

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Elizabeth Maria de Vasconcelos Grecco

**DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO IDOSO COM INSUFICIÊNCIA
CEREBRAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

CONSELHEIRO LAFAIETE

2011

ELIZABETH MARIA DE VASCONCELOS GRECCO

**DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO IDOSO COM INSUFICIÊNCIA
CEREBRAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Patrícia da Conceição Parreiras

CONSELHEIRO LAFAIETE

2011

ELIZABETH MARIA DE VASCONCELOS GRECCO

**DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO IDOSO COM INSUFICIÊNCIA
CEREBRAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Patrícia da Conceição Parreiras

Banca Examinadora:

Profª Patrícia da Conceição Parreiras

Profª Andrea Fonseca e Silva

Aprovado em Belo Horizonte: 17/11/2011

Agradeço a Professora Patrícia da Conceição Parreiras por sua orientação especial que recebi neste ano, o que foi fundamental para a conclusão desse trabalho.

RESUMO

Este estudo analisa e propõe diretrizes para organização da assistência ao idoso com insuficiência cerebral no âmbito da atenção primária à saúde, apresentando os principais conceitos e sintomas das enfermidades observadas com maior frequência nos pacientes idosos, como depressão, perda de memória, doenças de Parkinson e Alzheimer. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a temática e publicações do Ministério da Saúde, do período de 1999 a 2011, entre outras literaturas. As diretrizes da Política Nacional do Idoso foram tomadas como referência, em especial as direcionadas às pessoas com insuficiência cognitiva, o que ajudou a definir a organização para a assistência na atenção primária. Contudo, foi observado que, não só os profissionais de saúde bem como todos aqueles que lidam com os idosos de uma forma em geral, devem ter a preocupação de tratá-los com maior atenção, paciência e perseverança, objetivando minimizar as limitações que cada um apresenta.

Palavras chave: Diretrizes. Assistência ao Idoso. Insuficiência Cognitiva. Gerontologia.

ABSTRACT

This paper analyzes and proposes guidelines for the organization of care for the elderly with severe brain in the context of primary health care, presenting the main concepts of diseases and symptoms most frequently observed in elderly patients, such as depression, memory loss, Parkinson's disease and Alzheimer's disease. Thus, it was based on a literature and publications on the subject of the Ministry of Health, the period from 1999 to 2011, among other literature. Thus, the guidelines of national policy for the elderly were taken as reference, especially those targeted to people with cognitive deficits, which helped to define the organization for assistance in primary care. However, it was observed that not only health professionals as well as those dealing with the elderly in a general, should take care to treat them with more attention, patience and perseverance as to minimize the limitations that each presents.

Key words: Guidelines. Care for the Elderly. Severe Cognitive. Gerontology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3 METODOLOGIA	10
4 DESENVOLVIMENTO	11
4.1 DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DO IDOSO	11
4.2 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E DEMOGRÁFICA	12
4.3 AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA	14
4.4 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA	16
4.5 DELÍRIO, DEPRESSÃO, DEMÊNCIA E CONFUSÃO MENTAL	19
4.6 DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CEREBRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
6 REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

A população no mundo está envelhecendo. O envelhecimento populacional foi observado inicialmente nos países desenvolvidos, porém, em países em desenvolvimento, esse fenômeno vem ocorrendo em ritmo crescente (UCHOA et al., 2002 apud OHARA; SAITO, 2008). Estima-se que em 2050 existirá cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais, a maioria vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2006).

De acordo com as estimativas, no ano de 2.025, cinco das dez nações do mundo com os mais altos números de idosos serão países em desenvolvimento, inclusive o Brasil, com uma estimativa de 31,3 milhões de idosos (FIRMO et al., 2003 apud OHARA; SAITO, 2008).

Rapidamente deixamos de ser um “país de jovens” e o envelhecimento da população tornou-se fundamental para a implantação de políticas públicas. Os brasileiros com mais de sessenta anos representavam em 2008, 8,6% da população (OHARA; SAITO, 2008).

O cidadão tem direito ao acesso a serviços adequados às necessidades de saúde individuais e coletivas. Neste contexto, um novo olhar volta-se à saúde do idoso, tendo este segmento populacional como prioridade das políticas públicas de saúde. Novas abordagens, com novos instrumentos, ferramentas e tecnologias atuam com esta faixa etária. Surge a necessidade de melhorar a qualidade de serviços ofertados no sistema público, repensando as ações ofertadas, o papel de cada profissional, a organização de fluxos e diretrizes, objetivando renovar o papel da assistência em atenção ao idoso na condição de um processo de assistência integrado (MINAS GERAIS, 2007).

No Brasil, em 1994, foi criada a Lei nº 8.842 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso. Cinco anos após, a Política Nacional de Saúde do Idoso foi regulamentada através da portaria GM/MS nº. 1.395/99 (MINAS GERAIS, 2007).

No processo de implementação das políticas de saúde do idoso, o Estatuto do Idoso, Lei nº. 10.741/2003 veio definir a diretriz norteadora para promoção, prevenção e recuperação da saúde desta parcela populacional. Este estatuto busca consolidar a legitimidade do direito do cidadão de sessenta anos ou mais, “com direito à atenção à saúde integral, o direito social à saúde em um sentido mais amplo, que implicará garantia de outros direitos sociais e é dependente da adequada articulação de políticas econômicas e sociais” (MINAS GERAIS, 2007, p. 21).

As mudanças demográficas são também acompanhadas por mudanças epidemiológicas. O envelhecimento acarreta a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. No setor de saúde pública, no qual os investimentos eram direcionados para as doenças infecto-contagiosas e causas externas, a morbidade torna-se mais

predominante que a mortalidade, fazendo com que as doenças crônico-degenerativas e suas complicações incorporem a maior sobrevida dessa população (CIANCIARULLO, 2002 apud OHARA; SAITO, 2008).

Neste contexto, vale destacar que os distúrbios neurológicos levam à incapacidade, sendo de grande relevância o exame neurológico no idoso. A incapacidade cognitiva no idoso pode se dar de diferentes formas como quadros de *delírum*, depressão ou demência (BRASIL, 2006).

Este estudo está direcionado a atuação de uma equipe de saúde da família vinculada à Prefeitura de Santa Bárbara do Tugúrio, município mineiro localizado na região denominada Campo das Vertentes, com uma extensão de 161 km e, distante 35 km de Barbacena. A área da unidade é de 194,562 Km² e o CENSO 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apurou uma população de 4.570 pessoas sendo 2.187 residentes na área urbana e 2.383 na área rural (IBGE, 2010).

A cidade possui duas equipes de saúde da família, a Saúde em Casa e a Saúde no Campo e uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a qual é referência para as duas equipes. A UBS funciona das 7 às 18 horas e nela atuam os seguintes profissionais: médico pediatra, clínico geral, ginecologista e obstetra, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, bioquímico, farmacêutica, enfermeiras, técnicos de enfermagem e funcionários da limpeza. Trata-se de um prédio recentemente reformado e bem dividido. Possui salas de curativo, de vacinação, de pequenas cirurgias, de reunião e de resíduos; vários consultórios e banheiros; leitos de observação, farmácia, laboratório, almoxarifado, cantina e garagem.

Em 2009 foi realizado um diagnóstico da situação de saúde, pela Equipe Saúde em Casa, em sua área de abrangência. Nesta área foram identificados oito idosos, com idade entre 60 a 90 anos com insuficiência cerebral. Observou-se a existência de Demência, Depressão e Doença de Alzheimer. Esse diagnóstico foi feito no município de Barbacena (MG), o qual é referência para esses exames.

Desta forma, a utilização de novos instrumentos, ferramentas e tecnologias surgem como uma nova perspectiva para abordagem do idoso. Torna-se imprescindível trabalhar na melhoria da qualidade, nas prestações de serviços, em especial àquelas ofertadas pelo serviço público.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar diretrizes propostas para a organização das Políticas Públicas em saúde do idoso.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os principais problemas do idoso com insuficiência cerebral e as ações desenvolvidas no âmbito da atenção primária para seu enfrentamento.
- Propor diretrizes para a equipe de saúde da atenção primária para organização da assistência ao idoso com insuficiência cerebral.

3 METODOLOGIA

O trabalho proposto foi desenvolvido através de revisão bibliográfica narrativa. Foram consultadas publicações na base de dados de Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS*), na Biblioteca Eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (*SCIELO*) e no *GOOGLE ACADÊMICO*. Foram utilizados como palavras chaves os termos: Diretrizes, Assistência ao Idoso, Insuficiência Cognitiva, Gerontologia tendo como limites o idioma português, textos completos, publicado de 1.999 a 2.010. Também foram utilizados livros, tratados e protocolos da área de saúde que abordam a temática. Assim sendo foram localizados seis artigos e pesquisados nove livros e três manuais. A partir dessa revisão foram elencadas as principais diretrizes para a Equipe de Atenção Primária, portanto o presente estudo busca a partir das diretrizes publicadas já definidas, organizar a assistência ao idoso com insuficiência cerebral, no âmbito da atenção primária à saúde.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DO IDOSO.

O crescente aumento da população idosa em todo o mundo, comprovado através de numerosos estudos demográficos, tem colocado para os órgãos governamentais e para a sociedade, o desafio de problemas médico-sociais próprios do envelhecimento populacional. O impacto dos problemas causados pelo grau de crescimento populacional desse segmento etário, embora presente em todos os países de todos os continentes, e que já adquiriu características de uma progressão geométrica nos países em desenvolvimento é sem dúvida preocupante hoje e será alarmante num futuro próximo (NETTO, 2002).

No Brasil, para muitos, ainda somos um país de jovens, sendo o envelhecimento populacional associado aos países mais desenvolvidos da Europa e América do Norte. Isso fazia sentido há alguns anos, pois as taxas de crescimento anual da população brasileira mantiveram-se altas por muitas décadas, notadamente nas de 50 e 60. Essas taxas altas de crescimento levaram praticamente à duplicação da população a cada 30 anos (NETTO, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar a partir da década de 90, o conceito de “envelhecimento ativo”, incluindo os cuidados com a saúde e outros fatores que afetam o envelhecimento, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida e a promoção e recuperação da saúde da população idosa (BRASIL, 2006).

Os objetivos das Diretrizes da OMS à Saúde do Idoso são:

- Promover o envelhecimento ativo e saudável – bem-sucedido.
- Estruturar a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.
- Fortalecer a participação social.
- Monitorar o processo de envelhecimento.
- Identificar os fatores de risco de doenças e agravos.
- Envolver a família e a comunidade no processo do cuidado.
- Promover a formação e a educação permanente para os profissionais de saúde que trabalham com idosos no Sistema Único de Saúde (SUS).
- Identificar e promover os fatores de proteção e recuperação da saúde.
- Melhorar a qualidade de vida da população idosa (MINAS GERAIS, 2007).

Os projetos a partir destas diretrizes têm como finalidade manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim (MINAS GERAIS, 2007). Possuem como base a “integralidade da assistência e a avaliação global e interdisciplinar visando o aumento do número de anos de vida saudável, diminuindo as diferenças entre diversos grupos

populacionais, assegurando o acesso a serviços preventivos de saúde, incentivando e equilibrando a responsabilidade pessoal e a solidariedade entre gerações” (MINAS GERAIS, 2007, p. 21).

O programa Saúde em Casa, em ato desde 2003, tendo como objetivo a melhoria da atenção primária, está construindo os alicerces para a rede de atenção à saúde: recuperação e ampliação das unidades básicas de saúde, distribuição de equipamentos, monitoramento através da certificação das equipes e avaliação da qualidade da assistência, da educação permanente para os profissionais e repasse de recursos mensais para cada equipe de saúde da família, além da ampliação da lista básica de medicamentos, dentro do programa Farmácia de Minas (MINAS GERAIS, 2007, p. 5).

A Atenção Básica oferece à pessoa idosa e a sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores, uma atenção humanizada, com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso (BRASIL, 2006).

A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo. Cabe ressaltar que, com o princípio da territorialização, a Atenção Básica/Saúde da Família deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência, inclusive as que estão nas instituições públicas ou privadas (BRASIL, 2006).

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (NETTO, 2002).

4.2 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E DEMOGRÁFICA

O aumento do número de pessoas mais velhas se deve ao surgimento de uma situação relativamente nova: o envelhecimento populacional, cujo significado é o aumento da proporção de idosos na população. Isto está relacionado com a diminuição da mortalidade, que leva a um aumento da expectativa de vida, o que não é suficiente para que haja o envelhecimento populacional. É necessário também a diminuição da fecundidade, coeficiente cujo significado é o número de filhos que as mulheres tem, em média, ao longo de sua vida reprodutiva. Estas duas situações vem ocorrendo em todos os países do mundo, desenvolvido ou não, só que de forma diferente. Além disso existe um terceiro fator que ajuda a alterar a distribuição etária de uma dada população a ele submetida: a migração (NETTO, 2002).

“A modificação dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população e que ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas e sociais é chamada de transição – conceito criado há mais de 30 anos pelo epidemiologista Abdel Omran” (OMRAN apud CHAIMOWICZ, 2009, p. 27).

Há correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica: a queda inicial da mortalidade está concentrada entre as doenças infecciosas, beneficiando a população jovem. Estes se tornam adultos passando a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas como a hipertensão e hipercolesterolemia. À medida que aumenta a expectativa de vida e cresce o número de idosos tornam-se mais frequentes as complicações de moléstias como o infarto agudo do miocárdio (CHAIMOWICZ, 2009).

O processo de transição demográfica e epidemiológica engloba três mudanças básicas, como a substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas entre as primeiras causas de morte, o deslocamento da carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais idosos e a transformação de uma situação de predomínio de mortalidade para outra em que a morbidade é dominante (CHAIMOWICZ, 2009)..

Tornam-se predominantes doenças crônicas e suas complicações, requerendo décadas de utilização dos serviços de saúde. Tendo como exemplos dessa utilização prolongada as seqüelas do acidente vascular cerebral, as complicações das fraturas após quedas, as limitações causadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocadas pelo diabetes e a dependência determinada pela doença de Alzheimer (CHAIMOWICZ, 2009)..

O aumento da proporção de idosos é um fenômeno global. Todo o mundo encontra-se em algum estágio desse processo. Este aumento não é um fenômeno repentino ou inesperado, resulta das transformações demográficas ocorridas nas décadas pregressas, motivo pelo qual na maioria dos países será um processo inexorável. A transição demográfica pode ser sintetizada em três fases distintas: Primeira fase – elevada mortalidade e fecundidade, segunda fase – queda de mortalidade e crescimento populacional e terceira fase – queda da fecundidade e envelhecimento populacional (CHAIMOWICZ, 2009).

O alongamento da vida é uma das conquistas sociais importantes do século 20, isso tem sido o resultado do sucesso de políticas econômicas e sociais tendo como reflexo uma melhoria generalizada das condições de vida e de saúde (FREITAS, PY, 2011, grifo das autoras).

4.3 AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

A avaliação cognitiva é feita na avaliação clínica, auxiliando na identificação das principais alterações na saúde mental do idoso. O desempenho deste idoso na parte física e social depende da integridade das funções cognitivas. A perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de redução dessas funções. A avaliação da perda de memória recente é considerada como mais adequada, no entanto a escolaridade pode influenciar na avaliação da habilidade de cálculo (BRASIL, 2006).

É sugerido para uma primeira avaliação a realização do Teste Rápido que consiste em solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos, após três minutos, pedir que os fale novamente. Se for incapaz de repeti-los há necessidade de uma investigação mais aprofundada (BRASIL, 2006).

A avaliação cognitiva utilizando o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser mais rápida. Com fácil aplicabilidade, não necessitando de materiais específicos. É utilizado como instrumento de rastreio não sendo substituído por uma avaliação detalhada, mesmo avaliando certos domínios, o faz de maneira superficial. Não fecha um diagnóstico, mas serve para indicar que funções devem ser mais bem investigadas (BRASIL, 2006).

Quadro 1: Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

1) Orientação temporal (0 – 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana
2) Orientação espacial (0 – 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local
3) Repita as palavras (0 – 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo cinco repetições)	Caneca Tijolo Tapete
4) Cálculo (0 – 5 pontos)	O (a) Sr (a) faz cálculos?	Sim – vai para 4 a, se Não – vai para 4 b
4 a.	Se de R\$ 100,00 fossem tirados R\$ 7,00, quanto restariam? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total de 5 subtrações)	93 86 79 72 65
4 b.	Soletre a palavra mundo	Odnum
5) Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete

6) Linguagem (0 – 3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta
7) Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	Nem aqui, nem ali, nem lá
8) Linguagem (0 – 2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão
9) linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “Feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	Feche os olhos
10) Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa	
11) Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:	Σ

Objetivo: É um teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva.
Avaliações dos resultados: Pontuação total = 30 pontos. As notas de corte sugeridas são: Analfabetos = 19. De 1 a 3 anos de escolaridade = 23. De 4 a 7 anos de escolaridade = 24. Maior do que 7 anos de escolaridade = 28 pontos.
Providências com os achados/resultados: Escores muito baixos associados aos outros testes de função cognitiva sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

Fonte: BRASIL, 2006.

Como complementação dessa avaliação pode-se utilizar o desenho do relógio, que consiste em solicitar à pessoa idosa que desenhe um mostrador de relógio com números, solicitando que sejam acrescentados os ponteiros de horas e minutos representando um horário específico. Este teste é válido e confiável para rastrear pessoas com lesões cerebrais. A avaliação dos resultados sugere que: Se o paciente desenha um mostrador pequeno, onde não cabem os números, já há evidência preliminar de uma dificuldade com o planejamento. Na negligência unilateral, os números serão colocados apenas na metade do relógio. Pacientes com disfunção executiva (lesão frontal) podem apresentar dificuldades para colocar os ponteiros (BRASIL, 2006).

Outro teste importante é o teste de fluência verbal por categorias semânticas que consiste em pedir à pessoa idosa que diga o maior número possível de animais em um minuto. O seu objetivo é verificar o declínio cognitivo. Na avaliação dos resultados: Verifica-se como foi utilizado o tempo disponível para a execução da tarefa. Pacientes com demência, além de produzirem escores baixos, tendem a interromper a geração de palavras após vinte segundos do teste. Pacientes deprimidos podem apresentar escores baixos, mais tendem a gerar palavras durante todo o minuto. O escore esperado é de quatorze ou quinze animais citados (BRASIL, 2006).

4.4 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA

A avaliação multidimensional da pessoa idosa pode ser desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde. É uma avaliação rápida podendo identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional nas pessoas idosas. Indica quando necessitará da utilização de outros instrumentos mais complexos. No entanto, qualquer instrumento tem limitações e, por si só, não é suficiente para o diagnóstico, sendo complementar e não utilizado de forma mecânica. Nada substitui a escuta qualificada por profissionais de saúde habilitados e a investigação de todos os aspectos, como familiares, sociais, culturais, econômicos, afetivos, biológicos, etc., que envolvem a vida da pessoa (BRASIL, 2006).

Os problemas identificados, caso não sejam tratados, levam a severa incapacidade, como imobilidade, instabilidade, incontinência, declínio cognitivo, levando o idoso a risco de iatrogenia (BRASIL, 2006).

Quadro 2: Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTOS
NUTRIÇÃO	O/A Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? _____ Peso atual: _____ Kg Altura: _____ cm IMC = _____	Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos (desnutrição ou obesidade). Encaminhar ao nutricionista para a avaliação nutricional detalhada.
VISÃO	O/A Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, aplicar o cartão de Jaeger: Olho Direito: _____ Olho Esquerdo: _____	Se houver incapacidade de ler além de 20/40 no cartão de Jaeger encaminhar ao oftalmologista.
AUDIÇÃO	Aplicar o teste do sussurro. A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ouvido Direito: _____ Ouvido Esquerdo: _____	Na ausência de cerume e caso a pessoa idosa não responda ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.

	Se não, verificar a presença de cerume. OD: _____ OE: _____	
INCONTINÊNCIA	O/A Sr/a, às vezes, perde urina ou fica molhado/a? Se sim, pergunte: Quantas vezes? _____ Isso provoca algum incômodo ou embaraço? _____ Definir quantidade e frequência.	Pesquisar as causas. Ver capítulo de incontinência urinária.
ATIVIDADE SEXUAL	O/A Sr/a tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.
HUMOR/DEPRESSÃO	O/A Sr/a se sente triste ou desanimado/a freqüentemente?	Se sim, Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica.
COGNIÇÃO E MEMÓRIA	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa Maçã Dinheiro Após 3 minutos pedir que os repita.	Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM. Complementando esse, pode ser aplicado o teste do Relógio, Teste de Fluência Verbal e o Questionário de Pfeiffer. Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a	Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de

	mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: _____ Caminhar 3,5m: _____ Voltar e sentar: _____ Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.	Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo do MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti e Medida de Independência Funcional (MIF). Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de: Sair da cama? _____ Vestir-se? _____ Preparar suas refeições? _____ Fazer compras? _____ Se não > Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.	Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de avaliação de MIF, de Katz e escala de Lawton.
DOMICÍLIO	Na sua casa há: Escadas? _____ Tapetes soltos? _____ Corrimão no banheiro? _____	Sim para escada ou tapete e Não para corrimão – Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.
QUEDA	Quantas vezes? _____	Orientar prevenção, ver capítulo de quedas.
SUPORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? _____ Quem poderia ajudá-lo/a? _____ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo /a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo? _____	Identificar, com o/a agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a. Realizar APGAR de família,

		Genograma e Ecomapa.
--	--	----------------------

Fonte: BRASIL, 2006

4.5 DELÍRIO, DEPRESSÃO, DEMÊNCIA E CONFUSÃO MENTAL.

O **delírio** é um estado clínico caracterizado por distúrbios da cognição, humor, consciência, de início agudo ou em sobreposição a distúrbios crônicos da cognição (MINAS GERAIS, 2007, grifo nosso). Chamado de disfunção cognitiva aguda começa com confusão e progride para desorientação (BRUNNER, SUDDARTH, 2009).

As características mais marcantes dos quadros de delírio são o começo agudo, as alterações no nível da consciência, as deficiências na atenção e o potencial de reversão. Afeta cerca de 2,3 milhões de pessoas idosas e contribui com mais de 17,5 dias de hospitalização por ano a um custo de mais de US\$ 4 bilhões anualmente; até 10 a 16% dos pacientes idosos estão em delírio ao darem entrada no hospital (REICHEL, 1999).

Essa doença é a complicação mais freqüente na hospitalização do idoso, podendo experimentar um nível alterado de consciência, desde o estupor até a atividade excessiva; tendo um pensamento desorganizado e o espectro de atenção é curto. Podendo estar evidentes as alucinações, ilusões, medo, ansiedade e paranóia (BRUNNER, SUDDARTH, 2009).

O delírio ocorre em virtude de inúmeras causas, incluindo doenças físicas, intoxicação por medicamentos ou bebidas alcoólicas, desidratação, impactação fecal, desnutrição, infecção, traumatismo craniano, falta de indícios ambientais e sobrecarga ou privação sensorial. Os idosos ficam mais vulneráveis a confusão aguda, decorrente da sua reserva biológica ser diminuída e também pela quantidade excessiva de medicamentos que eles tomam (BRUNNER, SUDDARTH, 2009).

Reichel (1999, p.154) considera que:

As causas subjacentes do delírio não são bem compreendidas, especialmente por causa das dificuldades de estudo de uma condição tão aguda em pacientes muito diferentes entre si. Muitas causas imediatas diferentes podem levar ao delírio; causas localizadas no sistema nervoso central (SNC) e causas sistêmicas, não relacionadas com o SNC.

As relacionadas com o sistema nervoso central (SNC) podem ser infecções, tais como: a meningite e a encefalite, trauma, tumores; e drogas como os anestésicos, neurolépticos, antidepressivos, sedativo-hipnóticos, anticonvulsivantes, opióides e álcool (REICHEL, 1999).

As condições sistêmicas não-relacionadas com o SNC consistem em infecções, tais como: Sepses, pneumonia, infecção do trato urinário, endocardite bacteriana subaguda e osteomielite, transtornos cardiopulmonares, como o infarto agudo do miocárdio, a descompensação da insuficiência cardíaca congestiva e a exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica; transtornos endócrinos e metabólicos, como a deficiência da vitamina B 12 ou de ácido fólico e as alterações na glicemia e nos eletrólitos séricos, tumores localizados fora do SNC (REICHEL, 1999).

Os fatores de risco não são completamente compreendidos, um quadro de demência pré-existente é provavelmente o maior risco. O avanço da idade e a fragilidade orgânica também parecem aumentar o risco de delírio, mas não se sabe o quanto esse risco é devido a um quadro demencial subclínico ou não reconhecido (REICHEL, 1999).

Uma vez diagnosticado a questão passa a ser identificar e tratar a causa. Frequentemente essas medidas resolvem o delírio (REICHEL, 1999).

Quadro 3: Critérios diagnósticos para Delírio:

Critérios Diagnósticos para Delírio Devido a... (Indicar a condição clínica geral)
Alteração da consciência (isto é, redução da clareza, do alerta do ambiente) com capacidade reduzida de focalizar, sustentar ou desviar a atenção.
Uma mudança na cognição tal como uma deficiência na memória, desorientação, alteração da linguagem ou transtorno da percepção que não seja atribuído a um quadro demencial pré-existente, estabelecido ou em evolução.
Alterações em evolução ao longo de um curto período, geralmente horas ou dias, com tendência a flutuar durante o dia.
Evidência, a partir da história, do exame físico ou dos achados laboratoriais, de que a alteração é causada por conseqüências fisiológicas diretas de uma condição clínica geral.

Fonte: REICHEL, 1999.

A **depressão** é um transtorno afetivo ou do humor mais comum na velhice. A incidência de depressão é significativa entre os idosos hospitalizados (12%) e aumenta para 30% entre os residentes em clínicas de repouso. Quando essa doença ocorre nos idosos segue frequentemente um evento precipitante ou perda importante, podendo também ser secundária a uma interação medicamentosa ou uma afecção física não diagnosticada (BRUNNER, SUDDARTH, 2009, grifo nosso).

Todo ser humano pode experimentar sintomas depressivos, porém nos idosos a probabilidade é maior, pois apresentam inúmeras limitações e perdas tendo como conseqüências sentimentos de autodepreciação (NETTO, 2002).

No Brasil, a prevalência de depressão entre os idosos varia de 4,7% a 36,8%. É um dos transtornos que afeta os mais velhos. As mulheres são mais propensas que os homens.

Os idosos doentes ou institucionalizados também apresentam prevalências maiores. As pessoas idosas com esse mal tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional afetando sua qualidade de vida (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial de Saúde reconhece a depressão como uma das condições que mais causam incapacitação, elevando os custos diretos como o diagnóstico e tratamento, e indiretos como perda de produtividade no trabalho e mortalidade precoce por suicídio. A estimativa é que em 2020 a depressão esteja em segundo lugar em incapacidade ajustada para os anos de vida, perdendo somente para as causas cardiovasculares (HARGREAVES, 2006, p. 545).

Os sinais da depressão incluem as sensações de tristeza, fadiga, memória e concentração diminuídas, sentimentos de culpa ou demérito, distúrbios do sono, distúrbios do apetite com ganho ou perda de peso excessivo, inquietação, espectro de atenção prejudicada e ideação suicida (HARGREAVES, 2006).

A depressão geriátrica pode ser confundida com demência. Portanto o comprometimento cognitivo decorrente da depressão é uma conseqüência da apatia e não do declínio na função cerebral. Quando coexistem a depressão e as doenças clínicas, como freqüentemente acontece, a negligência da primeira delas pode retardar a recuperação física (Brunner, Suddarth, 2009).

Segundo Hargreaves (2006, p. 546):

A depressão está freqüentemente associada com distúrbios cognitivos e pior desempenho em testes neuropsicológicos. As principais alterações cognitivas encontradas nas depressões enfocam atenção, a lentificação e alterações na flexibilidade mental. Deve-se estar atento também para a possibilidade dos sintomas de humor deprimido serem o início de um quadro demencial. Nesta faixa de idade os fatores cerebrais orgânicos podem significar etiologicamente. A depressão de início tardio está associada a imagens que sugerem lesão vascular em estudos com ressonância magnética, fato este que levou alguns autores a proporem o termo “depressão vascular”.

Para diagnosticar a depressão nos idosos a atenção é focalizada nos sintomas corporais, problemas de memória e ansiedade, hiporexia, emagrecimento e aumento de sintomas somáticos. O seu tratamento é importante não só porque o transtorno afetivo pode comprometer a qualidade de vida, mas a intervenção psiquiátrica, neste contexto, pode diminuir a mortalidade, reduzir a utilização desnecessária dos cuidados de saúde e prolongar a sobrevivência do paciente com doença clínica (HARGREAVES, 2006).

O tratamento deve ser instituído precocemente e envolve:

- Remoção ou controle dos fatores agravantes;
- Uso de antidepressivos;
- Abordagem psicoterápica;
- Eletroconvulsoterapia, que significa depressões graves com risco de suicídio (HARGREAVES, 2006);

As dificuldades com a memória são queixas freqüentes do idoso. Só 5% das pessoas com 60 a 65 anos têm perda de memória por doença. A prevalência da **demência** dobra a cada cinco anos após a sexta década e aos 80 anos pelo menos um terço dos idosos apresenta algum grau importante de transtorno cognitivo. Dois terços dos velhinhos se queixam de falha na memória, no entanto apenas a metade apresenta diminuição da capacidade funcional (HARGREAVES, 2006, grifo nosso).

De acordo com Reichel (1999, p. 155):

Demência é a síndrome de deficiência cognitiva crônica. Suas características principais são o começo gradual e insidioso, nenhuma alteração da consciência, exceto nos estágios finais e a deterioração da memória e de outras funções cognitivas, capaz de causar prejuízo no funcionamento social e laborativo.

A demência é responsável por grande impacto na vida do idoso e de seus familiares ou cuidadores. Se diagnosticado precocemente implicará em um melhor controle. Após conhecimento da demência a próxima etapa de investigação é composta pela anamnese detalhada, exame clínico e neurológico e avaliação do estado mental (HARGREAVES, 2006).

Se a história não esclarecer a etiologia, provavelmente os próximos passos não serão bem sucedidos. Na investigação das queixas de memória e para que a anamnese ocorra com eficiência, certas questões deverão ser elucidadas, a saber:

- Dificuldade de memória interfere no dia a dia?
- Com que velocidade os sintomas progrediram?
- Há alterações em outras áreas da cognição?
- A dificuldade está relacionada com medicamento?
- Uso de álcool?
- Depressão?
- Questionar o acompanhante (HARGREAVES, 2006).

O exame do estado mental utiliza basicamente um instrumento de triagem, como o mini mental de Folstein e a avaliação complementar envolvem avaliação laboratorial e exames de imagem (HARGREAVES, 2006).

As causas mais frequentes de demência são a Demência de Alzheimer, Corpus de Lewy, Vascular, Frontal Temporal, Doença de Pick, Doença de Parkinson, Doença de Huntington, Paralisia Supra Nuclear Progressiva e Hidrocefalia de Pressão Normal (HARGREAVES, 2006).

O quadro clínico das demências é constituído por alterações cognitivas, comportamentais e motoras. O tratamento das demências pode envolver dois aspectos – O farmacológico e o não farmacológico – priorizando a abordagem multidisciplinar e multiprofissional (HARGREAVES, 2006).

4.6 DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CEREBRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Com relação às diretrizes, além do que está constando neste trabalho, em especial na introdução e na subseção 4.1, observa-se a necessidade de citar outras instruções correlatas para que se possam relacionar as diretrizes específicas ao idoso com insuficiência cerebral, conforme objetivo proposto:

Consta no Estatuto do Idoso (2004, p. 13):

CAPÍTULO IV, DO DIREITO À SAÚDE, Art. 15. É assegurada a atenção à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Portanto a primeira diretriz será a diretriz norteadora constante no estatuto do idoso, que propõem promover, prevenir e recuperar a saúde desta população.

Já na Linha Guia denominada “Atenção à Saúde do Idoso” (Minas Gerais, 2007, p. 22), é relacionada, entre outras, a diretriz: “Capacitar os profissionais da rede pública de saúde do Estado de Minas Gerais, para avaliação global da saúde do idoso, através do Programa de Educação Permanente/PEP”.

Para a Portaria 1.395/GM que trata da Política Nacional do Idoso (1999, p. 6), são citadas as diretrizes essenciais, a saber:

- a) promoção do envelhecimento saudável;
- a) manutenção da capacidade funcional;
- a) assistência às necessidades de saúde do idoso;
- a) reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- a) capacitação de recursos humanos especializados;
- o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e
- o apoio a estudos e pesquisas.

Diante do exposto pode-se propor a segunda diretriz sendo ela: A capacitação permanente de recursos humanos que trabalham com idosos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Já a Portaria 2.528 (2006, p. 7), que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e revoga a Portaria 1.395/GM, define as seguintes diretrizes:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Na Linha Guia da “Atenção à Saúde do Idoso” (Minas Gerais ,2007, p. 119), é relatado:

- Nas seguintes condições, o idoso deve ser avaliado rotineiramente:
- Maiores de 80 anos;
 - Idosos com perda da 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 ao déficit de memória.

Com isso a terceira diretriz proposta será: Manter um plano de ação mensal de acompanhamento dos tratamentos específicos para cada doença diagnosticada;

Em Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde (2007, p. 29), com relação a Educação em Saúde é citado:

Para que se possa desenvolver, de forma adequada, cuidados ao idoso, alguns caminhos necessitam ser considerados, tais como:
 Manutenção do bem-estar e da autonomia no ambiente domiciliar onde tais cuidados centram-se no idoso, nas suas necessidades, de sua família e de sua comunidade e não em sua doença.
 Desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar procurando partilhar responsabilidades e defendendo os direitos dos idosos/família/comunidade;
 Ampliação dos conhecimentos profissionais para além da área gerontogeriatrica, considerando as inter-relações, pois o idoso exige cuidado direcionado a ações complexas e interdisciplinares;
 Realização de visitas domiciliares regulares;
 Garantia de consultas, tratamentos, medicamentos, exames laboratoriais e outros de acordo com as necessidades individuais;
 Orientações que envolvam o usuário e comprometam a família;
 Garantir o atendimento nos diversos pontos de atenção

No Caderno de Atenção Básica número 19, Ministério da Saúde (Brasil, 2006, p. 15) consta:

As equipes de saúde na Atenção Básica, em especial quando organizadas pela Saúde da Família, dispõem de importantes ferramentas para garantia de uma atenção humanizada. É importante destacar que todo o trabalho da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família deve buscar sempre o máximo da autonomia dos usuários frente as suas necessidades, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

Em Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde (2007, p. 27) encontra-se a seguinte definição: “O prontuário de Saúde da Família está formatado para o trabalho em equipe, tendo como foco a família e os indivíduos que dela fazem parte, residentes no território de responsabilidade da Equipe Saúde da Família (ESF)”.

Para atendimento dessas recomendações é necessário incluir outras diretrizes: Instituir reuniões das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) com os envolvidos, como os idosos, cuidadores e familiares a fim de facilitar o acompanhamento do público alvo; Criar um arquivo específico, com prontuários individuais, previsto no Plano Diretor, com os dados de doentes diagnosticados; bem como dos idosos maiores de 80 anos; os com perda da independência nas atividades de vida diária, instrumentais ou básicas; como também os com histórico de doenças cerebrais; Dar assistência às necessidades de saúde do idoso. No âmbito ambulatorial, a consulta geriátrica constituirá a base dessa assistência; Promover ações envolvendo um trabalho multiprofissional de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudiologia, psicologia e serviço social com o objetivo de atuar na reabilitação da capacidade comprometida (MINAS GERAIS, 2007).

No Caderno de Atenção Básica número 27, Ministério da Saúde (Brasil 2010, p. 55) são relacionadas várias ações clínicas da Atenção Primária à Saúde (APS), nas deficiências:

Acolhimento, apoio e orientação às famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência;
Reuniões para discussões de caso e educação permanente;
Articulação com as atividades dos agentes comunitários de saúde, importantes no tocante à questão do autocuidado, envolvimento da família e do repasse de informações;
Realização de visitas domiciliares para avaliações, orientações, adaptações e acompanhamentos;

No Caderno de Atenção Básica número 19, Ministério da Saúde (Brasil 2006, p. 109) está relatado:

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

Em Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde (2007, p. 17-18), na parte destinada a Avaliação Funcional, observa-se o seguinte texto:

A independência e autonomia nas atividades de vida diária estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso das seguintes grandes funções ou domínios:

- Cognição
- Humor
- Mobilidade
- Comunicação

O comprometimento das atividades de vida diária pode ser o reflexo de uma doença grave ou conjunto de doenças que comprometam direta ou indiretamente essas quatro grandes funções ou domínios, de forma isolada ou associada. Dessa forma, a perda de uma função no idoso previamente independente nunca deve ser atribuída à velhice e sim representar sinal precoce de doença ou conjunto de doenças não tratadas, caracterizadas pela ausência de sinais e sintomas típicos. A presença de dependência funcional, definida como a incapacidade de funcionar satisfatoriamente sem ajuda, devido a limitações físicas ou cognitivas, deve desencadear uma ampla investigação clínica, buscando doenças que, na sua maioria, são total ou parcialmente reversíveis.

Sendo assim é possível ainda relacionar outras diretrizes, a saber: Definir e implementar as ações que serão levadas em conta tendo em vista que, na realidade, as causas de dependências são, em sua maioria, evitáveis e em muitos casos, reversíveis por intermédio de técnicas de reabilitação física e mental, tão mais efetivas quanto mais precocemente forem instituídas; A detecção precoce e o tratamento de pequenas limitações

funcionais, potenciais causas de formas graves de dependência, integraram as atribuições dos profissionais e técnicos que atuam nesse nível de atenção, e deverão ser alvo de orientação aos cuidadores dos idosos para que possa colaborar com os profissionais da saúde, sobretudo na condição de agentes facilitadores, tanto na observação de novas limitações, quanto no auxílio ao tratamento prescrito; Despertar nos profissionais de saúde, em especial nos Agentes Comunitários de Saúde a preocupação com a observação dos idosos, com o objetivo da detecção precoce de limitações funcionais, nas visitas domiciliares (BRASIL, 2010; BRASIL 2006).

Estas diretrizes, sintetizadas no quadro abaixo, são propostas para cuidar de idosos com insuficiência cerebral no âmbito da atenção primária à saúde.

Quadro 4: DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CEREBRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ A diretriz norteadora será a constante no estatuto do idoso, para promover, prevenir e recuperar a saúde desta população;
<ul style="list-style-type: none"> • A capacitação permanente de recursos humanos que trabalham com idosos no SUS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manter um plano de ação mensal de acompanhamento dos tratamentos específicos para cada doença diagnosticada;
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instituir reuniões das equipes do PSF com os envolvidos, como os idosos, cuidadores e familiares a fim de facilitar o acompanhamento do público alvo;
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criar um arquivo específico, com prontuários individuais, previsto no Plano Diretor, com os dados de doentes diagnosticados; bem como dos idosos maiores de 80 anos; os com perda da independência nas atividades de vida diária, instrumentais ou básicas; como também os com histórico de doenças cerebrais;

<ul style="list-style-type: none">▪ Dar assistência às necessidades de saúde do idoso. No âmbito ambulatorial, a consulta geriátrica constituirá a base dessa assistência;
<ul style="list-style-type: none">• Promover ações envolvendo um trabalho multiprofissional de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudiologia, psicologia e serviço social com o objetivo de atuar na reabilitação da capacidade funcional comprometida;
<ul style="list-style-type: none">• Definir e implementar as ações que serão levadas em conta tendo em vista que, na realidade, as causas de dependência são, em sua maioria, evitáveis e em muitos casos, reversíveis por intermédio de técnicas de reabilitação física e mental, tão mais efetivas quanto mais precocemente forem instituídas;
<ul style="list-style-type: none">▪ A detecção precoce e o tratamento de pequenas limitações funcionais, potenciais causas de formas graves de dependência, integraram as atribuições dos profissionais e técnicos que atuam nesse nível de atenção, e deverão ser alvo de orientação aos cuidadores dos idosos para que possa colaborar com os profissionais da saúde, sobretudo na condição de agentes facilitadores, tanto na observação de novas limitações, quanto no auxílio ao tratamento prescrito;
<ul style="list-style-type: none">▪ Despertar nos profissionais de saúde, em especial nos Agentes Comunitários de Saúde a preocupação com a observação dos idosos, com o objetivo da detecção precoce de limitações funcionais, nas visitas domiciliares.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como base para o desenvolvimento de uma melhor organização da assistência ao idoso na atenção primária foi publicada a Linha Guia da Saúde do Idoso (MINAS GERAIS, 2007). Essa diretriz é um dos caminhos para a reorganização dos serviços e da construção da rede integrada. Espera-se assim dar mais um passo na consolidação do SUS, melhorando as condições de saúde e de vida da população idosa. Outra publicação importante nessa área, Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), cadernos de atenção básica (BRASIL, 2010).

A falta de treinamento dos profissionais de saúde na atenção primária prejudica o diagnóstico correto nas insuficiências cerebrais e o seu tratamento. A crença de que esses sintomas seriam uma reação normal ao envelhecimento tornam o diagnóstico mais difícil. Porém, quando as incapacidades cognitivas aparecem, elas estarão relacionadas com declínio funcional, risco de hospitalização, redução na qualidade de vida, aumento na utilização dos serviços de saúde e mortalidade aumentada por comorbidades ou suicídio.

As disfunções encontradas nos idosos fazem parte de um processo natural de envelhecimento, caracterizadas pela manutenção da quase totalidade das funções orgânicas, em condições habituais, com progressiva redução da reserva funcional dos órgãos e aparelhos com o avançar da idade e merecem toda a atenção diagnóstica e terapêutica (FILHO; NETO, 2000).

Conclui-se que as ações de assistência ao idoso com incapacidade cerebral deverão ser constantemente acompanhadas por toda a equipe envolvida no processo de trabalho, na busca das ações mais adequadas e pela melhoria da atenção primária à saúde. Os profissionais, os familiares e os cuidadores dos idosos devem trabalhar em conjunto na construção das ações de saúde. Isso significa que o trabalho depende do desenvolvimento de metas que deverão ser avaliadas, acompanhadas e de conhecimento e apropriação de todos (BRASIL, 2010).

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 19, Envelhecimento da Pessoa Idosa.** Brasília: 2006. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 27, Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília: 2010. 150 p.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 11. ed., volume 1 trad. MUNDIM, F. D., FIGUEIREDO, J. E. F., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 461 p.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**, Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 172 p.

CIANCIARULLO, T. I., 2002, apud OHARA, E. C. C. ; SAITO, R. X. S. **SAÚDE DA FAMÍLIA: considerações teóricas e aplicabilidade.** São Paulo: Martinari, 2008,.323 p.

FILHO, E. T. C.; NETO, M. P. **Geriatrics – Fundamentos, Clínica e Terapêutica.** 2.reimp.da 1 ed., São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte: Atheneu, 2000. 447 p.

FIRMO, J. O. A. et al. 2003, apud OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **SAÚDE DA FAMÍLIA: considerações teóricas e aplicabilidade.** São Paulo: Martinari, 2008. 323 p.

FREITAS, E. V.; PY L. **Tratado de Geriatrics e Gerontologia**, 3. ed., Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2011. 1741 p.

HARGREAVES, L. H. H. **Geriatrics**, Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal (SEEP), 2006. 619 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico de 2010**, disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>, Acesso em: 11 maio 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Minas Gerais. **Saúde em Casa: atenção à saúde do idoso**, 2 ed. Belo Horizonte: 2007. 184 p.

NETTO, M. P. **Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**, São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto e Belo Horizonte: Atheneu, 2002. 524 p.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **SAÚDE DA FAMÍLIA: considerações teóricas e aplicabilidade.** São Paulo: Martinari, 2008. 323 p.

OMRAN, A. R., apud, CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**, Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 172 p.

REICHEL, W. et al. **Assistência ao Idoso: aspectos clínicos do envelhecimento.** 5. Ed. trad. JUNIOR C. A. G. S. et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 635 p.

UCHOA, et al. 2002, apud OHARA, E. C. C. ; SAITO, R. X. S. **SAÚDE DA FAMÍLIA: considerações teóricas e aplicabilidade.** São Paulo: Martinari, 2008. 323 p.