticular por alterações na parede colônica;
RETO E ANUS	Alterações da musculatura do esfíncter exterior, alterações no tecido elástico. Maior prevalência de incontinência fecal.

## Envelhecimento do Aparelho Geniturinário<sup>7</sup>

RIM	Redução do peso; Perda progressiva das estruturas corticais; Esclerose dos vasos renais diminuindo aporte sangüíneo; Redução do número de glomérulos, diminuindo a filtração; Continua perda de função renal; Alteração no controle dos níveis de Sódio e Potássio, facilitando a hiperpotassemia com uso de medicamentos
BEXIGA	Alteração da musculatura e alteração da inervação da bexiga
URETRA	Nas mulheres ocorre diminuição da pressão uretral; Nos homens o comprometimento se dá por compressão extrínseca pelo aumento da próstata

## Envelhecimento do Sistema Endócrino<sup>8</sup>

Algumas características do envelhecimento no Sistema endócrino são o aumento da incidência de doenças como Diabetes Mellitus, apresentação atípicas de patologias como hipotireoidismo e hipertireoidismo e a associação de falências de mais de um órgão endócrino levando a falência poliglandular. Os efeitos principais conhecidos são:

- Diminuição da reserva funcional dos órgãos levando ao aumento da prevalência de doenças endócrinas.
- Diminuição dos linfócitos T e aumento de autoanticorpos levando a maior prevalência de doenças auto-imunes.
- Diminuição das respostas às alterações hormonais ocasionando demora no diagnóstico.
- Variação dos valores de referência laboratoriais levando a diagnóstico impróprio e alteração nas doses de reposição.
- Falência ovariana com falência total na produção de esteróide.

## Referências

1. ROSSI, E.; SADER, C. **Envelhecimento do Sistema Osteoarticular**. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, F. A. X.; ROCHA, S. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 60, p. 508-14.
2. FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. **Parâmetros clínicos do Envelhecimento e avaliação geriátrica global**. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, F. A. X.; ROCHA, S. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 72, p. 610-17.
3. CANÇADO, F. A. X.; HORTA, M. L. **Envelhecimento Cerebral**. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, F. A. X.; ROCHA, S. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 13, p. 112-27.
4. AFFIUNE, A. **Envelhecimento cardiovascular**. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, F. A. X.; ROCHA, S. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap.27, p.228-231.

5. GORZONI, M. L.; RUSSO, M. R. **Envelhecimento Respiratório**. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, F. A. X.; ROCHA, S. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap.40, p.340-43.
6. FERRIOLI, E; MORIGÜTI, J. C. **Envelhecimento do aparelho digestório**. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, F. A. X.; ROCHA, S. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap.44, p.376-79.
7. CARVALHO, F. J. W. **Envelhecimento do Aparelho genito-urinário**. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, F. A. X.; ROCHA, S. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 50, p. 426-29.
8. LIBERMAN, S **Envelhecimento do Sistema Endócrino**. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, F. A. X.; ROCHA, S. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 50, p. 426-29.

# Idoso frágil

## Instabilidade

A instabilidade postural e as quedas são as principais causas da incapacidade do idoso. Quando o idoso cai significa a total perda do equilíbrio postural, decorrentes de fatores próprios da pessoa isolados e/ou a incapacidade de superar a instabilidade provocada por fatores ambientais<sup>1</sup>.

As quedas e suas conseqüências se fazem presentes em todas as épocas da vida, porém são encaradas explicitamente como um problema da idade avançada. Os indivíduos idosos caem mais e correm mais riscos de lesões. O impacto psicológico das quedas é devastador entre os indivíduos mais velhos. Um episódio de queda pode ocasionar o trauma direto, imobilidade pós-queda, danos psicológicos e sociais assim como ser causa de mortalidade. O idoso jovem (60-75anos) cai devido a tropeções e escorregões, enquanto que os idosos acima de 75 anos caem por enfermidades, como músculo-esquelética, cardíacas, neurológicas, sensoriais e pelo uso de medicamentos<sup>1</sup>. Estima-se uma incidência de 28 a 35% de quedas nas pessoas com mais de 65 anos, 35% naqueles acima de 70 anos e 42% naqueles com mais de 75 anos.

As causas deste problema entre os mais velhos podem ser únicas e claramente identificadas, ou, mais comumente, múltiplas e de difícil individualização. Estão intimamente relacionadas com a postura e a marcha, que, por sua vez, sofrem várias influências do envelhecimento normal e patológicos.<sup>2</sup>

Diversas alterações biológicas importantes são evidentes a partir dos 60 anos de idade decorrentes do processo de envelhecimento normal. Estas alterações acometem os diversos órgãos e sistemas corporais, como o sistema nervoso central, sistema visual, auditivo, cardiovascular, sensorial e etc. Problemas posturais ou músculo-esqueléticos são comuns no idoso<sup>3</sup>. Ficar em pé e andar torna-se mais difícil, tanto por desgaste nas articulações, pela diminuição da velocidade dos reflexos no músculo esquelético quanto por alterações nas funções perceptivas envolvidas com

a visão e a audição. Além das condições intrínsecas do organismo do idoso, inúmeros medicamentos causam efeitos colaterais que podem piorar o equilíbrio<sup>4</sup>.

O envelhecimento crescente da população com maior risco de cair, torna cada vez mais urgente o planejamento e a adequação ergonômica dos ambientes para a pessoa idosa como prevenção de quedas. Identificar os fatores de risco é passo importante, pois, ajudam a identificar e compreender as causas das quedas, ajudam identificar idosos com maior probabilidade de cair, podem ser modificáveis e apontam para intervenções específicas.

### Causas e fatores de risco:

INTRÍNSECAS DO ORGANISMO	MEIO AMBIENTE/EXTRÍNSECAS
Ataque isquêmico transitório	Pouca iluminação
Hipotensão Postural	Tapetes soltos
Arritmias	Piso encerado
Oclusão das artérias vertebrais	Desnível das calçadas públicas
Episódios de tontura e vertigem	Passagens obstruídas por objetos
Epilepsia	Escadas não ergonômicas
Doença Parkinson	Falta de barras de apoio
Miopatias	Polifarmácia
Neuropatias periféricas	
Hidrocefalia de pressão normal	
Demências	
Problemas de Visão	
Propriocepção/Sistema Vestibular	

### Avaliação

Há dois elementos principais na avaliação das quedas. O primeiro é o exame e o tratamento da vítima após o evento, e o segundo elemento consiste na avaliação do ambiente e dos fatores predisponentes.<sup>2</sup>

## Questionário de quedas (NIPEG/HU/UFSC)

	Sempre	Habitualmente	Algumas Vezes	Nunca
1) Caminha com dificuldade				
2) Caminha com ajuda:				
• de uma pessoa				
• de duas pessoas				
• de um andador				
• de muletas ou bengala				
3) É totalmente acamado				

4 – História de queda nos últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Quantas vezes? \_\_\_\_\_

• Fraturas? (onde) \_\_\_\_\_

• Contou a alguém sobre a queda? \_\_\_\_\_

• Local da queda? \_\_\_\_\_

• Por que caiu? \_\_\_\_\_

• Tem medo de novas quedas? \_\_\_\_\_

• Outras observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Roteiro Exame Físico:

1) MEEM: _____/30	Articulações MMII: normal ( ) Alterado ( )
2) EYE TEST de Jaeger OD: _____ OE: _____	Força muscular: normal ( ) Alterado ( )
3) Avaliação auditiva: normal ( ) Alterado ( )	Avaliação pés: normal ( ) Alterado ( )
4) PA: deitado: _____ em pé: _____ sentado: _____	Exames Laboratoriais: Hemograma _____ Na= ___ K= _____ Ca= _____ glicemia= _____ creatinina= _____ CPK= _____ CKmb= _____ TSH= _____ Urinal, urocultura= _____
5) Ausculta cardíaca:	
6) Avaliar marcha- TINETTI: ___/12 Avaliação equilíbrio: Tinetti: ___/16	
7) Teste Romberg: normal ( ) Alterado ( )	
8) Reflexos patelar: normal ( ) Alterado ( ) Reflexos aquileu: normal ( ) Alterado ( )	

## Prevenção e tratamento

A prevenção de quedas torna-se um assunto de importância vital na saúde pública pelos prejuízos e morbidade relacionados a esses eventos. A prevenção primária pode ser possível em algumas situações como nas instituições; porém, não se revelou efetiva em indivíduos da comunidade. Entretanto, medidas como atividade física, nutrição, avaliação dos riscos domésticos e revisão periódica de medicamentos possuem implicações para aspectos importantes da saúde geral da comunidade.

A prevenção secundária é provavelmente uma estratégia mais útil. Lembrando que a pessoa que sofreu uma primeira queda possui maior risco para uma segunda queda sendo importante identificar um ou mais fatores que aumentam este risco.

O tratamento de um paciente com risco ou história de queda exige uma conduta multidisciplinar. O sucesso do plano terapêutico é dependente do envolvimento dos familiares ou cuidadores bem como do próprio paciente<sup>2</sup>.

As condutas de intervenção podem ser as seguintes:

- Programa de melhora do equilíbrio e marcha (supervisão de profissional)
- Exercícios de fortalecimento muscular
- Descontinuação gradual de medicações psicotrópicas e suspensão de possíveis medicamentos
- Modificações domésticas após alta hospitalar, condições seguras no domicílio (Figura 2)
- Uso de Andador/Bengala
- Tai chi chuan
- Corrigir visão
- Uso de adaptadores e protetores pélvicos (Figura 1)
- Reabilitação auditiva



Figura 1: Adaptadores e protetores pélvicos

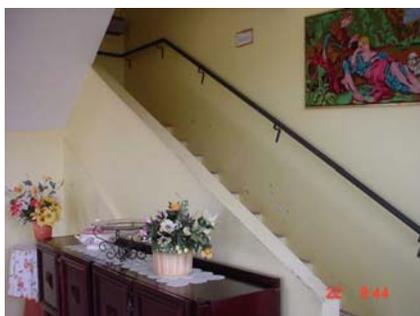


Figura 2: Modificações ambientais

## Imobilidade

O processo de imobilidade do idoso é melhor compreendida como Síndrome da Imobilização e é definida como: “Complexo de sinais e sintomas resultantes da supressão de todos os movimentos articulares e, por conseguinte, da incapacidade da mudança postural”.<sup>8</sup> Ou usando-se critérios maiores e menores: “Os critérios maiores seriam o déficit cognitivo médio a grave e múltiplas contraturas, os critérios menores são sinais de sofrimento cutâneo ou úlcera de decúbito, disfagia leve a grave, dupla incontinência e afasia”. A Síndrome da Imobilização pode ser considerada quando o idoso apresenta os critérios maiores e pelo menos duas características dos critérios menores.

### Causas:<sup>8,9</sup>

Patologias	
Doença Osteoarticular	Osteoartrose, seqüela de fraturas, Osteoporose, deformidade plantar, metástases
Doença cardiopulmonar	DPOC, ICC, ICO
Doenças vasculares	Seqüelas de trombose venosa, Insuficiência arterial
Doença muscular	Fibrosite, polimialgia, desnutrição
Doença neurológica	Neuropatia periférica, AVC, Hidrocefalia, Parkinson
Doença psíquica	Depressão, Demência
Doença dos pés	Calosidade, onicogribose, úlcera plantar
Intoxicação medicamentosa	Neurolépticos, ansiolíticos, hipnóticos, anti-hipertensivos, antidepressivos tricíclicos em doses altas, isolamento social
Deficit neurosensorial	Cegueira, surdez

**Conseqüências:**<sup>8,9</sup> perda de equilíbrio, quedas, perda da independência, imobilidade no leito e suas complicações referidas a seguir:

Sistema tegumentar	Atrofia da pele, úlcera decúbito, escoriações, micose
Sistema esquelética	Osteoporose, artrose, fraturas
Sistema muscular	Atrofia, hipertonia, contraturas
Sistema cardiovascular	TVP, TEP, Isquemia arterial, edema linfático
Sistema urinário	Incontinência, ITU
Sistema digestivo	Desnutrição, fecaloma, disfagia
Sistema nervoso	Depressão, inversão ritmo sono, delirium
Sistema respiratório	Pneumonia, Insuficiência respiratória
Sistema endócrino e metabólico	Retenção hídrica, resposta diminuída da suprenal, eritropoiese diminuída, diminui excreção de K, Na e fosfato

A principal ação é a prevenção da instalação da síndrome cuidando e tratando adequadamente das causas.

## Insuficiência cognitiva

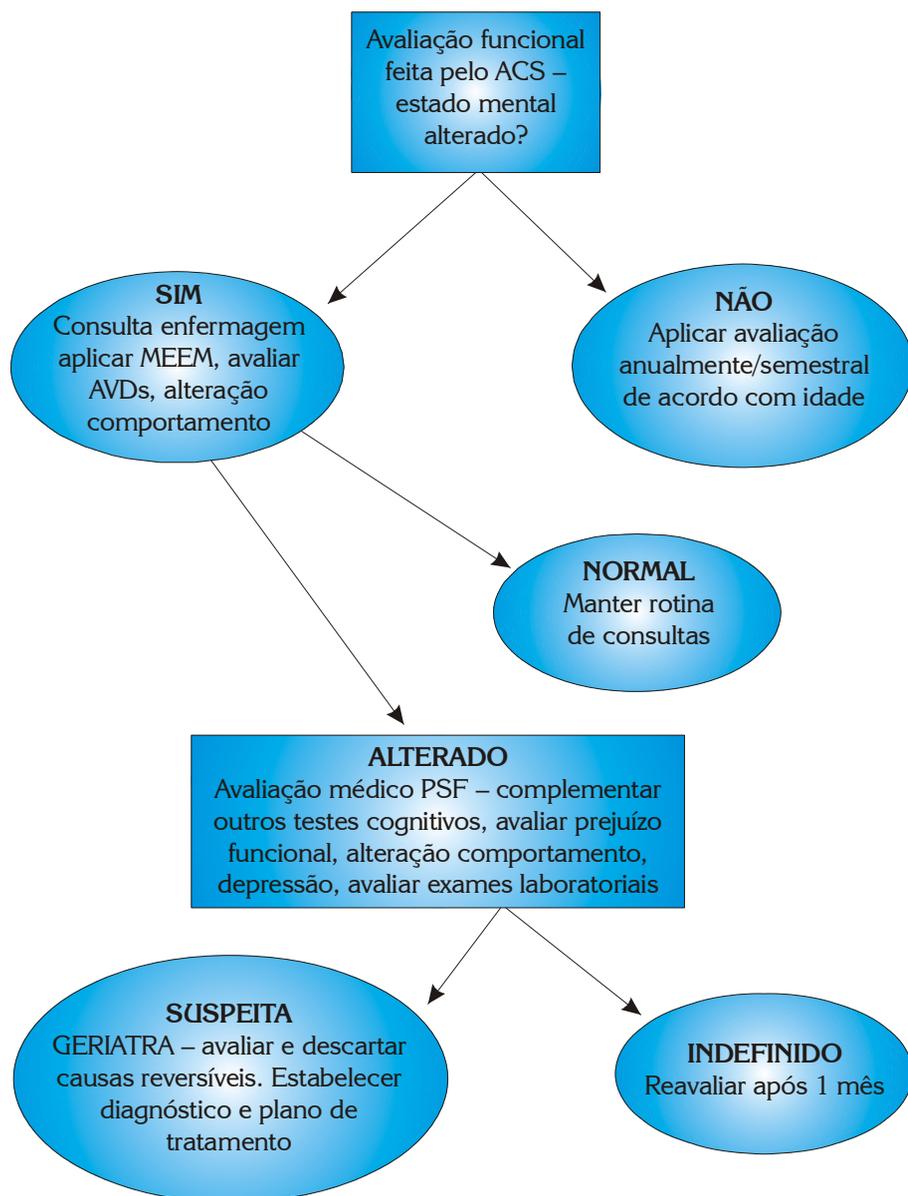
O declínio intelectual que acompanha a idade tem início e progressão variáveis, dependendo da escolaridade, saúde, personalidade e capacidades mentais específicas.<sup>10</sup>

O déficit cognitivo pode se apresentar de maneira a não trazer prejuízo funcional ao indivíduo (Alteração Cognitiva Leve) e a trazer prejuízo cognitivo e funcional importantes preenchendo critérios para Demência. Podemos ter três situações:

Idoso Normal	Transtorno Cognitivo Leve	Demência
Queixa de perda memória pelo paciente ou familiar	Queixa de perda memória pelo paciente ou familiar	Queixa de perda de memória pelo paciente ou familiar
Escore MEEM normal	Escore levemente rebaixado de MEEM (24) Teste do Relógio Fluência verbal, Lista de palavras Raciocínio abstrato	Escore rebaixado de MEEM de acordo com escolaridade
Funções cognitivas normais	Funções cognitivas normais	Déficit cognitivo – memória, pensamento, orientação, compreensão, linguagem, cálculo, pensamento abstrato e julgamento
Atividades funcionais intactas	Atividades funcionais intactas	Comprometimento das atividades profissionais, ocupacionais e sociais
Ausência de demência	Ausência de demência	Deterioração para executar AVDs
		Alteração do comportamento (alucinações, depressão)
		Excluído outras condições que causem demência: Tu, Parkinson, Hematoma subdural, HPN; hipotireoidismo, def vit B12 e ácido fólico, hipercalcemia, neurosifilis, HIV, induzidas por substâncias

Sugere-se utilizar o fluxo a seguir para o atendimento ao paciente com queixa de alteração de memória:

## Fluxograma



### **Exames complementares:**<sup>11,12</sup>

- Hemograma, creatinina, sódio, potássio, cálcio, vit B12, VDRL, TSH, CT crânio ou se possível RNM
- Casos selecionados: uréia, glicose, HIV, folato, ECG, SPECT, LCR, EEG

### **Tratamento:**

Farmacológico: fornecido pelo GEPAM, antigo PAM CENTRO, com preenchimento dos formulários específicos.

Alzheimer leve a moderado: Inibidores da acetilcolinesterase: Rivastigmina, Donepezil e Galantamina; Alzheimer avançado: Memantina

### **Iatrogenia**

Complicações iatrogênicas são definidas como doenças induzidas pelo médico ou outros profissionais de saúde. A iatrogenia pode ser produzida por medicamentos, orientações errôneas, como o simples repouso no leito prolongado, intervenções cirúrgicas e reabilitação inadequada.

O uso de fármacos em idosos deve receber especial atenção dos profissionais pelas mudanças que ocorrem na farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos no organismo após os 60 anos de idade.

Usa-se o termo FARMACOCINÉTICA para o estudo da absorção, distribuição, metabolismo e excreção das drogas. Diversas alterações fisiológicas ocorrem no organismo idoso relacionadas a estes mecanismos.

**Alteração da absorção:** a) a diminuição no tempo do trânsito intestinal implicando aumento do tempo de esvaziamento gástrico; b) menor fluxo sanguíneo, retardando a remoção de substâncias; c) diminuição do número de células das estruturas mucosas;

**Alteração da distribuição:** a) a diminuição de água total do organismo; b) diminuição da massa muscular e aumento do tecido adiposo; ocorrerá aumento do volume de distribuição de drogas lipossolúveis (Diazepam p. ex.) c) diminuição do fluxo sanguíneo do baço d) Há redução da proteína plasmática acarretando aumento da fração livre que será responsável pela ação medicamentosa.

**Alteração do metabolismo:** a) não dispõe de capacidade enzimática necessária; b) alterações na função hepática; c) perfusão sanguínea hepática diminuída

**Alteração da Excreção:** a) redução da filtração glomerular; b) redução na reabsorção tubular; c) redução na secreção tubular d) a velocidade de filtração glomerular pode estar até 40% menor

FARMACODINÂMICA – pode ser definido como “A mensuração e o estabelecimento do tipo, da intensidade e da duração do efeito de determinada concentração de um fármaco no seu sítio de ação”<sup>14</sup>

## Por que medicar o idoso não é tão simples?

Com o aumento da idade, a incidência de reações adversas pode chegar até sete vezes maior do que nos jovens. Há modificações nos mecanismos de absorção, distribuição, metabolização e excreção dos medicamentos no idoso. Há modificações nos receptores e sítios de ação relacionados ao envelhecimento. Há também modificações nos receptores das drogas. O idoso é mais sensível aos benzodiazepínicos por alteração nos receptores GABA. Os neurotransmissores também sofrem alterações que podem facilitar a confusão mental induzida por drogas. Alguns reflexos fisiológicos através dos baroreceptores e do Sistema Nervoso Central estão diminuídos o que leva a maior suscetibilidade a hipotensão postural ocasionada por drogas e conseqüentemente quedas. A alta prevalência das doenças crônico-degenerativas no idoso leva a necessidade da utilização de mais de uma droga, o que potencializa o risco de interações medicamentosas. Segundo Ramos (2001), “ 11% dos idosos consomem pelo menos 4 drogas por dia”.

Várias queixas comuns que levam o idoso ao serviço de saúde, como quedas, perda da memória, confusão mental, lentidão motora podem ser fruto de efeitos medicamentosos.

## Recomendações na prescrição de medicamentos<sup>13</sup>

- Lembrar dos parâmetros fisiológicos do idoso
- Fazer diagnóstico correto
- evitar prescrever inúmeros medicamentos

- receitar o estritamente necessário
- usar posologia reduzida e a menor dose possível
- conhecer as características farmacológicas do medicamento
- limitar tempo de uso e sempre avaliar possibilidade de retirada

## Drogas que podem causar delírio

- Hipnóticos, sedativos, anticonvulsivantes, antidepressivos, corticoides, digitálicos, bloqueadores H<sub>2</sub>, drogas antiparkinsoniana

## Drogas a serem evitadas no idoso

- Antidepressivos tricíclicos, anticolinérgicos, bloqueadores H<sub>2</sub>, benzodiazepínicos (especialmente os de longa duração), antihipertensivos de ação central

## Incontinência urinária

A Incontinência Urinária (IU) é definida como eliminação involuntária de urina, em local e momento inadequado. Não se trata de uma doença, mas sim de um sintoma.

Este problema aumenta com a idade, apesar do envelhecimento em si não ser causa de IU. É mais freqüente nas mulheres que nos homens. “Afeta cerca de 30% dos idosos que vivem em comunidade e 50% dos institucionalizados”.<sup>16</sup>

Nos idosos, a capacidade da bexiga e o tônus estão diminuídos, causando uma maior dificuldade de retardar a micção. Há agravantes como a fraqueza do esfíncter uretral ou uso de medicamentos que podem causar a IU.

Existem três mecanismos principais responsáveis pelo aparecimento da IU: hiperatividade do músculo detrusor, disfunção do esfíncter uretral e bexiga distendida (IU por transbordamento). Em alguns casos esta pode ser mista por apresentar mais de um destes em sua gênese. Ambos os mecanismos podem advir tanto de causas transitórias como de causas

persistentes. A história clínica e o exame físico devem abordar os aspectos descritos na Tabela 3.

Tabela 3 – Avaliação do cliente com incontinência urinária<sup>16</sup>

<b>História</b>	
Subjetivos	Severidade dos sintomas, qualidade de vida, tratamento paliativo ou cura.
Sintomas urinários	Início, duração, frequência, horários, quantidade de urina perdida, padrão de comportamento miccional, fatores precipitantes, problemas miccionais, disúria, noctúria, hematúria, urgência e ingesta líquida.
História pregressa	Infecção urinária recorrente, câncer, cirurgia pélvica, doenças neurológicas, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, incontinência fecal, constipação, depressão, insuficiência venosa, tratamentos para incontinência urinária.
Medicamentos	Diuréticos, anticolinérgicos, psicotrópicos, analgésicos narcóticos, agonistas e bloqueadores adrenérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio e álcool.
Ambientais	Localização dos banheiros, acomodações, mobilidade.
<b>Exame Físico</b>	
Abdominal	Palpação da bexiga, massas abdominais ou outros processos patológicos.
Retal	Sensação, tônus, massas, impactação fecal, retocele, sangue, tamanho e consistência da próstata.
Genital	Atrofia vaginal, cistocele, uretrocele, prolapso uterino, leucorréia, massas, tonicidade perineal.
Neurológico	Deambulação, tremores, rigidez, sinais focais, função cognitiva, afeto e motivação.
Outros	Padrão ventilatório, engurgitamento jugular, edema, adenopatias

Assim, com base nos dados coletados pode-se supor o mecanismo envolvido na incontinência dentre os descritos a seguir.

**Hiperatividade do músculo detrusor** – Ocorre devido à perda de habilidade de controlar ou de inibir as contrações do detrusor, gerando a chamada incontinência de urgência. Caracteriza-se pelo surgimento súbito do desejo miccional que não dá tempo suficiente para que a pessoa chegue ao toalete. Pode associar-se de noctúria e sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.

As causas transitórias da incontinência urinária de urgência podem ser por efeito de drogas (diuréticos, café, sedativos, álcool), hipoxemia,

delirium, hiperglicemia, ITU, vaginite atrófica.<sup>17</sup> As causas persistentes são Demência, Parkinson, AVC, lesão de medula espinal.

**Disfunção do esfíncter uretral** – Caracteriza-se por uma incontinência de estresse, onde a perda de urina ocorre associada com aumento da pressão intra-abdominal, cessando quando a pressão retorna ao normal. A IU manifesta-se ao tossir, espirrar, rir, subir escadas ou realizar esforços físicos. Causas transitórias: uso de medicamentos como bloqueadores alfa-adrenérgicos, doxazosina, prazosina e terazosina. Causas persistentes: prolapso uretral, cistocele, retocele e prolapso uterino; Denervação esfíncterina; Trauma de cirurgia; Radioterapia; Neoplasia ou lesão da medula espinhal na região sacra.

**Bexiga distendida:** Surge em decorrência de retenção urinária, a qual pode advir de obstrução do fluxo urinário ou perda de contratibilidade do detrusor. Causas transitórias: Medicamentosa; Impactação fecal. Causas persistentes: Hipertrofia prostática benigna; Neoplasias (próstata, vulva ou colo uterino); Estreitamento traumático resultante de cirurgia prévia para correção da incontinência; Lesão neuropática: Neuropatia diabética (lesão neuropática mais comum); Esclerose múltipla; Amiloidose; Sífilis.

## Exames complementares para avaliação da incontinência urinária

### Parcial de urina:

Volume urinário residual pós-miccional;

Cistometria simples.

### Teste de estresse:

Exames bioquímicos: função renal, Glicemia e calcemia, Cistometrografia formal de múltiplos canais.

Demais exames, como cistoscopia, citologia urinária e exames de imagem só se houver uma indicação específica, pois não se prestam para avaliação em si da incontinência urinária.

## Tratamento

O tratamento inicial deve-se basear na identificação do mecanismo e da causa da incontinência urinária, abordando-se sempre que

possível a presença de causas transitórias primeiramente, conforme a tabela 4.

Tabela 4 – Controle de condições potenciais transitórias causadoras ou contribuidoras de/para incontinência urinárias.<sup>17</sup>

Condições	Tratamento
<b>Incontinência urinária de urgência</b>	
Infecção aguda do trato urinário	Terapia com antibióticos
Vaginite atrófica	Terapia com estrogênio
Delírio ou hipóxia	Controle da causa básica
Excesso de líquidos	Redução de líquidos
Glicosúria	Controle do diabetes
Hipercalcemia, hipercalcúria	Tratamento da hipercalcemia
Síndrome de imobilidade	Terapia para problemas de imobilidade ou mudanças no ambiente
Efeitos de medicamentos	Suspensão ou mudanças de medicamento, se possível
<b>Incontinência urinária de estresse</b>	
Efeitos de medicamentos	Suspensão ou mudanças de medicamento, se possível
<b>Retenção urinária</b>	
Efeitos de medicamentos	Suspensão ou mudanças de medicamento, se possível
Impactação fecal	Desimpactação ou emolientes fecais

Ressalta-se que **não se deve tratar bacteriúria assintomática**, quando da análise da urina para avaliar quadro de infecção.

Com relação ao uso de estrogênio para vaginite atrófica, deve-se iniciar com tratamento tópico sempre que possível, pois situações de atrofia grave podem estar associados com redução da vascularização vaginal, uretral e vesical, com redução do efeito da medicação sistêmica. Uma vez excluídas as causas transitórias, segue-se o tratamento na dependência do mecanismo da incontinência urinária, com a abordagem das causas persistentes.

## Incontinência de urgência

- 1º) Terapia comportamental + exercícios para fortalecimento da musculatura pélvica
- 2º) Terapia medicamentosa: Oxibutinina; Tolterodina (menos efeitos colaterais); Bloqueadores dos canais de cálcio – medicamentos de segunda linha. Imipramina.

### 3ª) Cirurgia

#### Incontinência de estresse

O melhor tratamento em geral é cirúrgico com 75 a 79% de melhora na continência.

#### Incontinência por retenção urinária

Em casos de retenção urinária devido a aumento da próstata, a cirurgia consiste no tratamento de escolha sempre que sua realização for possível. O uso de medicamentos orais para hiperplasia prostática benigna tem seu efeito inicial lento, não devendo ser considerados como opção em casos de retenção urinária, devido ao risco de hidronefrose e lesão renal, ficando reservados para os casos em que o idoso não quer fazer cirurgia ou quando há risco cirúrgico significativo, podendo haver a necessidade de associar a cateterização até que se perceba melhora com a terapia medicamentosa, o que deve ser quantificado pelo volume residual pós-miccional. As opções medicamentosas são: Prazosina 1-2mg VO 2-3x/dia; Doxazosina 1-8mg VO ao deitar;

#### Necessidade de encaminhamento para o especialista

Deve-se realizar o encaminhamento quando houver:

- História de cirurgia prévia para incontinência ou de cirurgia radical da pelve;
- Incontinência de urgência com início nos últimos 2 meses;
- Presença de hematúria ou infecções urinárias sintomáticas recorrentes;
- Nódulo ou assimetria da próstata;
- Suspeita de neoplasia;
- Prolapso de estruturas pélvicas além do hímen;
- Desordens neurológicas que indiquem lesão de medula espinal;
- Indicação para tratamento cirúrgico, quando da falha das outras opções terapêuticas ou quando este for o tratamento de primeira linha.

## Referências

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção a Saúde do Idoso – Instabilidade e queda. **Caderno 4**. Brasília, 2000. 40 p.
2. PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; HECKMANN, M. Distúrbios da Postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, F. A. X.; ROCHA, S. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 74, p. 625-34.
3. PITTELLA, J. E. H. Envelhecimento Cerebral Normal. In: CANÇADO, F. A. X. **Noções Práticas de Geriatria**. Belo Horizonte: Coopmed, 1994, cap. 4, p. 69-82.
4. PLUM, D. Problemas Neurológicos Associados ao Envelhecimento. In: **Cecil Tratado de Medicina Interna**, 19. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993, v. 2, cap. 442, p. 2091-2092.
5. KAUFFMAN, T. L. **Manual de Reabilitação Geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
6. TINETTI, M. Escala de avaliação do equilíbrio e da Marcha de Tinetti. **Journal of the American Geriatric**, 1986, n. 34, p. 119-126.
7. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: 1994. **Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências, espaços, mobiliário e equipamento urbano/Associação Brasileira de Normas Técnicas** – Rio de Janeiro: ABNT, 1997.
8. LEDUC, M. M. S. Imobilidade e Síndrome da Imobilização. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, F. A. X.; ROCHA, S. M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap.76, p. 645-53.
9. BRITO, F. C.; COSTA, S. M. N. Quedas. In: PAPALÉO NETTO, M.; BRITO, F. C. **Urgências em Geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2001, cap. 26, p. 323-35.
10. CANINEU, P. R.; BASTOS, A. Transtorno Cognitivo Leve. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, F. A. X.; ROCHA, S. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 14, p. 128-32.
11. MACHADO, J. C. B. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, F. A. X.; ROCHA, S. **Tratado de**

- Geriatría e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 15, p. 133-47.
12. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Atenção à Saúde do Idoso.** São Paulo, 2004, 47 p.
13. NASCIMENTO, J. S. Farmacologia e terapêutica na velhice. In: FREITAS, E, V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, F. A. X.; ROCHA, S. **Tratado de Geriatría e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 73, p. 618-623.
14. TONIOLO NETO, J. Farmacocinética e farmacodinâmica no Idoso. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. V. **Atualização terapêutica 2001.** São Paulo: Artes médicas, 20. ed., 2001.
15. RAMOS, L. R. Terapêutica medicamentosa no Idoso. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. V. **Atualização terapêutica 2001.** São Paulo: Artes médicas, 20. ed., 2001.
16. TERRA, Newton Luiz (Org.). **Entendendo as queixas do idoso.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003, p. 29-70.
17. ADELMAN, Alan M.; DALY, Mel P. **Geriatría: 20 problemas mais comuns.** Rio de Janeiro: Revinter, 2004, p. 79-106. Traduzido por Irma Fioravanti.

# Cuidador do idoso

## **O que significa cuidado humano, autocuidado e cuidador (leigo e profissional)?**

O cuidador é uma pessoa que se envolve num processo de cuidar do outro, no qual ele vive uma experiência contínua de aprendizagem e de vida junto com a pessoa cuidada, resultando na descoberta das potencialidades mútuas. É nessa relação íntima e humana que se revelam os potenciais, muitas vezes encobertos, sejam na pessoa, sejam no cuidador. A pessoa se verá capaz de se autocuidar e o cuidador visualizará as reais capacidades da pessoa em cuidado.

O cuidador leigo é um ser especial com qualidades pessoais de forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. Costuma se doar ou voluntariar-se para as áreas específicas de sua vocação ou inclinação. Seus préstimos têm sempre um cunho de ajuda e apoio humano, com relações afetivas e de comprometimento.

Na gerontologia é usual a denominação de cuidador para as pessoas que cuidam de idoso no domicílio. Duarte diferencia o cuidador formal do informal caracterizando o primeiro como aquele que é contratado pelo idoso ou família, portanto é remunerado para exercer a tarefa do cuidar; o segundo é um familiar, amigo ou vizinho que assume cuidar dos idosos quase sempre sem preparo e sem remuneração.

## **Quem são os cuidadores de pessoas idosas em nosso meio?**

Pesquisas e observações da prática com idosos usuários do SUS têm nos mostrado que a família, na maioria das vezes, tem sido a cuidadora de idosos doentes e/ou fragilizados. Predomina, entre os cuidadores, a mulher, como acontece em todo o mundo, e é comum, em nosso meio participarem do cuidado vizinhas, amigas, comadres, as quais são muitas vezes chamadas de “família do coração”.<sup>2</sup>

## **O que uma Unidade Local de Saúde poderia desenvolver a favor da família cuidadora?**

### **Propostas:**

- Orientação com demonstração de cuidados aos familiares cuidadores acerca dos procedimentos necessitados pelo idoso por ocasião das visitas domiciliares periódicas da equipe do PSF onde inclui a enfermeira ou técnico/auxiliar de enfermagem.
- Orientação durante a consulta de enfermagem na Unidade Local de Saúde, em conjunto: o idoso familiar acompanhante enfatizando o autocuidado do idoso naquilo que ele pode continuar fazendo por si, evitando a dependência; e por parte do familiar incentivando o rodízio entre os familiares na tarefa do cuidado diário no domicílio.
- Formação e desenvolvimento de grupos de ajuda mútua convidando cuidadores de idosos identificados na comunidade para funcionar em reuniões periódicas (semanais, quinzenais, ou em outra periodicidade segundo as necessidades e possibilidades do grupo formado a fim de promover o acolhimento dos cuidadores e atendê-los na medida da necessidade de cuidados da própria vida e saúde.
- Desenvolvimento periódico de grupo educativo com programação definida especificamente sobre temáticas atuais e de necessidade de ensinamentos segundo o contexto particular de cada ULS, de interesse para ambos: os usuários idosos e suas respectivas famílias.

## **Qual conteúdo deve compor um programa de educação para o cuidado: treinamento/capacitação de cuidadores?**

### **Funções do cuidador primário ou principal:**

- ajudar a transferir-se da cama à mesa e cadeira de roda e voltar;
- ajudar na higienização e cuidado corporal: cabelo, barba unhas, pele, eliminações, banhos;
- ajudar nas locomoções para banho de sol, e atividades físicas apoiadas, movimentações ativa e passiva;

- estimular a alimentação saudável e ajudar nas refeições;
- promover o lazer e a recreação;
- promover a comunicação e a socialização;
- estimular a memória e o uso do intelecto;
- estimular e manter o interesse pelo auto-desenvolvimento (espiritualidade/religiosidade, revisão de vida, auto-estima);
- estimular e ajudar a manter ou adaptar o desenvolvimento de atividade laborativa segundo as capacidades e possibilidades presentes;
- manter a limpeza, ordem e segurança do quarto e das dependências da casa com vistas a manutenção de ambiente físico saudável, livre de riscos de acidentes, e confortável para repouso e sono reparador diário;
- servir de elo entre o idoso e seu médico e/ou o serviço de saúde como hospital, emergência, ambulatório, UBS, centro de reabilitação, onde o idoso costuma freqüentar tomando as providências necessárias;
- desenvolver outras tarefas negociadas segundo as necessidades específicas de cada usuário idoso.

### **Funções do cuidador secundário (representam geralmente ajudar nas AVDI)**

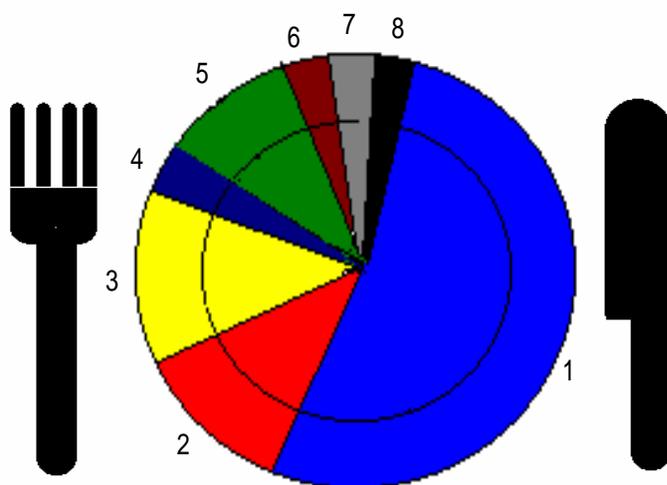
- acompanhar em viagens longas para tratamento ou não;
- executar tarefas externas ao lar, que o idoso costumava fazê-las como pagar contas, fazer compras, mandar fazer consertos, etc;
- administrar providências necessárias e urgentes como, transporte ao hospital, à fisioterapia, entre outras;
- visitar idosos quando estes se encontrarem em casas de repouso ou asilo; apoiando-os a manter a comunicação e relacionamento familiar e da comunidade;
- colocar-se à disposição entre outros membros familiares para um cuidado compartilhado em sistema de rodízio;
- negociar outras formas de cuidado em conformidade com o idoso, família; e a instituição na qual o idoso é assistido.

## Referências:

1. DUARTE, Y. A. O et al. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. *O Mundo da saúde*. v. 21, n. 4, p. 226-230, 1997.
2. NITSCHKE, Rosane Gonçalves. *Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta de laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos*. Pelotas: UFPel, 1999.
3. CALDAS, C. P. et al. (Org.). *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

# Nutrição

Os nutrientes dos alimentos precisam estar presentes na alimentação. As quantidades que devem ser ingeridas diariamente são conhecidas com Quantidades Diárias Recomendadas (RDA's). E estas quantidades foram calculadas especialmente para você. Confira!



Cada grupo alimentar tem um número de porções que devem ser ingeridas diariamente. De acordo com as cores do prato, os grupos distinguem-se em:

- Grupo 1** – pães, cereais (como o arroz), massas, batata, mandioca. Consumir de 5 a 9 porções;
- Grupo 2** – hortaliças, como cenoura, espinafre, tomate. Consumir de 4 a 5 porções;
- Grupo 3** – frutas. Consumir de 3 a 5 porções;
- Grupo 4** – leguminosas, como feijão, soja, lentilha. Consumir 1 porção;
- Grupo 5** – leite e derivados, como queijo, iogurte. Consumir 3 porções;
- Grupo 6** – carne de boi, peixe, ave e ovos. Consumir 1 a 2 porções;

**Grupo 7** – óleos e gorduras. Consumir 1 a 2 porções.

**Grupo 8** – açúcares e doces. Consumir 1 a 2 porções.

### **Dicas importantes**

- ✓ Coma menos e mais vezes. Procure fazer de 5 a 6 refeições durante o dia, porém evite exageros no tamanho dessas mesmas;
- ✓ Evite o consumo excessivo de gorduras de origem animal, como manteiga, banha, leite integral, creme de leite, gorduras em carnes entre outros; esses alimentos podem contribuir para o aumento do colesterol “ruim” e o desenvolvimento das doenças do coração;
- ✓ Evite frituras, dando preferência aos assados e grelhados;
- ✓ O “bom” colesterol pode ser aumentado com consumo de peixes como atum, sardinha, salmão, tainha, linguado, etc.
- ✓ Alimentos como: chocolates, balas, pudins, tortas e refrigerantes; deve ter seu consumo limitado de 1 a 2 porções por semana, para evitar a obesidade e o diabetes;
- ✓ Procure comer alimentos ricos em fibras, entre eles os pães e cereais integrais, verduras e frutas; pois esses alimentos tendem a diminuir a prisão de ventre, comum na 3ª idade;
- ✓ Evite ao máximo o consumo de sal para evitar a pressão alta;
- ✓ Frutas e verduras, por serem importantes fontes de vitaminas e minerais, devem ter seu consumo aumentado;
- ✓ O Cálcio, que é um mineral de grande importância para a osteoporose, não pode faltar na alimentação, principalmente das mulheres. Para obtê-lo, consuma leite e seus derivados, como queijo e iogurte; dando preferência aos produtos desnatados, que tem menos gordura;
- ✓ Abuse dos líquidos, como água, chás e sucos, principalmente para evitar a desidratação, mas evite chá preto, café e chimarrão. Mesmo que você goste muito, não exceda nos líquidos enquanto você estiver comendo e também evite o consumo de chás e café antes de dormir, para evitar insônia.

# Acolhimento

Chamaremos de Acolhimento aos processos de mapeamento dos idosos na comunidade, a realização da avaliação funcional dos idosos na comunidade e a recepção dos serviços adequados para receber estes idosos.

## **O acolhimento na comunidade: busca ativa**

O agente comunitário de saúde (ACS) desempenha um papel muito importante como elo entre a comunidade e a Unidade Local de Saúde. Atualmente em Florianópolis o ACS precisa fazer pelo menos uma visita mensalmente aos marcadores, hipertensão, diabetes, tuberculose, Hanseníase, gravidez, crianças menores que 6 anos.

O município passará a inserir o idoso como um marcador. Desta forma cada idoso deverá ser visitado pelo agente comunitário de saúde pelo menos uma vez por mês.

Uma vez identificados os idosos moradores da comunidade, a avaliação funcional do idoso pode ser iniciado durante as primeiras visitas domiciliares do agente comunitário e/ou durante a visita que deve fazer mensalmente aos chamados marcadores.

O agente comunitário deverá preencher a avaliação funcional multidimensional do idoso, durante as visitas periódicas às famílias, para definir se aquele idoso precisa de consulta médica urgente, agendada, decisão da equipe, consulta de enfermagem ou outros. Será usada ficha padronizada cujo modelo se encontra a seguir:

### **Visão**

Perguntar: “Você tem dificuldade para dirigir, ver TV, ler, ou fazer qualquer atividade de vida diária devido a problemas de visão?”

Se sim, discutir com a equipe de saúde intervenção imediata.

## **Audição**

Aplicar o teste do sussurro.

O paciente responde à pergunta?

Ouvido D: \_\_\_\_\_ Ouvido E: \_\_\_\_\_

Se não, encaminhar a consulta médica na ULS para otoscopia e encaminhamentos.

## **Função dos membros superiores**

Proximal: Ver se o paciente é capaz de: Toçar a nuca com ambas as mãos: \_\_\_\_\_

Distal: Ver se o paciente é capaz de: Apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta: \_\_\_\_\_

## **Função dos membros inferiores**

Ver se o paciente é capaz de:

Levantar da cadeira: \_\_\_\_\_ caminhar 3m: \_\_\_\_\_  
voltar e sentar: \_\_\_\_\_

## **Estado mental**

Solicitar ao paciente que repita o nome dos objetos:  
mesa \_\_\_\_\_ maçã \_\_\_\_\_ dinheiro \_\_\_\_\_

Após alguns minutos pedir que os repita, se incapaz, encaminhar para aplicação do MEEM (enfermeira, médico)

## **Humor**

Perguntar: Você se sente triste ou desanimado freqüentemente?

Se sim, encaminhar para aplicação de escala de depressão geriátrica (enfermeira, médico)

## **Domicílio**

Perguntar: Sofreu queda em casa nos últimos 12 meses? \_\_\_\_\_  
quantas vezes \_\_\_\_\_

Em sua casa há: escadas: \_\_\_\_\_ tapetes: \_\_\_\_\_ corrimão no  
banheiro \_\_\_\_\_

## Atividades diárias

Perguntar: Você é capaz sem auxílio de:

Sair da cama? \_\_\_\_\_ vestir-se \_\_\_\_\_ preparar suas refeições  
\_\_\_\_\_ fazer compras \_\_\_\_\_

## Incontinência

Perguntar: você às vezes perde urina ou fica molhado?

Se sim, perguntar: quantas vezes \_\_\_\_\_ isso provoca incomodo  
\_\_\_\_\_

## Nutrição

Perguntar: você perdeu mais que 4 kg no último ano?

Peso usual \_\_\_\_\_ kg altura \_\_\_\_\_ cm

## Suporte social

Perguntar: Alguém poderia ajudá-lo caso fique doente ou incapacitado? \_\_\_\_\_

Quem poderia ajudá-lo? \_\_\_\_\_

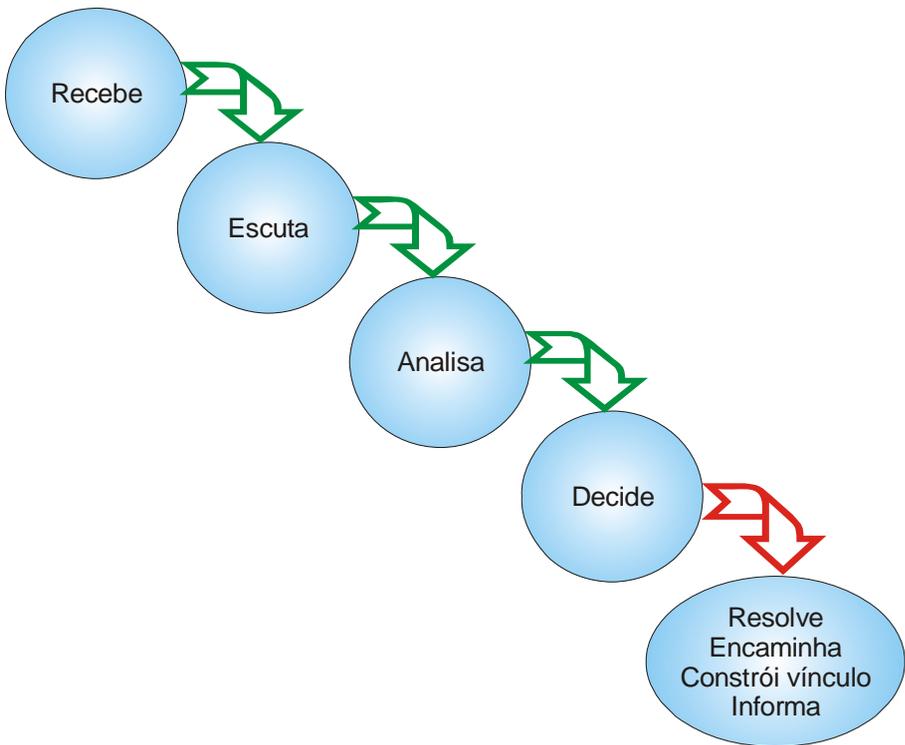
Fonte: Sirena e Moriguchi (2004, p. 576)

## O acolhimento na unidade local de saúde

A proposta de ACOLHIMENTO, como forma de organização da porta de entrada dos serviços de saúde tem sido implantada em alguns municípios. Iniciou-se como um projeto na década de 1990 para readequar as Unidades básicas dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde – (Universalidade, Regionalização, Equidade).

O acolhimento, portanto, pretende melhorar o acesso dos usuários ao serviço, mudando a forma tradicional de entrada as unidades que se dá através da fila e pela ordem de chegada. O fluxo de acolhimento se processa da seguinte forma:

## Fluxo de acolhimento



O ato de escuta é diferente do ato de bondade, o acolhimento requer que o profissional utilize todo seu conhecimento para dar resposta às necessidades dos usuários.

Atualmente toda a demanda que chega à Unidade independente da idade ou fator de gravidade se dirige ao balcão de recepção por ordem de chegada. A recepção pergunta se o usuário tem o cartão da Unidade e o motivo pelo qual procurou o posto de saúde. Se não tem o cartão da Unidade, a recepção o faz e após existem apenas os caminhos para o médico como consulta de urgência ou agendada, sala de vacina, farmácia e aferição de PA e glicemia capilar. Neste tipo de recepção o usuário se limita a informar o que veio procurar sob sua própria percepção: consulta médica, farmácia, vacina, curativo, dentista, aferição de PA. O modelo Acolhimento propõe um atendimento qualificado desde a primeira entrada do usuário na Unidade. Aqueles que não têm consulta agendada ou que não vieram por motivo específico de medir a Pressão ou pegar medicamento seriam atendidos pela equipe de acolhimento. Nas Unidades de

Saúde onde a demanda é geral dificulta criar um acolhimento específico somente para o idoso. Sugere-se que se criem acolhimentos gerais, onde o idoso será um percentual importante desta demanda.

## Propostas de acolhimento do idoso

- vagas garantidas nas agendas aos idosos
- senha preferencial para atendimento ao idoso na ULS
- organizar um dia para o atendimento do idoso

O idoso será um marcador, ou seja, o agente de saúde deve visitar o idoso pelo menos uma vez por mês.

Criar nas Unidades Locais de saúde uma sala de acolhimento ao idoso.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da saúde, 1997. 36 p.

SIRENA, S. A.; MORIGUCHI, E. H. **Promoção e Manutenção da Saúde do Idoso**. In: DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária baseadas em evidências**. 3. ed. Artmed, Porto Alegre, 2004, cap. 60, p. 576-585.

MALTA, D. C.; FERREIRA, L. M.; REIS, A. T.; MERHY, E. E. **Acolhimento – Uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada**. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o público**. Ed. Xamã, São Paulo, 1998, p. 121-142.

# Imunização

Vacina	Quem deve tomar	Frequência
<b>Influenza</b> (contra gripe causada pelo vírus Influenza.) A cada ano é desenvolvida uma nova vacina, por ser um vírus que muda muito. Esta vacina protege somente contra os vírus que compõem a vacina	– todas as pessoas com sessenta anos ou mais	Uma dose por ano
<b>Contra pneumococo23</b> (contra pneumonia causada pela bactéria Pneumococo)	Idosos que vivem em instituições fechadas (asilos, hospitais). Idosos acamados (asilos, hospitais, em casa).	Dose única com um reforço após 5 anos.
<b>Difteria e Tétano (dT)</b> (Protege contra difteria e tétano)	Para idosos e todas as pessoas não vacinadas ou com esquema incompleto de vacina ou ainda com a última dose feita há mais de dez anos.	3 doses 1 dose de reforço a cada 10 anos.