

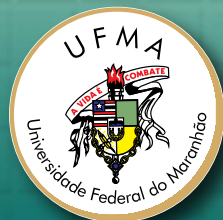
**MÓDULO 10 • UNIDADE 3**

# **ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

**PRINCIPAIS AGRAVOS E RISCOS À SAÚDE**



**UNA-SUS**  
Universidade Aberta do SUS



MÓDULO 10 • UNIDADE 3

# ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA

PRINCIPAIS AGRAVOS E RISCOS À SAÚDE

São Luís  
2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

***Reitor*** – Natalino Salgado Filho

***Vice-Reitor*** – Antonio José Silva Oliveira

***Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação*** – Fernando de Carvalho Silva

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA**

***Diretora*** – Nair Portela Silva Coutinho

**COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA**

COORDENAÇÃO GERAL

***Ana Emília Figueiredo de Oliveira***

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

***Deborah de Castro e Lima Baesse***

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

***Rômulo Martins França***

## Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

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 PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde  
**Universidade Federal do Maranhão - UFMA**  
**Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS**  
Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660  
**Site:** [www.unasus.ufma.br](http://www.unasus.ufma.br)

### NORMALIZAÇÃO

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva  
(CRB 13ª Região nº de Registro – 453)

### REVISÃO ORTOGRÁFICA

Fábio Allex

### REVISÃO TÉCNICA

Claudio Vanucci Silva de Freitas  
Judith Rafaelle Oliveira Pinho

### DIAGRAMAÇÃO E ARTE FINAL

Douglas Brandão França Junior

### ILUSTRAÇÕES

Camila Santos de Castro e Lima

## Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

**Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: principais agravos e riscos à saúde/Camila Carvalho Amorim; Fabrício Silva Pessoa (Org.). - São Luís, 2014.**

53f.: il.

1. Saúde do idoso. 2. Geriatria. 3. Atenção primária à saúde. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Título.

CDU 613.9-053.9

## APRESENTAÇÃO

O objetivo da construção deste material é que você possa conhecer as grandes síndromes geriátricas no contexto da Atenção Básica e as principais peculiaridades das doenças crônicas na pessoa idosa.

Nesta unidade serão abordados os principais agravos e riscos à saúde da pessoa idosa, dentre os quais serão discutidas as cinco grandes síndromes geriátricas: a instabilidade postural e as quedas no idoso, incontinência urinária, insuficiência cerebral, iatrogenia e imobilidade.

Além disso, ressaltamos algumas peculiaridades fundamentais no que diz respeito às doenças crônicas no idoso, proporcionando assim uma familiarização e domínio fundamental para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Bons estudos!

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Roteiro para a avaliação do paciente com incontinência urinária .....	17
Quadro 2 - Modelo de diário miccional .....	18
Quadro 3 - Roteiro para tratamento da incontinência urinária segundo a causa .....	20
Quadro 4 - Progressão do déficit cognitivo.....	24
Quadro 5 - Classificação das categorias avaliadas pelo Clinical Dementia Rating .....	26
Quadro 6 - [Elementos-chave dos] critérios para doença de Alzheimer segundo o National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) [Criteria for Alzheimer Disease-NINCDS-ADRDA] .....	27
Quadro 7 - Drogas que podem causar <i>delirium</i> e drogas a serem evitadas no idoso.....	34
Quadro 8 - Causas mais comuns da síndrome da imobilidade .....	35
Quadro 9 - Consequências da síndrome da imobilidade .....	36
Quadro 10 - Glicemia-alvo para diabéticos $\geq 65$ anos .....	40
Quadro 11 - Estadiamento da doença renal crônica proposto pelo KdoQi e atualizado pelo National Collaborating Centre for Chronic Condition.....	43
Quadro 12 - Os diferentes “antidepressivos” .....	49

# SUMÁRIO

<b>UNIDADE 3 .....</b>	<b>8</b>
<b>1 ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA: PRINCIPAIS AGRAVOS E RISCOS À SAÚDE .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 As grandes síndromes geriátricas .....</b>	<b>8</b>
1.1.1 Instabilidade postural e as quedas no idoso .....	8
1.1.2 Incontinência urinária .....	16
1.1.3 Insuficiência cerebral.....	20
1.1.4 Iatrogenia.....	31
1.1.5 Imobilidade.....	34
<b>2 PECULIARIDADES DAS DOENÇAS CRÔNICAS NO IDOSO .....</b>	<b>38</b>
<b>2.1 Peculiaridades da hipertensão arterial no idoso .....</b>	<b>38</b>
<b>2.2 Peculiaridades do diabetes mellitus no idoso .....</b>	<b>39</b>
<b>2.3 Insuficiência renal crônica .....</b>	<b>42</b>
<b>2.4 Osteoporose .....</b>	<b>45</b>
<b>3 SAÚDE MENTAL NO IDOSO .....</b>	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>

# UNIDADE 3

## 1 ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA: PRINCIPAIS AGRAVOS E RISCOS À SAÚDE

### 1.1 As grandes síndromes geriátricas

As grandes síndromes geriátricas representam um grande desafio para a atenção primária, que, além de resgatar a boa prática da integralidade, alinha o pensamento preventivo, longitudinal e multiprofissional. As síndromes geriátricas estão geralmente relacionadas ao envelhecimento dos órgãos e sistemas devendo sempre ser avaliadas conforme avaliação do funcionamento global do idoso. Acompanhe abaixo as cinco grandes síndromes geriátricas, conhecidas como as "5 i" de importância clínica no idoso:

Instabilidade postural  
e as quedas no idoso

Incontinência  
urinária

Insuficiência  
cerebral

Iatrogenia

Imobilidade

#### 1.1.1 Instabilidade postural e as quedas no idoso

A instabilidade postural e as quedas na pessoa idosa constituem um problema de saúde pública com grande repercussão biopsicossocial para a pessoa idosa, a família, a comunidade e o sistema de saúde. Sua principal consequência está relacionada à elevada incidência de quedas e outros traumas, repercutindo em limitações para a vida, insegurança e medo de cair, o que desencadeia reclusão e limitação das atividades habituais (SOUZA, 2011).

Uma entidade de extrema importância na avaliação da pessoa idosa é a queda. As quedas são frequentes nessa população e devem ser sempre interrogadas e registradas, pois se relacionam a altos índices de institucionalização, redução da capacidade funcional e morbimortalidade. O impacto psicológico das quedas no idoso é significativo.



Estima-se uma incidência de 28% a 35% de quedas em pessoas com mais de 65 anos, de 35% acima de 70 anos e de 42% acima de 75 anos. Diversas alterações biológicas, já discutidas na unidade 2 deste módulo explicam a alteração na marcha da pessoa idosa.

As quedas podem acontecer por tropeços e escorregões ou podem ser consequentes a enfermidades musculoesqueléticas, cardíacas, neurológicas, ou por uso de medicamentos. Assim, quando há lesão osteoarticular, nem sempre é possível definir se esta levou à queda ou vice-versa (FLORIANÓPOLIS, 2011).

Leia mais sobre prevenção de quedas em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda\\_idosos.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda_idosos.html).

#### ▪ **Fatores de risco**

Os fatores de risco para quedas nos pacientes idosos são classificados em intrínsecos e extrínsecos.



#### ▪ **Fatores intrínsecos**

Devem-se considerar como de alto risco para quedas aqueles pacientes do sexo feminino, com 80 anos ou mais, equilíbrio diminuído, marcha lenta com passos curtos, baixa aptidão física, fraqueza muscular dos membros infe-

riores, deficiência cognitiva, uso de sedativos e/ou polifarmácia (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004).

#### ▪ **Fatores extrínsecos**

Mais de 70% das quedas ocorrem em casa, sendo que as pessoas que vivem só apresentam risco aumentado. Fatores ambientais podem ter papel importante em até metade de todas as quedas:

- Iluminação inadequada;
- Superfícies escorregadias;
- Tapetes soltos ou com dobras;
- Degraus altos ou estreitos;
- Obstáculos no caminho (móveis baixos, pequenos objetos, fios);
- Ausência de corrimãos em corredores e banheiros;
- Prateleiras excessivamente baixas ou elevadas;
- Calçados inadequados e/ou patologias dos pés;
- Maus-tratos;
- Roupas excessivamente compridas;
- Via pública mal conservada, com buracos ou irregularidades (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004).

#### **Anamnese específica para quedas**

- Onde caiu?
- O que fazia no momento da queda?
- Alguém presenciou a queda?
- Faz uso de benzodiazepínicos, neurolépticos, antidepressivos, anticolinérgicos, hipoglicemiantes, medicação cardiológica ou polifarmácia?
  - Houve introdução de alguma droga nova ou alteração das dosagens?
  - Faz uso de bebida alcoólica?
  - Houve convulsão ou perda de consciência?
  - Houve outras quedas nos últimos três meses? Em caso positivo: permaneceu caído mais de 5 minutos sem conseguir levantar-se sozinho?

- Houve mudança recente no estado mental?
- Fez avaliação oftalmológica no ano anterior?
- Há fatores de risco ambientais?
- Há problemas sociais complexos ou evidências de maus-tratos?
- Há problemas nos pés ou calçados inadequados? (ASSOCIAÇÃO MÉ-

DICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004).

Os idosos que apresentam fatores de risco conhecidos para quedas devem ser questionados, periodicamente e de forma incisiva, pois devido ao temor de serem institucionalizados, frequentemente, omitem a ocorrência desses acidentes.

▪ **Exame físico**

- Sinais vitais.
- Orientação (data, local); sinais de localização neurológica.
- Estado de hidratação, sinais de anemia, estado nutricional.
- Exame cardiorrespiratório.
- Situação dos pés.
- Sinais de trauma oculto (cabeça, coluna, costelas, extremidades, pelve, quadris).
  - Atenção para apresentações atípicas das doenças.
  - Avaliação do equilíbrio e marcha:
    - ✓ Instabilidade ao ficar de pé;
    - ✓ Instabilidade ao ser puxado ou empurrado com uma leve pressão no esterno;
    - ✓ Instabilidade ao fechar os olhos em posição de pé;
    - ✓ Instabilidade com extensão do pescoço ou ao virar para os lados;
    - ✓ Instabilidade ao mudar de direção;
    - ✓ Dificuldade de sentar-se e levantar-se;
    - ✓ Diminuição da altura e comprimento dos passos;
    - ✓ Teste "get-up and go" (levantar-se e ande): o paciente sentado em uma cadeira sem braços deverá levantar-se e caminhar três

metros até uma parede, virar-se sem tocá-la, retornar à cadeira e sentar-se novamente, à medida que o médico observa eventuais problemas de marcha e/ou equilíbrio (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004).

#### ▪ Exames complementares

Os exames complementares deverão ser solicitados conforme o caso. Entretanto, os seguintes itens podem ser considerados:

- Hemograma, glicose, creatinina, eletrólitos, hormônios da tireoide, enzimas cardíacas, gasometria arterial;
- Exame simples de urina;
- ECG;
- Raio-X de tórax;
- Tomografia computadorizada do crânio (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004).

#### ▪ Intervenções

• Otimização medicamentosa: há uma associação bem estabelecida entre o uso de psicoativos e quedas, sendo os antidepressivos, os ansiolíticos, os neurolépticos e os hipnóticos os mais envolvidos. A suspensão desses medicamentos reduz o risco de quedas, embora essa redução possa ser comprometida pela frequente reutilização dos fármacos pelos indivíduos.

• Exercício físico: a implementação de um programa de exercícios físicos que melhore a força muscular e o equilíbrio, orientado de forma individualizada por profissional capacitado, é capaz de reduzir o risco de quedas. Esse tipo de intervenção também se revelou eficaz na prevenção de lesões provocadas por quedas em idosas institucionalizadas e em idosos mais frágeis, com déficit de força muscular e de equilíbrio. Entretanto, apesar dos benefícios comprovados, tipo, duração e intensidade de exercícios necessários

para diminuir esse risco ainda não estão estabelecidos (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2008).

- Correção dos fatores de risco ambientais: apesar de um conceito superestimado da importância dos fatores de risco ambientais na indução de quedas, são poucos os estudos consistentes nesta área. As evidências atuais revelam que a intervenção sobre esses fatores, quando realizada por profissional especializado, pode prevenir quedas em idosos com história prévia. Para esses pacientes com episódio prévio de quedas, o uso de barras de apoio foi considerado uma medida útil em um estudo caso-controle envolvendo 270 idosos.

- Tai Chi Chuan: a prática do Tai Chi Chuan pode prevenir quedas em idosos relativamente saudáveis da comunidade, assim como naqueles sedentários, com melhora do equilíbrio.

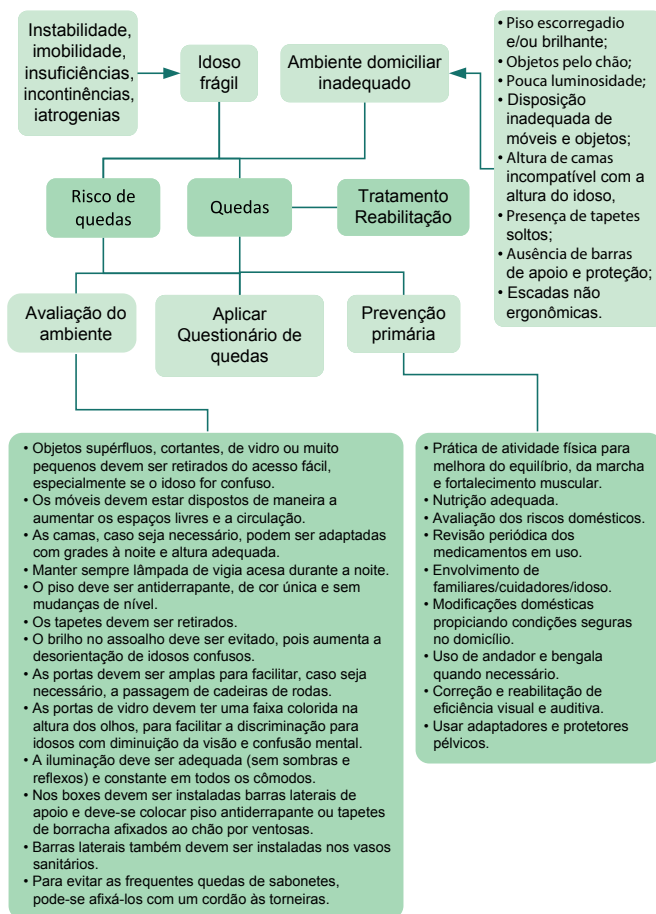
- Correção visual: embora o déficit visual seja um fator de risco estabelecido para quedas, não há estudos controlados e randomizados com esta intervenção isoladamente que comprovem sua efetividade na redução da incidência de quedas, com exceção para a primeira cirurgia de catarata.

- Intervenções multifatoriais: programas de intervenção multifatorial são efetivos para redução de quedas em idosos da comunidade, com ou sem fatores de risco. Tais programas geralmente incluem exercícios físicos, além de pelo menos outra das seguintes estratégias: correção da visão e riscos ambientais, tratamento da hipotensão ortostática, revisão de medicamentos e aconselhamento sobre prevenção de quedas (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2008).

## ▪ Abordagem multifatorial

A seguir, esquema que orienta uma abordagem multifatorial na prevenção de quedas:

Figura 1 - Quedas: abordagem multifatorial.



Fonte: Adaptado de: FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do idoso**. Tubarão: COPIART, 2011. 128 p. Disponível em: <[http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14\\_05\\_2012\\_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14_05_2012_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf)>.

Figura 2 - Modelo de prevenção de quedas proposto pela Organização Mundial de Saúde.



Fonte: Adaptado de: SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Vigilância e prevenção de quedas em idosos**. São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/recursos/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/35344001\\_site.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/recursos/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/35344001_site.pdf).

### SAIBA MAIS!

Vigilância e prevenção de quedas em pessoas idosas. Acesse: [http://www.saude.sp.gov.br/recursos/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/35344001\\_site.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/recursos/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/35344001_site.pdf).

Uma abordagem direcionada aos problemas: fraturas no idoso. Acesse: [http://anatomedunesa.weebly.com/uploads/1/8/7/1/1871495/fraturas\\_no\\_idoso-biomecanica.pdf](http://anatomedunesa.weebly.com/uploads/1/8/7/1/1871495/fraturas_no_idoso-biomecanica.pdf).

### 1.1.2 Incontinência urinária

A incontinência urinária é definida como a perda involuntária de urina em quantidade ou frequência suficiente para originar um desconforto social ou problemas de saúde.

- Principais consequências: insuficiência renal, infecção do trato urinário, sepse, aumento do risco de quedas e fraturas, maceração da pele com formação de feridas e impacto psicossocial (isolamento social, depressão, vergonha);

- Epidemiologia: estima-se que 8% a 34% das pessoas acima de 65 anos possuam algum grau de insuficiência urinária. Atinge cerca de 50% de idosos institucionalizados e é mais prevalente em mulheres; apenas 50% dos portadores deste tipo de insuficiência procuram consulta por este motivo; um dos aspectos mais importantes na incontinência urinária do idoso é caracterizá-la como transitória ou permanente (SOUZA, 2011).

#### ▪ Classificação

- Incontinência por urgência: principal causa em idosos de ambos os sexos, decorrendo de hiperatividade detrusora e caracteriza-se pela perda urinária com desejo súbito e incontrolável de urinar.

- Incontinência urinária de esforço: representa 30% das causas em idosos do sexo feminino. Decorre de deficiência esfinteriana associada ou não à hipermotilidade do colo vesical. Durante manobras de esforço (tosse, espirro etc.), a pressão vesical supera a pressão no nível do esfíncter, gerando perdas. Caracteriza-se por perdas urinárias relacionadas a aumentos da pressão intra-abdominal, não precedida de desejo miccional. Em homens é comum após ressecção prostática ou radioterapia.

- Incontinência mista: decorre da associação da incontinência de urgência a de esforço.

- Incontinência paradoxal: (transbordamento) – importante causa em homens idosos. Decorre da hiperdistensão vesical, geralmente secundária à



obstrução prostática ou hipotratilidade detrusora. O paciente não consegue obter micções eficazes, permanecendo com a bexiga repleta e perdendo urina por transbordamento. Caracteriza-se por perdas em gotejamento associadas ao globo vesical palpável (bexigoma).

- Incontinência total ou funcional: decorre de lesão esfinteriana, em consequência de cirurgias para tratamento de hiperplasia prostática e, principalmente, câncer de próstata. Caracteriza-se por perdas urinárias contínuas, sem globo vesical palpável ou resíduo significativo (SOUZA, 2011).

▪ **Roteiro para a avaliação do paciente com incontinência urinária**

Acompanhe o roteiro abaixo que ajuda a nortear as ações voltadas para a história clínica e exame físico do paciente com incontinência urinária:

Quadro 1 - Roteiro para a avaliação do paciente com incontinência urinária.

História	
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.

Exame Físico	
Abdominal	Palpação da bexiga, massas abdominais ou outros processos patológicos.
Retal	Sensação, tônus, massas, impação fecal, retocele, sangue, tamanho e consistência da próstata.
Genital	Atrofia vaginal, cistocele, uretrocele, prolapso uterino, leucorreia, massas, tonicidade perineal.
Neurológico	Deambulação, tremores, rigidez, sinais focais, função cognitiva, afeto e motivação.
Outros	Padrão ventilatório, engurgitamento jugular, edema, adenopatias.

Fonte: Adaptado de: FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do idoso**. Tubarão: COPIART, 2011. 128 p. Disponível em: <[http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14\\_05\\_2012\\_8,47,51.ea16b1f5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14_05_2012_8,47,51.ea16b1f5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf)>.

#### ▪ Diário miccional

O diário miccional é uma ferramenta fundamental para a avaliação do paciente com perda involuntária de urina. Acompanhe abaixo modelo de diário miccional:

Quadro 2 - Modelo de diário miccional.

HORÁRIO	VOLUME URINADO	PERDAS	FATOR DESENCADEANTE
0 h – 3 h:			
3 h – 6 h:			
6 h – 9 h:			
9 h – 12 h:			
12 h – 15 h:			
15 h – 18 h:			
21 h – 24 h:			
TOTAL:			

Fonte: Adaptado de: SOUZA, Dayse Maria Morais e (Org.). **A Prática diária na Estratégia Saúde da Família**. Juiz de Fora: UFJF, 2011. 462 p. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/11/A-pr%C3%A1tica-di%C3%A1ria-na-estrat%C3%A9gia-Sa%C3%BAde-da-Fam%C3%ADlia.pdf>>.

Preencher uma folha a cada dia por um período de três a sete dias, contendo:

- Volume urinado;
- Horário de cada micção;
- Presença de perdas urinárias: quantificar de uma a três cruzes a intensidade dessas;
- Fatores que desencadearam as perdas.

#### ▪ **Exames recomendados para incontinência urinária**

- Glicemia e creatinina sérica;
- EAS e urocultura;
- O ultrassom é muito útil (verificar medida do resíduo pós-miccional - valor de referência: 100 ml) (SOUZA, 2011).

#### ▪ **Tratamento**

- Identificar e tratar causas externas ao trato urinário e infecções;
- Hidratação adequada às necessidades do idoso: em geral, um adulto deve urinar em torno de 1.500 ml por dia, de urina não concentrada. Adequar a ingesta para este volume pode resolver a questão da incontinência;
  - Verificar e adequar à medicação do idoso, principalmente diuréticos (preferir os de ação mais longa);
  - Normalização do hábito intestinal;
  - Melhora da mobilidade;
  - Medidas de assistência ao toalete;
  - Orientar micções a cada duas ou três horas (micções de horário para pessoas com função cognitiva preservada ou micções comandadas, quando o cuidador lembra a pessoa de urinar);
  - Tratamento específico deve ficar a cargo do especialista (urologista ou ginecologista, de acordo com cada caso) (SOUZA, 2011).

Dependendo da experiência do médico da família, pode-se realizar o tratamento clínico. A seguir, um quadro que norteia o médico da família levando em consideração a identificação do mecanismo e da causa da incontinência urinária.

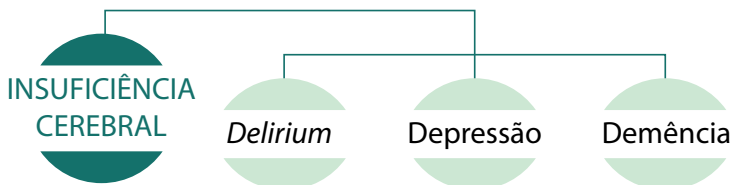
Quadro 3 - Roteiro para tratamento da incontinência urinária segundo a causa.

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

Fonte: Adaptado de: FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do idoso**. Tubarão: COPIART, 2011. 128 p. Disponível em: < [http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14\\_05\\_2012\\_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14_05_2012_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf) >.

### 1.1.3 Insuficiência cerebral

A manifestação de incapacidade cognitiva no idoso pode se dar de três formas diferentes: *delirium*, depressão e demência;



Vejamos abaixo como cada uma dessas alterações é classificada (SOUZA, 2011):

- *Delirium*: é uma alteração que pode ser desencadeada por infecções, distúrbios metabólicos ou lesões estruturais do SNC, o indivíduo apresenta distúrbios da cognição, humor, consciência, atenção, memória (imediate, registro e retenção), de início agudo ou em sobreposição a distúrbios crônicos da cognição;
- Depressão: no geral, a depressão caracteriza-se por humor rebaixado, perda de interesse ou prazer em realizar atividades do cotidiano, isso provoca não só alterações do funcionamento biológico, mas repercute diretamente na qualidade de vida do indivíduo. No idoso, a depressão pode se manifestar também por déficits de memória de variados graus, somatizações, ansiedade, alcoolismo ou síndromes algicas;
- Demência: o estágio de demência é caracterizado pela deterioração das funções mentais sem perda da consciência. Desse modo, as funções encefálicas, particularmente o desempenho intelectual, tornam-se comprometidas a ponto de prejudicar a autonomia e a independência funcional. Tem caráter progressivo e interfere no desempenho das atividades de vida diária.

#### ▪ **Avaliação neuropsicológica do comportamento e da cognição**

- Realizada através da anamnese e exame clínico. Complementada por testes cognitivos padronizados que avaliam: memória, fala, decisão e reação, linguagem e inteligência;
  - Na etiologia do quadro demencial, a causa mais comum é a doença de Alzheimer. O diagnóstico diferencial deve ser feito com as demências de origem vascular ou mista.
    - Manifestações básicas da demência:
      - ✓ Incapacidade para realizar as atividades da vida diária;
      - ✓ Alterações cognitivas (memória, linguagem, funções executivas e capacidade de integração visuoespacial);

✓ Manifestações neuropsiquiátricas (depressão, ansiedade, alucinações, agressividade, ideias delirantes).

- Condições que indicam avaliação sistemática:
  - ✓ Maiores de 80 anos;
  - ✓ Idosos com perda de independência nas atividades de vida diária, instrumentais ou básicas;
  - ✓ Idosos com alterações comportamentais;
  - ✓ Idosos hospitalizados ou institucionalizados;
  - ✓ Avaliação pré-operatória;
  - ✓ Histórico de *delirium*, depressão, ansiedade, diabetes, doença de Parkinson ou deterioração funcional inexplicada;
  - ✓ Alterações súbitas no estado mental ou psíquico;
  - ✓ Alterações de outras funções cognitivas;
  - ✓ Comprometimento funcional ou laboral devido a déficit de memória (SOUZA, 2011).

### **SAIBA MAIS!**

Leia o artigo: Componentes funcionais da memória visuoespacial.  
Acesse: <http://goo.gl/Tqm2Sc>.

- **Avaliação do comportamento**
  - São usadas escalas para os distúrbios de comportamento e o diagnóstico de depressão:
    - ✓ Clinical dementia rating (CDR): avalia a influência da perda cognitiva na habilidade de conduzir as atividades da vida diária, ou seja, no comprometimento funcional, usando pontuações;
    - ✓ Escala geriátrica de depressão (GDS-5 ou GDS-15) (SOUZA, 2011).

### **SAIBA MAIS!**

Confiabilidade e Validade da Escala de Depressão Geriátrica em Idosos com Doença Arterial Coronariana. Acesso: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n5/aop03010>.

Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. Acesso: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26985.pdf>.

#### **▪ Avaliação da cognição**

- É natural, durante o processo de envelhecimento, o indivíduo apresentar fatores que influenciam a habilidade (sentidos, pensamento, raciocínio) e a capacidade de respostas a estímulos externos: idade, nível de escolaridade, interesses pessoais, comportamento, saúde, atividades desenvolvidas habitualmente, quantidade de estímulos a que está exposto, aspectos psicocemocionais e socioculturais;

- A avaliação cognitiva verifica a habilidade de um indivíduo para desempenhar respostas de natureza intelectual, considerando sua história pessoal e expectativas;

- O rastreamento inicial é feito através do minixame do estado mental ou minimal (Meem) (SOUZA, 2011).

### **SAIBA MAIS!**

Minixame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. Acesso: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n3B/1774>.

▪ **Diagnóstico diferencial**

O déficit cognitivo pode apresentar três situações:

Quadro 4 - Progressão do déficit cognitivo.

Comprometimento		
Idoso normal	Leve	Demência
Queixa de perda da memória pelo paciente ou familiar	Queixa de perda da memória pelo paciente ou familiar	Queixa de perda da memória pelo paciente ou familiar
Escore minixame do estado mental (Meem) normal	Escore levemente rebaixado do Meem, de acordo com escolaridade Teste do relógio Fluência verbal Lista de palavras Raciocínio abstrato	Escore rebaixado do 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)
		Excluídas outras condições que causem demência: tumor, Parkinson, hematoma subdural, HPN, hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12 e ácido fólico, hipercalemia, neurosfilis, HIV, induzidas por substâncias

Fonte: Adaptado de: FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do idoso**. Tubarão: COPIART, 2011. 128 p. Disponível em: < [http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14\\_05\\_2012\\_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14_05_2012_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf)>.



## **SAIBA MAIS!**

Delirium no paciente idoso. Acesse:

[http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu3\\_02.htm](http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu3_02.htm).

Diagnóstico e conduta dos estados confusionais. Acesse:

[http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu2\\_07.htm](http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu2_07.htm).

### ▪ **Demência**

Demência é uma síndrome, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas, que decorre de alguma disfunção cerebral. É crônica, progressiva e pode afetar diversas funções cognitivas (memória, atenção, orientação, aprendizado e linguagem, por exemplo). É uma das mais frequentes causas de declínio funcional e perda da autonomia e da independência. Sua incidência e prevalência aumentam conforme maior a idade.

Caracterizam o quadro de demência:

- Queixa de redução da memória;
- Escore do Meem rebaixado;
- Déficit cognitivo;
- Comprometimento das atividades diárias, profissionais e sociais;
- Alteração do comportamento.

É importante ressaltar que a demência pode ter causas orgânicas, que devem ser pesquisadas e excluídas, como: hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12 e ácido fólico, hipercalcemia, HIV, neurosífilis, hematoma subdural, tumores, podendo inclusive ser causada por medicamentos. Para tal, os exames complementares recomendados em caso de demência são: hemograma, creatinina, sódio, potássio, cálcio, vitamina B12, VDRL, TSH, CT de crânio ou RNM, se possível. Em casos selecionados, quando há algo que chame a atenção para os sistemas relacionados, solicitar: ureia, glicose, HIV, folato, ECG, SPECT, LCR e EEG (FLORIANÓPOLIS, 2011).

Para avaliar a síndrome demencial e sua gravidade, bem como para ajudar na decisão do manejo, o Ministério da Saúde propõe que seja usada a validação brasileira do teste “Clinical Dementia Rating”, cujas categorias avaliadas são listadas na tabela abaixo:

Quadro 5 - Classificação das categorias avaliadas pelo *Clinical Dementia Rating*.

Dano	Nenhum (0)	Questionável (0,5)	Leve (1)	Moderado (2)	Grave (3)
Memória	Sem perda de memória ou perda leve e inconstante.	Esquecimento constante, recordação parcial de eventos.	Perda de memória moderada, mais para eventos, atrapalha as atividades de vida diária.	Perda grave de memória, apenas assunto altamente aprendido é recordado.	Perda de memória grave. Apenas fragmentos são recordados.
Orientação	Completa orientação.	Completamente orientado com dificuldade leve em relação ao tempo.	Dificuldade moderada com relação ao tempo, orientado em áreas familiares.	Dificuldade grave com relação ao tempo, desorientado quase sempre no espaço.	Apenas orientado em relação a pessoas.
Julgamento e solução de problemas	Resolve problemas diários, como problemas financeiros; julgamento preservado.	Dificuldade leve para solucionar problemas, similaridades e diferenças.	Dificuldade moderada em lidar com problemas, similaridades e diferenças, julgamento social mantido.	Dificuldade séria em lidar com problemas, similaridades e diferenças, julgamento social danificado.	Incapaz de fazer julgamento ou resolver problemas.
Relações comunitárias	Função independente no trabalho, compras, grupos sociais.	Leve dificuldade nestas tarefas.	Não é independente nestas atividades, parece normal em uma inspeção casual.	Não há independência fora de casa, parece bem o bastante para ser levado fora de casa.	Não há independência fora de casa, parece doente o bastante para ser levado fora de casa.
Lar e passatempos	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais bem mantidos.	Vida em casa, passatempos, interesses intelectuais levemente prejudicados.	Prejuízo suave em tarefas em casa, tarefas mais difíceis, passatempo e interesses abandonados.	Apenas tarefas simples são preservadas, interesses muito restritos e pouco mantidos.	Sem função significativa em casa.
Cuidados pessoais	Completamente capaz de cuidar-se.	Completamente capaz de cuidar-se.	Necessita de ajuda.	Requer assistência ao vestir-se para higiene.	Muita ajuda para cuidados pessoais, incontinências frequentes.

Fonte: Adaptado de: MONTAÑO, Maria Beatriz M. Macedo; RAMOS, Luiz Roberto. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 6, p. 912-7, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26985.pdf>>.

Pelo protocolo do Ministério da Saúde, os achados podem ser agrupados em:

Quadro 6 - [Elementos-chave dos] critérios para doença de Alzheimer segundo o National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) [Criteria for Alzheimer Disease-NINCDS-ADRDA].

#### DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE ALZHEIMER PROVÁVEL

- ✓ Presença de síndrome demencial;
- ✓ Déficits em duas ou mais áreas da cognição;
- ✓ Piora progressiva da memória e de outra função cognitiva;
- ✓ Início entre os 40 e 90 anos de idade; e
- ✓ Ausência de doenças sistêmicas que podem causar a síndrome.

#### ACHADOS QUE SUSTENTAM DOENÇA DE ALZHEIMER PROVÁVEL

- ✓ Afasia, apraxia e agnosia progressivas (incluindo disfunção visuoespacial);
- ✓ Atividades de vida diária (AVDs) comprometidas e alteração comportamental;
- ✓ História familiar; e
- ✓ Achados inespecíficos (ou exames normais) de líquido cefalorraquidiano, eletroencefalograma (EEG) e tomografia computadorizada (TC) de crânio.

#### ACHADOS CONSISTENTES COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE ALZHEIMER PROVÁVEL

- ✓ Platô no curso da progressão da doença;
- ✓ Sintomas psiquiátricos e vegetativos associados (depressão, insônia, delírio, alucinações, problemas de controle comportamental, transtorno de sono e perda de peso);
- ✓ Outras anormalidades neurológicas na doença avançada (aumento do tônus muscular, mioclonia ou distúrbios da marcha);
- ✓ Convulsões na doença avançada;
- ✓ TC normal para a idade.

#### AS SEGUINTESS CARACTERÍSTICAS REDUZEM MUITO A CHANCE DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE ALZHEIMER PROVÁVEL

- ✓ Início súbito, apoplético;
- ✓ Achado neurológico focal precoce no curso da doença; ou
- ✓ Convulsões ou distúrbios da marcha precoces no curso da doença.

#### DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE DOENÇA DE ALZHEIMER POSSÍVEL

- ✓ Pode ser feito com base na síndrome demencial quando as seguintes condições são preenchidas:
- ✓ Ausência de outros transtornos neurológicos, psiquiátricos ou sistêmicos suficientes para causar demência; ou presença de achados atípicos no início, na apresentação ou no curso clínico.
- ✓ Pode ser feito na presença de um segundo transtorno que possa levar à demência, mas que não seja a única causa provável de demência.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 1298, de 21 de novembro de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/07/prcdt-doen--a-de-alzheimer-2013.pdf>.

A causa mais prevalente de demência é a doença de Alzheimer (DA), uma doença degenerativa do cérebro, cuja etiologia é pouco conhecida. Esta, portanto, será nosso foco de estudo.

A DA pode ser dividida didaticamente em três fases: a fase inicial, insidiosa, caracterizada por sintomas vagos, sendo o mais precoce deles a perda de memória, seguida de progressiva desorientação, mudanças de humor, alterações de comportamento, dentre outros. A fase intermediária é caracterizada pela acentuação dos déficits já citados, associada ao acometimento de outros campos da cognição, especialmente a linguagem. Pode haver afasia, agnosia, apraxia, dificuldade no aprendizado e em resolver problemas, levando a um declínio funcional que compromete as atividades da vida diária (AVD). As alterações de humor persistem, podendo apresentar agressividade e distúrbios do sono. Na fase avançada, todas as funções já estão acometidas e há dependência total para realização das AVD. Nessa fase, há dificuldade para reconhecer pessoas, mesmo as de convívio próximo, e ambientes conhecidos, bem como há grave comprometimento da linguagem (FLORIANÓPOLIS, 2011).

E o que fazer ao se deparar com um idoso com quadro de demência?

O profissional da saúde deve estar apto a orientar a família sobre o quadro demencial e sua progressão, e a promoção de hábitos de vida saudáveis. Eis algumas recomendações que podem ser dadas:

Pode-se utilizar diversos tipos de sinais para localizar e orientar o paciente no tempo e no espaço, como lembretes e identificação de vias de acesso;

Músicas que agradam o paciente podem colaborar no estado de humor;

Observar a lista de medicamentos da qual o idoso faz uso e adequá-los, se necessário;

Cuidar da saúde do cuidador, que costuma estar sob pressão e grande responsabilidade.

Os pacientes incluídos no protocolo de tratamento do Ministério da Saúde são os que possuem todos os critérios abaixo:

- Diagnóstico de DA provável, segundo os critérios do “Criteria for Alzheimer Disease”;

- Meem com score entre 12 e 24 para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade ou entre 8 e 21 para pacientes com até 4 anos de escolaridade;

- Escala CDR 1 ou 2 (demência leve ou moderada); e

- Exames de imagem ou laboratoriais que afastem outras doenças que possam ser causa da disfunção cognitiva (BRASIL, 2013).

#### ▪ **Medidas recomendadas que devem ser implementadas em co-participação entre ESF\ matriciadores\comunidade\ família:**

» Discutir o diagnóstico com o portador e seus familiares, orientando para vincular-se à Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares - Santa Catarina: <http://abraz-santacatarina.blogspot.com.br/>.

» Estimular a adoção de hábitos saudáveis de vida: atividade física regular - encaminhar para o Programa Floripa Ativa - fase A, B ou C, conforme indicação - alimentação e hidratação adequadas, inserção social, convívio intergeracional, repouso, lazer, contato com a natureza, entre outros.

» Orientar o controle do ambiente por meio de boa iluminação e eliminando elementos arquitetônicos geradores de lesões, estresse ou confusão.

- » Promover a orientação espacial, por meio de múltiplos sinais (não exclusivamente verbais), em que podem ser colocados lembretes de acesso (por exemplo, áreas do objeto/espaco físico). Vias preferenciais de acesso (por exemplo, áreas de lazer) podem ser criadas, com limitação não agressiva à passagem para áreas de risco (saídas externas, cozinha e área de serviço).
- » Música clássica ou as músicas preferidas da pessoa idosa também podem ter efeito positivo, reduzindo a agitação.
- » Prevenir e tratar o estresse e depressão do cuidador é de fundamental importância para o tratamento bem-sucedido da pessoa com demência. O cuidador na maioria das vezes é um familiar que geralmente tem sob sua responsabilidade a organização do dia a dia da pessoa com demência e a resolução de questões legais e financeiras. É importante avaliar a saúde e o bem-estar do cuidador e estimular a participação do mesmo em grupos de apoio.
- » Revisar a lista de medicamentos, evitando medicações que possam interferir com a cognição.
- » Informar ao portador e à família sobre a perda da capacidade, decorrentes da evolução da doença, para conduzir, assumir ou manter responsabilidades e as implicações jurídicas envolvidas neste processo.
- » Encaminhar à atenção especializada sempre que necessário, mas manter o vínculo com ESF.
- » Estimular sempre as capacidades remanescentes da pessoa portadora de Alzheimer.
- » Monitorar e tratar os sintomas neuropsiquiátricos.
- » Orientar quanto às características de progressão da doença e os cuidados em fases de dependência extrema.

Fonte: Adaptado de: FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do idoso**. Tubarão: COPIART, 2011. 128 p. Disponível em: <[http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14\\_05\\_2012\\_8.47.51.ea16bf5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14_05_2012_8.47.51.ea16bf5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf)>.

O tratamento da DA deve ser multi e interdisciplinar. O tratamento medicamentoso tem por objetivo estabilizar o quadro e não revertê-lo, portanto a família deve ser orientada de que ainda não há cura para a DA, e sim uma forma de conter mais perdas (BRASIL, 2013).

### ▪ **Tratamento**

O tratamento da doença de Alzheimer requer muita experiência e atenção, de preferência com um enfoque multiprofissional.

Para os casos de Alzheimer leve e moderado utilizam-se os inibidores da acetilcolinesterase (rivastigmina, donepezil e galantamina), para os casos de Alzheimer avançado recomenda-se o uso de memantina.

### **SAIBA MAIS!**

Para mais informações sobre Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença de Alzheimer, consulte o site do Ministério da Saúde:

<http://goo.gl/W1l2d>.

Sobre outros tipos de demência:

Vascular: <http://goo.gl/e5ldmk>.

Demência mista: [http://www.chrp.org/pdf/HSR\\_072205.pdf](http://www.chrp.org/pdf/HSR_072205.pdf).

Corpos de Lewy: <http://www.lewybodydementia.org/>.

### 1.1.4 Iatrogenia

A iatrogenia é uma alteração indesejada e prejudicial resultante, direta ou indiretamente, de uma intervenção terapêutica; isso inclui, inclusive, omissões em abordagem de problemas que podem ser tratados.

É claro que a iatrogenia não é uma ação que ocorrerá exclusivamente na prática laboral dos médicos, qualquer profissional de saúde está sujeito a essa ação. A forma mais comum de iatrogenia é a medicamentosa: o uso de vários medicamentos para tratar diferentes patologias ou sintomas pode desencadear efeitos indesejáveis, muitas vezes graves. Medidas específicas de adequação ou substituição de medicamentos utilizados podem minimizar algumas situações (SOUZA, 2011).

### ▪ **A questão medicamentosa**

- No idoso o risco da polifarmácia ou de ocorrer algum tipo de iatrogenia é maior, as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento (que às vezes se confundem com doenças) e o surgimento de patologias nessa faixa etária favorecerem;

- Presença de limitações físicas e cognitivas, falta de condições econômicas e sociofamiliares podem intervir negativamente no tratamento medicamentoso do idoso.

### ▪ **Cascata iatrogênica**

- Ocorre quando uma intervenção desencadeia outras intervenções e seus efeitos deletérios tornam-se superiores aos benefícios;

- Os **efeitos adversos** das drogas são mais comuns nos idosos, até porque acabam por utilizar um número maior de medicamentos;

- A polifarmácia é o principal fator de risco para os efeitos adversos das drogas;

- Reações adversas das drogas evitáveis mais comumente observadas se devem à utilização de AINE, benzodiazepínicos, antipsicóticos, digoxina e warfarin;

- Estudos indicam uma relação direta entre o número de drogas utilizadas e o potencial de efeitos adversos em idosos:

- ✓ Dois medicamentos: 6%;

- ✓ Cinco medicamentos: 50%;

- ✓ Oito ou mais medicamentos: 100%.

- Nosso papel: racionalizar o uso de medicamentos e evitar a polifarmácia (SOUZA, 2011).



### ▪ Prescrição medicamentosa

Acompanhe a seguir recomendações na prescrição de medicamentos para pessoas idosas com o objetivo de reduzir possíveis iatrogenias:

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;  
Compartilhar com o farmacêutico a detecção de risco e promoção do uso racional de medicamentos.

Fonte: Adaptado de: FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do idoso**. Tubarão: COPIART, 2011. 128 p. Disponível em: < [http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14\\_05\\_2012\\_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14_05_2012_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf) >.

Aos fármacos deve-se dar especial atenção quando o assunto é iatrogenia, pois as alterações fisiológicas do envelhecimento alteram a farmacocinética e a farmacodinâmica dessas drogas, levando, muitas vezes, a efeitos indesejados. Por exemplo: sabemos que, no idoso, o volume total de água corpórea e de massa muscular estão reduzidos, e, portanto, a distribuição da droga é diferente daquela esperada no adulto. Além disso, é bom lembrar que é comum a presença de polifarmácia na pessoa idosa, o que aumenta ainda mais as chances de efeitos adversos e interações medicamentosas. Assim, todos esses fatores devem ser lembrados no momento de prescrever uma droga a um idoso.

Quadro 7 - Drogas que podem causar *delirium* e drogas a serem evitadas no idoso.

Drogas que podem causar <i>delirium</i>	Drogas a serem evitadas no idoso
Hipnóticos e sedativos	Antidepressivos tricíclicos
Anticonvulsivantes	Anticolinérgicos
Antidepressivos	Bloqueadores H2
Corticoides	Benzodiazepínicos (principalmente os de longa duração)
Digitálicos	Anti-hipertensivos de ação central
Bloqueadores H2	
Drogas antiparkinsonianas	

Fonte: Adaptado de: FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do idoso**. Tubarão: COPIART, 2011. 128 p. Disponível em: < [http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14\\_05\\_2012\\_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14_05_2012_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf)>.

### 1.1.5 Imobilidade

A imobilidade caracteriza-se pela “limitação de movimentos e da capacidade funcional do indivíduo, repercutindo em dificuldades para a mudança postural e para o deslocamento. A imobilidade pode ser parcial ou total” (SOUZA, 2011).

#### **IMPORTANTE!**

- Uma imobilização temporária pode desencadear uma sucessão de eventos patológicos e complicações subsequentes, tornando o quadro extremamente complexo e que exige o tratamento do paciente como um todo;
  - Sempre é necessário se estimular precocemente a deambulação e a manutenção da independência funcional;
  - É uma das principais causas de morte acidental em idosos devido a quedas. Tais incidentes são de grande importância devido a sua alta ocorrência e pela seriedade das consequências que podem acarretar.

### ▪ Avaliação da mobilidade

- Permite a avaliação do grau de independência do indivíduo e do risco de quedas;
  - Usa-se o teste "time get up and go": quanto maior o tempo para a sua execução, maior o risco de distúrbio de marcha, exigindo então uma avaliação mais específica. É muito útil para se aplicar em idosos com instabilidade, após alta hospitalar e nos que sofreram quedas e estão deixando de realizar atividades em casa (SOUZA, 2011).

### **SAIBA MAIS!**

Tratamento preventivo das quedas do idoso pela análise dos testes: timed up and go test e get up and go test. Disponível em:

<http://www.uva.br/sites/all/themes/uva/files/pdf/TRATAMENTO-PREVENTIVO-DAS-QUEEDAS-DO-IDOSO-PELA.pdf>.

Em pacientes acamados o risco de desenvolver úlcera de pressão é maior, e para avaliar o risco a escala de Norton pode ser útil. Disponível no link: <http://www.feridologo.com.br/teseupescalas.htm#Norton>.

### ▪ Causas

As causas mais comuns da síndrome da imobilidade foram listadas no quadro abaixo:

Quadro 8 - Causas mais comuns da síndrome da imobilidade.

PATOLOGIAS	
Doença osteoarticular	Osteoartrose, déficit de fraturas, osteoporose, deformidade plantar, metástases
Doença cardiorrespiratória	DPOC, ICC, ICO
Doenças vasculares	Déficit de trombose venosa, insuficiência arterial
Doença muscular	Fibrosite, polimialgia, desnutrição

Doença neurológica	Neuropatia periférica, AVC, hidrocefalia, Parkinson
Doença dos pés	Calosidade, onicogrifose, úlcera plantar
Intoxicação medicamentosa	Neurolépticos, ansiolíticos, hipnóticos, anti-hipertensivos, antidepressivos tricíclicos em doses altas, isolamento social
Déficit neurossensorial	Cegueira, surdez

Fonte: Adaptado de: FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do idoso**. Tubarão: COPIART, 2011. 128 p. Disponível em: <[http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14\\_05\\_2012\\_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14_05_2012_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf)>.

#### ▪ Critérios diagnósticos

- Maiores:
  - ✓ Múltiplas contraturas musculares;
  - ✓ Déficit cognitivo médio a grave.
- Menores:
  - ✓ Sofrimento cutâneo: macerações;
  - ✓ Úlceras de pressão;
  - ✓ Disfagia leve a grave;
  - ✓ Incontinência urinária e/ou fecal;
  - ✓ Afasia (SOUZA, 2011).

#### ▪ Conseqüências

Veja no quadro abaixo como a síndrome da imobilidade implicará em diversas conseqüências em variados sistemas:

Quadro 9 - Conseqüências da síndrome imobilidade.

S. tegumentar	Atrofia da pele, úlcera de decúbito, escoriações, micose
S. esquelético	Osteoporose, artrose, fraturas
S. muscular	Atrofia, hipertonia, contraturas
S. cardiovascular	TVP, TEP, isquemia arterial, edema linfático

S. urinário	Incontinência, ITU
S. digestório	Desnutrição, fecaloma, disfagia
S. nervoso	Depressão, inversão ritmo sono, <i>delirium</i>
S. respiratório	Pneumonia, insuficiência respiratória
S. endócrino e metabólico	Retenção hídrica, resposta diminuída da suprarrenal, eritropoiese diminuída, diminuição da excreção de K, Na e fosfato

Fonte: Adaptado de: FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do idoso**. Tubarão: COPIART, 2011. 128 p. Disponível em: <[http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14\\_05\\_2012\\_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14_05_2012_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d-30837dfc2809.pdf)>.

#### ▪ Terapêutica

- Reabilitação precoce e abordagem multidisciplinar;
- Se não houver possibilidade de reabilitar, deve-se dar conforto, suporte à vida e à dignidade de vida e de morte;
- O tratamento deve ser direcionado para controlar os seguintes fatores:
  - ✓ Utilizar sondas quando necessário para: nutrição, hidratação, incontinência urinária;
  - ✓ Controlar a dor;
  - ✓ Oxigênio quando indicado;
  - ✓ Aquecer, posicionar no leito, mudar regularmente de decúbito, manter higiene regular, proteger e mobilizar para prevenção de úlceras de decúbito;
  - ✓ Controlar as intercorrências agudas: fecaloma, infecções;
  - ✓ Fazer hipodermólise quando indicado;
  - ✓ Deixar registrado e não recomendar medidas de ressuscitação cardiorrespiratória quando se tratar de pacientes fora de possibilidade terapêutica (SOUZA, 2011).

## 2 PECULIARIDADES DAS DOENÇAS CRÔNICAS NO IDOSO

### 2.1 Peculiaridades da hipertensão arterial no idoso

- O principal objetivo do tratamento para indivíduos com parâmetros acima de 140/ 90 mmHg é a redução gradual da pressão arterial (PA).

- **Tratamento não medicamentoso**

- A medida mais importante a ser adotada é a redução do consumo de sal na dieta para os idosos.

- **Tratamento medicamentoso**

- Recomenda-se iniciar o tratamento com uma dose mais baixa de medicamento, e o incremento de doses ou a associação de novos medicamentos deve ser feita quando necessário, com cuidado e avaliando as necessidades de forma individual.

- A presença de outros fatores de risco (FR) e lesões de órgão-alvo e doença cardiovascular (DCV) associada deve nortear a escolha do anti-hipertensivo inicial. A maioria dos idosos, porém, necessita de terapia combinada, principalmente para o controle adequado da PA sistólica.

- Ocorre redução de morbidade e mortalidade com diferentes agentes: diuréticos tiazídicos, betabloqueadores em combinação, ACC de ação longa, leca e BRA.

#### **IMPORTANTE!**

- Os idosos acima de 79 anos têm recomendações para o tratamento medicamentoso por meio da associação de leca e diurético, para reduzir o desenvolvimento de acidente vascular encefálico (AVE) e das taxas de insuficiência cardíaca (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

### **SAIBA MAIS!**

Para saber mais sobre a hipertensão arterial, *acesse o **Caderno de Atenção Básica 37: Hipertensão Arterial:***

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf) e as **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia:**

[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf).

## **2.2 Peculiaridades do diabetes mellitus no idoso**

O controle rigoroso dos altos níveis glicêmicos é uma medida importante na redução de complicações e mortalidade do diabetes no idoso. Entre 5% a 10% dos casos de deficiência absoluta de insulina ocorrem após os 65 anos de idade devido ao aumento da intolerância a carboidratos, com aumento da resistência e diminuição da secreção da insulina até seu esgotamento. O DM tipo 2 é o mais comum entre os idosos.

Fatores associados ao envelhecimento que pioram o metabolismo dos carboidratos: aumento da massa adiposa, diminuição da massa magra, diminuição da atividade física, doenças coexistentes e polimedicação (SOUZA, 2011).

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família devem ficar atentos ao risco acrescido dos idosos de produzirem hipoglicemia, devido a:

- Efeitos adversos da medicação;
- Nutrição deficiente;
- Diminuição cognitiva;
- Insuficiência renal;
- Disfunção autonômica (DIAS, 2012).

Quadro 10 - Glicemia-alvo para diabéticos  $\geq$  65 anos.

Indivíduos ativos, sem déficit cognitivo e com esperança de vida significativa ( $>$  10 anos)

**Objetivo = Ao do adulto jovem**

- HbA1c  $<$  7% para a maioria dos doentes.
- Controle mais rigoroso da HbA1c nos doentes com curta duração de DM, longa esperança de vida e sem DCV significativa desde que seja possível sem hipoglicemias significativas ou outros efeitos adversos.
- Controle menos rigoroso da HbA1c nos doentes com história de hipoglicemia grave, esperança de vida limitada, complicações micro ou macrovasculares avançadas, extensas comorbilidades e com longa duração de DM, para quem os objetivos a atingir são difíceis.

Indivíduos com diminuição das funções físicas ou cognitivas ou com significativa redução da esperança de vida

**Os critérios devem ser atenuados com base individual**

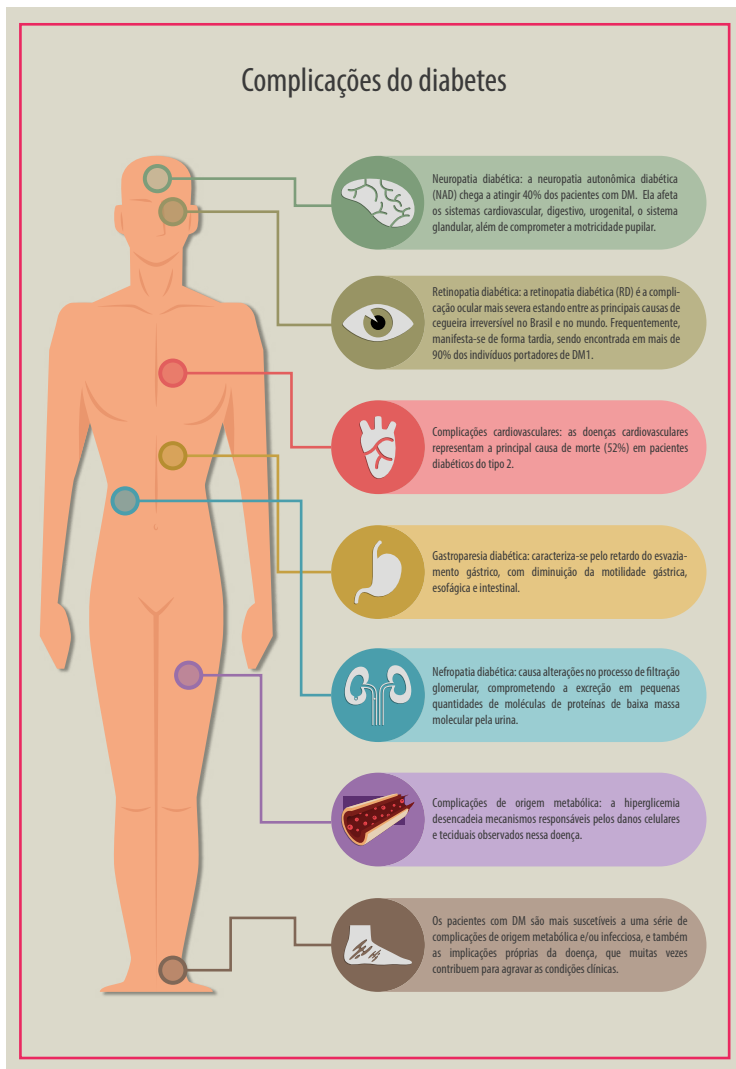
- Hiperglicemia sintomática ou que aumente o risco de descompensação aguda (coma hiperosmolar) deve ser evitada em todos os doentes.

Fonte: Adaptado de: DIAS, Teresa. **Diabetes do idoso**. Lisboa, 2012. Disponível em: [http://www.nedo.pt/UserFiles/File/NEDO/20Curso2012/Diabetes\\_do\\_Idoso\\_NEDO\\_20Curso2012.pdf](http://www.nedo.pt/UserFiles/File/NEDO/20Curso2012/Diabetes_do_Idoso_NEDO_20Curso2012.pdf).



## ▪ Complicações do diabetes

Figura 3 – Complicações do diabetes.



### **SAIBA MAIS!**

Para saber mais sobre o diabetes mellitus, acesse o **Caderno de Atenção Básica 36: Diabetes Mellitus**, disponível no endereço:

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_36.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf).

### 2.3 Insuficiência renal crônica

A insuficiência renal crônica (IRC) nos idosos cresceu dramaticamente nos últimos 20 anos. No Brasil, a prevalência de pacientes com mais de 60 anos em tratamento dialítico aumentou de 25,5%, em 2006, para 39,9%, em 2009 (BASTOS; OLIVEIRA; KIRSZTAJN, 2011). A detecção precoce da doença renal e condutas terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão podem reduzir o sofrimento dos pacientes e os custos financeiros associados à IRC. Como as duas principais causas de IRC são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, são os médicos que trabalham na Atenção Primária em Saúde que cuidam desses pacientes (ROMÃO JÚNIOR, 2004).

Assim, a capacitação, a conscientização e vigilância do médico de cuidados primários à saúde são essenciais para o **diagnóstico e encaminhamento precoce** ao nefrologista e à instituição de **diretrizes apropriadas** para retardar a progressão da IRC, prevenir suas complicações, modificar comorbidades presentes e preparo adequado a uma terapia de substituição renal (ROMÃO JÚNIOR, 2004).



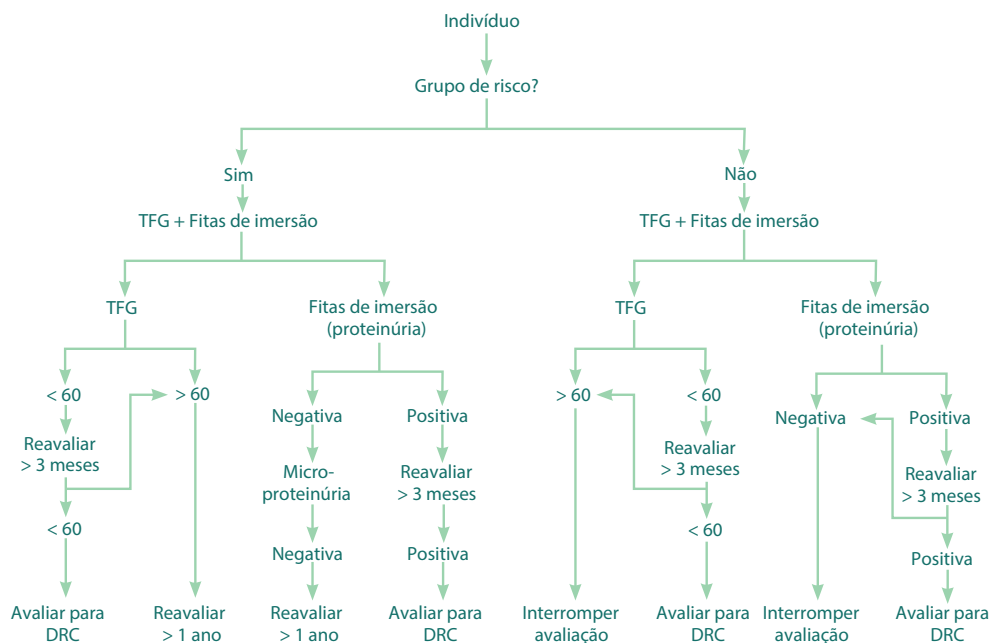
A ausência de sintomas nos pacientes que se encontram nos estágios iniciais da IRC exige que os médicos mantenham sempre um nível adequado de suspeição, especialmente naqueles pacientes com fatores de risco para DRC. Alterações funcionais, principalmente na taxa de filtração glomerular (TFG), são um importante componente no diagnóstico e classificação da IRC. A intensidade da IRC pode ser classificada de acordo com o nível do ritmo de filtração glomerular (PIRES, 2011). Veja o quadro abaixo:

Quadro 11 - Estadiamento da doença renal crônica proposto pelo Kdo-Qi e atualizado pelo National Collaborating Centre for Chronic Condition.

Estágios da DRC	Taxa de filtração glomerular*	Proteinúria
1	≥ 90	Presente
2	60-89	Presente
3A	45-59	Presente ou ausente
3B	30-44	
4	15-29	Presente ou ausente
5	<15	Presente ou ausente

\*ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

Figura 4 - Fluxograma para o diagnóstico de doença renal crônica.



Fonte: Adaptado de: BASTOS, Marcus Gomes; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença Renal Crônica: diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar em pacientes não submetidos à diálise. **J Bras Nefrol**, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/podcast/artigo2.pdf>.

### **ATENÇÃO!**

- A FG, estimada pela depuração de creatinina, deve ser realizada pelo menos uma vez ao ano nos pacientes de risco no estágio 0 e 1 e semestralmente no estágio 2 da IRC.
- A avaliação trimestral é recomendada para todos os pacientes no estágio 3, para aqueles com declínio rápido da FG (acima de 4 ml/min/1,73m<sup>2</sup>/ano).
- Os pacientes nos estágios 4 e 5 apresentam um risco maior de deterioração da função renal e devem OBRIGATORIAMENTE ser encaminhados ao nefrologista.
- O diagnóstico da IRC baseia-se na identificação de grupos de risco, presença de alterações de sedimento urinário (microalbuminúria, proteinúria, hematúria e leucocitúria) e na redução da FG avaliado pelo clearance de creatina (BRASIL, 2004).

## **2.4 Osteoporose**

A osteoporose é uma doença osteometabólica mais comum caracterizada por diminuição da quantidade e qualidade do tecido ósseo, levando à diminuição da resistência óssea e a um maior risco de fraturas, em presença de traumas de baixa energia ou menor impacto (GÓIS et al., 2011).

### **▪ Classificação**

A osteoporose pode classificar-se em primária (está relacionada à menopausa e/ou ao envelhecimento) e secundária (condições mórbidas ou medicações que predis põem à perda óssea).

### ▪ Diagnóstico

O procedimento mais utilizado para a determinação da massa óssea é a densitometria óssea, que ajuda no diagnóstico e acompanhamento. Acompanhe abaixo quando solicitar a densitometria óssea:

1. Mulheres com idade igual ou superior a 65 anos.
2. Mulheres em transição menopausal (entre 40-50 anos) ou abaixo de 65 com algum fator de risco para fraturas (ex.: baixo peso, história familiar de fratura após os 50 anos de idade em parentes de primeiro grau, tabagismo atual).
3. Homens com idade igual ou superior a 70 anos.
4. Homens acima de 50 anos com fator de risco para fraturas.
5. Qualquer adulto com história de fratura por fragilidade, doença ou condição ou medicamentos associados à baixa massa óssea (ex.: uso crônico de corticoide).
6. Pessoas para as quais são consideradas intervenções farmacológicas para osteoporose ou para monitorar a eficácia do tratamento.

Fonte: Adaptado de: GÓIS, Aécio Flávio Teixeira de et al. **Guia de Bolso de Clínica Médica**. São Paulo: Atheneu, 2011.

### **IMPORTANTE!**

A realização da densitometria óssea ocorrerá em um serviço de referência. É indispensável que você saiba orientar o usuário do serviço onde o exame será realizado e quais procedimentos a gestão da saúde de sua localidade adota para o agendamento do exame.

### ▪ Interpretação de densitometria óssea

Critérios densitométricos definidos pela OMS para classificação de massa mineral óssea em mulheres pós-menopausadas

T score até - 1,0 DP	Normal
T score de - 1,1 a 2,4 DP	Osteopenia
T score de - 2,5 DP ou mais	Osteoporose

#### ▪ Tratamento

- Não farmacológico: medidas comportamentais, como tratamento do tabagismo e etilismo, medidas de prevenção de quedas e adequação de drogas que afetem o metabolismo ósseo, além do aumento do consumo de cálcio na dieta. A prática de atividade física é fundamental. Exercícios regulares preferencialmente na água, pelo menos três vezes por semana se mostram capazes de melhorar a massa óssea, além de diminuir o risco de quedas e fraturas.

- Farmacológico: o tratamento farmacológico da osteoporose deve ser realizado com reposição de cálcio de 1 – 1,5 g por dia com uso concomitante de suplementação de vitamina D3 na dose de 800 a 1000 UI por dia. Se o uso for concomitante com o de bifosfonatos, a ingestão deve ser feita em períodos espaçados (JALUUL, [1996?]).

### 3 SAÚDE MENTAL NO IDOSO

As entidades neuropsiquiátricas englobam diversas condições, dentre elas depressão, insônia e ansiedade, por exemplo. Este item tem foco na depressão, que é um transtorno mental comum (acomete 1% a 2% dos idosos e 10% a 12% dos que frequentam ambulatórios ou centros de saúde) e com intensas repercussões na vida do paciente (CHAIMOWICZ, 2013).

As perdas e limitações que acompanham o processo de envelhecimento estão associadas ao quadro depressivo. Os fenômenos degenerativos, as doenças, a diminuição do convívio social e perda de amigos/familiares são importantes para o surgimento e manutenção desse quadro. Além disso, existem causas orgânicas associadas, como os fatores genéticos, que não estão de todo esclarecidos ainda.

O quadro depressivo persiste por no mínimo duas semanas e abrange sentimentos como: vazio, tristeza, falta de interesse pelo que antes se interessava, desesperança, alteração do apetite e peso, distúrbios do sono e pensamentos suicidas.

A pessoa idosa deve ser questionada sobre esses sentimentos e, quando houver a suspeita de um possível quadro depressivo, pode-se aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (GDS 15), que contém 15 perguntas. A depressão é definida quando há mais que seis respostas "sim", sendo de seis a dez uma depressão leve e de 11 a 15 uma depressão severa (FLORIANÓPOLIS, 2011).

Figura 5 - Escala de Depressão Geriátrica Simplificada (GDS 15).

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

Fonte: FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do idoso**. Tubarão: COPIART, 2011. 128 p. Disponível em: < [http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14\\_05\\_2012\\_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d30837d-fc2809.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14_05_2012_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d30837d-fc2809.pdf)>.

Novamente, é importante lembrar que a abordagem interdisciplinar é fundamental para o sucesso do tratamento. As duas principais classes de drogas utilizadas no tratamento medicamentoso da depressão são listadas abaixo, com suas respectivas posologias e observações.

Os antidepressivos são considerados de uso relativamente simples e seguro, não produzindo fenômenos de tolerância ou dependência. Os an-



tidepressivos tricíclicos são bastante eficazes, porém apresentam mais efeitos inesperados (boca seca e constipação), enquanto os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são mais recentes e agem menos sobre o sistema de neurotransmissão, pois são seletivos. Podem ser indicados em casos de sintomas depressivos, de pânico, obsessivos-compulsivos, ansiedade e fobia social.

Quadro 12 - Os diferentes “antidepressivos”.

ANTIDEPRESSIVOS			
DROGA	DOSE USUAL (MG)	FAIXA TERAPÊUTICA (MG)	OBSERVAÇÕES
<b>Tricíclicos:</b>			
Sempre iniciar o tratamento com 25 mg e aumentar 25 mg a cada 2 – 3 dias até atingir nível terapêutico.			
Amitriptilina	150 – 200	50 – 300	Maior tendência à sedação e cardiotoxicidade. Evitar em idosos. Várias indicações na clínica médica (polineuropatia periférica, dor crônica etc.).
Clomipramina	150 – 200	50 – 300	Boa indicação também para transtornos de ansiedade. Usualmente doses menores são necessárias no transtorno do pânico e maiores no transtorno obsessivo-compulsivo.
Imipramina	150 – 200	50 – 300	Observar interações medicamentosas.
INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA			
Citalopram	20	20 – 60	
Escitalopram	10	10 – 30	
Fluoxetina	20	5 – 80	Meia-vida prolongada; observar interações medicamentosas.
Paroxetina	20	10 – 50	Observar síndrome de retirada.
Sertralina	50 – 150	50 – 200	

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf). >

**SAIBA MAIS:**

Depressão em idosos. Acesse:

[http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=112](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=112).

## *Considerações finais*

Nesta unidade foram apresentadas as cinco grandes síndromes geriátricas: a instabilidade postural e as quedas no idoso, incontinência urinária, insuficiência cerebral, iatrogenia e imobilidade; e foram destacados alguns aspectos fundamentais para o reconhecimento dos principais agravos nas pessoas idosas, além da identificação das principais medidas para o manejo destes agravos. As peculiaridades das doenças crônicas no idoso também foram destaque importante nesta unidade.

Reconhecer esses agravos no âmbito de atuação da atenção básica é uma estratégia indispensável na redução de complicações, mortalidade e principalmente em melhores condições de qualidade de vida à pessoa idosa.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Projeto Diretrizes. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 48, n. 1, p. 43-65, jan./mar. 2004. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/48-01/Diretrizes%20-%20quedas%20em%20idosos.pdf>. Acesso em: 29 maio. 2014.

BASTOS, Marcus Gomes; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença Renal Crônica: diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar em pacientes não submetidos à diálise. **J Bras Nefrol**, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/podcast/artigo2.pdf>. Acesso em: 29 maio. 2014.

\_\_\_\_; OLIVEIRA, D. C. Q.; \_\_\_\_\_. Doença renal crônica no paciente idoso. **Revista HCPA**, Rio Grande do Sul, v. 31, n. 1, p. 52-65, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1298, de 21 de novembro de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/07/pcdt-doen--a-de-alzheimer-2013.pdf>. Acesso em: 30 maio. 2014.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Coordenação Geral da Alta Complexidade. Brasília; 2004.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf). Acesso em: 2 jun. 2014.

CHAIMOWICZ, Flavio. **Saúde do idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON, UFMG, 2013. 169 p. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/livro-saude-do-idoso-flavio-chaimowicz.pdf>>. Acesso em: 14 maio. 2014.

DIAS, Teresa. **Diabetes do idoso**. Lisboa, 2012. Disponível em: <[http://www.nedo.pt/UserFiles/File/NEDO/20Curso2012/Diabetes\\_do\\_Idoso\\_NEDO\\_20Curso2012.pdf](http://www.nedo.pt/UserFiles/File/NEDO/20Curso2012/Diabetes_do_Idoso_NEDO_20Curso2012.pdf)>. Acesso em: 30 maio. 2014.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do idoso**. Tubarão: COPIART, 2011. 128 p. Disponível em: <[http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14\\_05\\_2012\\_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d30837dfc2809.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14_05_2012_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d30837dfc2809.pdf)>. Acesso em: 15 maio. 2014.

GÓIS, Aécio Flávio Teixeira de et al. **Guia de Bolso de Clínica Médica**. São Paulo: Atheneu, 2011.

JALUUL, Omar. Osteoporose. In: HOSPITAL OSWALDO CRUZ. **Como eu trato**: parte 2. [1996?]. Disponível em: <<http://hospitalalemao.org.br/medicos/Pdf/comoeutratoParte2.pdf>>. Acesso em: 2 junho. 2014.

MONTAÑO, Maria Beatriz M. Macedo; RAMOS, Luiz Roberto. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 912-7, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26985.pdf>>. Acesso em: 29 maio. 2014.

PIRES, A. J. Doença renal. In: FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 737-743.

ROMÃO JUNIOR, João Egídio. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. **J. Bras. Nefrol.**, v. 26, n. 3, p. 1-3, trimestral. 2004. Disponível em: [http://www.jbn.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1183](http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1183). Acesso em: 25 maio 2014.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Vigilância e prevenção de quedas em idosos**. São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/35344001\\_site.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/35344001_site.pdf). Acesso em: 29 maio. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.**, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf). Acesso em: 30 maio. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Quedas em idosos**: prevenção. AMB, CFM, 2008. 10 f. Disponível em: <http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/diretrizes/queda-idosos.pdf>. Acesso em: 14 maio. 2014.

SOUZA, Dayse Maria Morais e (Org.). **A Prática diária na Estratégia Saúde da Família**. Juiz de Fora: UFJF, 2011. 462 p. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/11/A-pr%C3%A1tica-di%C3%A1ria-na-estrat%C3%A9gia-Sa%C3%BAdA-da-Fam%C3%ADlia.pdf>>. Acesso em: 15 maio. 2014.