

MÓDULO 7

Saúde da Pessoa

IDOSA

**PRINCIPAIS AGRAVOS CRÔNICOS DE SAÚDE
DA PESSOA IDOSA 2**

Unidade 2



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



Saúde da Pessoa

IDOSA

**PRINCIPAIS AGRAVOS CRÔNICOS DE SAÚDE
DA PESSOA IDOSA 2**

Unidade 2

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

Copyright @ UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS

Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís - MA. CEP: 65020-660

Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO

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

REVISÃO ORTOGRÁFICA

João Carlos Raposo Moreira
Fábio Alex

REVISÃO TÉCNICA

Elza Bernardes Ferreira
Claudio Vanucci Silva de Freitas
Luciana Branco da Motta

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Principais agravos crônicos de saúde da pessoa idosa 2/ Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais; Maria José Sanches; Marília Simon Sgambatti (Org.). - São Luís, 2014.

32f.: il.

1. Saúde do idoso. 2. Geriatria. 3. Doença crônica. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Ferreira, Elza Bernardes. II. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. III. Motta, Luciana Branco da. IV. Título.

CDU 613.9-053.9

APRESENTAÇÃO

Já há algum tempo a complexidade e a magnitude dos agravos à saúde dos idosos estão exigindo novas medidas terapêuticas, com pessoal qualificado e treinado, por meio da prevenção destes agravos, de atendimento em centros especializados de Geriatria e Gerontologia, além da ênfase na atenção domiciliária.

O acentuado processo de envelhecimento das últimas décadas leva à necessidade de uma nova organização dos serviços de saúde, visto que as pessoas envelhecidas apresentam necessidades específicas caracterizadas pela cronicidade e multiplicidade dos problemas.

Cuidar de idosos está cada dia mais frequente na nossa realidade, mas nem sempre é uma tarefa fácil. Os profissionais de saúde conheceram a infância, a juventude, a vida adulta, a dor, as doenças, porém nenhum de nós ainda vivenciou a velhice.

Já se sabe que fatores relacionados ao envelhecimento saudável estão relacionados ao estilo de vida desde a infância. Logo, trabalhar na tentativa de melhorar o envelhecimento saudável está cada dia mais precoce na vida da população em todos os níveis de atenção.

Portanto, é bem difícil compreender este ciclo de vida e suas complexidades, mas pretende-se ajudá-los a olhar a velhice não como “cenário ruim”, e sim com imagens mais positivas deste período, como pessoas que envelhecem e têm direitos a uma qualidade de vida, independentemente do seu modo de viver a vida.

Ao final desta unidade, “Principais Agravos Crônicos da Saúde da Pessoa Idosa 2”, o aluno será capaz de reconhecer os principais agravos nas pessoas idosas, tais como: tremor essencial e Parkinsonismo, depressão, osteoporose e osteoartrose, bem como o manejo destes agravos e sua terapêutica, contribuindo assim no aumento da autonomia e independência desta população.

Bons estudos!

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (versão reduzida GDS - 15)	13
Figura 2 - Síntese sobre a depressão no idoso	16
Figura 3 - Osso com osteoporose e osso normal.....	17
Figura 4 - Locais mais frequentes de fraturas.....	20
Figura 5 - Comparação de um joelho acometido por artrose com um joelho saudável.....	25
Figura 6 - Osteoartrite (estágio avançado)	26
Figura 7 - Principais articulações que podem ser afetadas pela osteoartrose: mãos, lombar, pescoço, joelhos, quadris e pés.....	26

SUMÁRIO

1	TREMOR ESSENCIAL E PARKINSONISMO	8
1.1	Tremor essencial	8
1.1.1	Diagnóstico.....	9
1.2	Parkinsonismo.....	10
2	DEPRESSÃO	11
2.1	Classificação da depressão.....	12
3	OSTEOPOROSE	17
3.1	Tratamento	21
4	OSTEOARTROSE	24
4.1	Sintomas da artrose.....	25
4.2	Diagnóstico	27
	REFERÊNCIAS.....	30

UNIDADE 2

1 TREMOR ESSENCIAL E PARKINSONISMO

IMPORTANTE!

Objetivos educacionais

1. Identificar os diferentes tipos de tremores e suas classificações;
2. Reconhecer as principais medidas para o manejo deste agravo;
3. Aprender os tratamentos mais utilizados para este agravo em idosos.

1.1 Tremor essencial

Tremor é definido como movimento rítmico e oscilatório de uma parte ou mais do corpo com uma relativa frequência constante e amplitude variável. Desta forma, é considerado como uma desordem de movimento mais comum, independentemente da idade, sendo causado por contrações sincrônicas ou alternadas de músculos antagonistas (LEITE, 2010).

É importante ter clareza de que os tremores podem ser classificados em:

Estático - divididos em repouso e postural. Estes tremores podem aparecer em repouso ou em determinadas posições, tais como estender as mãos ou os braços.

Cinético - divididos em ação, que não mudam durante os movimentos e de intenção, que podem piorar ou aumentar durante a realização de alguns movimentos, tais como levar talheres ou copo à boca (LEITE, 2010).

Assista ao vídeo: "Mãos que não param de tremer" e saiba sobre esse distúrbio no Bem Viver clicando no link abaixo: <http://goo.gl/zCha6k>.

1.1.1 Diagnóstico

Primeiramente, é de extrema importância identificar o tipo de tremor, ambos descritos a seguir:

Tremor essencial	Doença de Parkinson
Mais rápido	Mais lento
Acentua-se com a ação e movimentos	Diminui com a ação e movimentos
Diminui com a mão em repouso	Acentua-se com a mão em repouso
Tremor mais aparente com os braços estendidos	Tremor mais aparente com o membro em repouso
Simétrico ou levemente assimétrico	Rigidez e bradicinesia
Associado ao tremor cefálico e vocal	Associado ao tremor mentoniano
Não há instabilidade postural ou de marcha	Instabilidade postural ou de marcha
A levodopa não possui efeito	Levodopa geralmente é a droga de escolha

Fonte: TREMOR essencial. 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/dOj7K3>>.

A ressonância magnética e a tomografia computadorizada apresentam-se normais.

O tremor essencial (essential tremor - ET) é um distúrbio do movimento que geralmente afeta as mãos, mas que também pode afetar a cabeça, a voz e as pernas, resultantes de uma comunicação anormal entre certas regiões do cérebro, incluindo o cerebelo, o tálamo e o tronco cerebral. O tremor essencial não é uma doença ameaçadora à vida, mas pode ser um problema que altera a vida. As pessoas com tremor essencial frequentemente perdem a capacidade de executar tarefas simples como dirigir ou ir trabalhar. Enfrentar os sentimentos de isolamento resultantes pode ser difícil. A causa do tremor essencial é desconhecida, mas existem evidências que para algumas pessoas esse transtorno é genético. Entretanto, pessoas sem nenhum histórico familiar de tremor também podem desenvolver o tremor essencial (FUNDAÇÃO INTERNACIONAL DE TREMOR ESSENCIAL, 2010).

Entre os mais de 20 diferentes tipos de tremor, o tremor essencial é o mais comum. Atinge de 4% a 6% de pessoas com mais de 65 anos de idade. No tremor essencial, o tremor deve ser a única manifestação neurológica. O tremor essencial é frequentemente mal diagnosticado como doença de Parkinson. No controle do tremor essencial, várias drogas podem ser administradas, sendo todas com a intenção de diminuir os sintomas. São elas:

Nome	Dosagem	Efeitos
Betabloqueadores	40 a 320 mg/d	Diminui a frequência, mas não necessariamente a amplitude.
Primidona	Média de 250 mg/d	Também utilizada como antiepilética.
Fenobarbital	100 mg/d	Utilizada em pacientes que não respondem às duas drogas anteriores.
Benzodiazepínicos	10 a 20 mg/d	Somente alivia a ansiedade como fator de exacerbação do tremor.
Toxina botulínica, gabapentina e inibidores da anidrase carbônica.	-	Ainda com eficácia controversa ou variável; ainda consideradas ineficazes.

1.2 Parkinsonismo

Esta síndrome se caracteriza por: tremor de repouso, bradicinesia, rigidez, perda de reflexos posturais, alteração postural, fenômeno de "congelamento" (marcha). Ela se classifica como primária como a doença de Parkinson, secundária como o parkinsonismo induzido por medicação (neurolépticos, por exemplo), síndromes Parkinson Plus e doenças degenerativas como doença Alzheimer (HALTER et al., 2009).

A doença de Parkinson e outras síndromes parkinsonianas são as principais causas de tremor de repouso, acometendo apenas de 1 a 2% da população acima de 65 anos. A doença de Parkinson é assimétrica, podendo ser no seu início insidiosa e intermitente, e responde ao tratamento com levodopa. Com a evolução, os pacientes desenvolvem sintomas incapacitantes, distúrbios de marcha e instabilidade postural, geralmente após 10 a 15 anos do início dos tremores. A doença de Parkinson provoca a degeneração dos

neurônios na área da substância negra do cérebro, diminuindo a produção de dopamina e comprometendo o circuito nervoso envolvido na coordenação motora (HALTER et al., 2009).

Assista aos vídeos:

Doença de Parkinson: causas, sintomas e tratamento:

<http://www.youtube.com/watch?v=CijlRvquGvU>

Mal de Parkinson: <http://www.youtube.com/watch?v=Ankapx8EJMg>

ATENÇÃO!

Como manejar?

Não há cura para a doença de Parkinson, apenas terapias para o controle dos sinais e sintomas e a reposição de dopamina, no sentido de suprir a perda deste neurotransmissor. É extremamente importante a abordagem multiprofissional e interdisciplinar, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos idosos.

2 DEPRESSÃO

A depressão é um transtorno do humor e do estado de ânimo que se manifesta por tristeza, acompanhada por uma série de sintomas e sinais que persistem por duas semanas ou mais. Além de bastante frequente entre a população em geral, é a principal causa de incapacidade (CHILE, 2013). A depressão atinge em torno de 10% a 30% da população, no entanto em muitos casos não é diagnosticada e tratada, o que leva a consequências sérias, como piora nas condições de saúde e uso abusivo de álcool e até suicídio (WOLF; HOPKO, 2007).

Sua predominância no idoso deve-se ao fato do envelhecimento tornar as pessoas mais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças crônicas e limitações para as atividades de vida diária, demandando apoio da família

e da sociedade, além de habilidade para se adaptar a essa condição. Essa adaptação depende das experiências prévias ocorridas durante a vida e dos traços de personalidade, e, quando não ocorre adequadamente, surgem os sentimentos de solidão, abandono, desesperança e baixa autoestima.

O idoso, no entanto, procura os serviços de saúde por manifestações como dificuldade para dormir, dores articulares, irritabilidade, constipação, desânimo, entre outros. Sendo assim, é comum que a depressão passe despercebida pelos profissionais da saúde, o que leva à realização de exames e tratamentos desnecessários (ZOMORA; CUÉLLAR; SÁNCHEZ, 2008).

IMPORTANTE!

A avaliação deve se dar segundo os critérios abaixo:

Critérios primários - presença de humor deprimido, diminuição do interesse e do prazer em realizar atividades, diminuição das atividades realizadas, cansaço exagerado.

Critérios secundários - alteração do apetite e do peso, falta ou excesso de sono, lentificação ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração, dificuldade para tomar decisão, ideação suicida e sentimento de culpa.

2.1 Classificação da depressão

- Leve - presença de pelo menos dois dos critérios primários e dois dos critérios secundários; os sintomas não são severos e a duração dos sintomas é de pelo menos duas semanas.
- Moderada - presença de pelo menos dois critérios primários, pelo menos três ou quatro critérios secundários; pode haver algum sintoma severo e a duração dos sintomas é de duas ou mais semanas.
- Severa - presença de dois ou três critérios primários, pelo menos quatro secundários, todos os sintomas severos com duração de duas ou mais semanas (ZOMORA; CUÉLLAR; SÁNCHEZ, 2008).

Além disso, no idoso:

- A tristeza costuma ser o sintoma mais frequente e se manifesta por apatia, retraimento e predomínio de queixas somáticas.
- É frequente a perda de peso, insônia, ideias delirantes e quadros psicóticos.
- Algumas doenças e o uso de alguns medicamentos podem desencadear a depressão:
 - » Doenças: acidente vascular encefálico, demência, doença de Parkinson, distúrbios tireoidianos, vasculite, câncer, dor crônica.
 - » Medicamentos: corticoides, cimetidina, digital, metildopa, álcool, anfetaminas, opioides, agentes antineoplásicos, indometacina, benzodiazepínicos, entre outros.

Para auxiliar no diagnóstico da depressão, recomenda-se a utilização de escalas como a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (CDS) - versão reduzida (figura 1), na avaliação sistemática dos indivíduos idosos com queixas de tristeza e/ou agonia, visando ao rastreamento de tais sintomas na população em geral e, mais especificamente, nos idosos que estão mais vulneráveis a tal condição (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

Figura 1 - Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (versão reduzida GDS - 15).

Amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas/afirmativas em que o resultado de 5 ou mais pontos diagnóstica depressão, e o escore maior ou igual a 11 caracteriza depressão grave.	
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	Não = 1; Sim = 0
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	Não = 0; Sim = 1
3. Você sente que sua vida está vazia?	Não = 0; Sim = 1
4. Você se aborrece com frequência?	Não = 0; Sim = 1
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	Não = 1; Sim = 0
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	Não = 0; Sim = 1
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Não = 1; Sim = 0

8. Você sente que sua situação não tem saída?	Não = 0; Sim = 1
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Não = 0; Sim = 1
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Não = 0; Sim = 1
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	Não = 1; Sim = 0
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	Não = 0; Sim = 1
13. Você se sente cheio de energia?	Não = 1; Sim = 0
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?	Não = 0; Sim = 1
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	Não = 0; Sim = 1

Fonte: Adaptado de: ALMEIDA, Osvaldo P.; ALMEIDA, Shirley A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS): versão reduzida. Arq Neuropsiquiatr, v. 53, n. 2-B, 1999. Disponível em: <<http://goo.gl/7sFFP7>>.

Portanto, tratar idosos com diagnóstico de depressão, especialmente na severa, é necessária a intervenção medicamentosa, preferencialmente associada com o tratamento psicoterápico, considerando que a associação das duas intervenções aumenta a eficácia do tratamento e reduz o risco de recaídas.

MUITO IMPORTANTE!

Os idosos são mais sensíveis aos efeitos colaterais das drogas e vulneráveis às interações medicamentosas. Qualquer antidepressivo pode causar perda óssea rápida, além de elevar o risco de quedas e fraturas.

Em muitos casos, a terapia e/ou alterações do estilo de vida, como realização de exercícios físicos, participação em grupo de apoio, manter uma dieta saudável, cuidar de um animal de estimação, participar de atividades que estimulem a criatividade, constituem-se em medidas importantes no controle da depressão em idosos. (Smith, et, al, 20113).

A maioria dos antidepressivos disponíveis no mercado é considerada igualmente eficaz no tratamento da depressão no idoso, no entanto é preciso considerar o risco de efeitos secundários ou de reações adversas (PARADELA, 2011).

Os antidepressivos tricíclicos (ADT) como a nortriptilina, imipramina e amitriptilina, podem causar confusão mental, hipotensão postural, constipação intestinal, diminuição do limiar convulsivo, retenção urinária, sedação, cardiotoxicidade, confusão, visão borrada.

Os inibidores da receptação da serotonina (ISRS), como a fluoxetina, sertralina, paroxetina, o citalopram e o escitalopram, podem levar a reações adversas como cefaleia, agitação, anorexia, náusea, diarreia, efeitos extra piramidais, hiponatremia e disfunção sexual.

Outros antidepressivos conhecidos como inibidores da receptação da serotonina e noradrenalida (IRSN), como a venlafaxina, a mirtazapina e a duloxetina, vêm sendo utilizado com maior frequência nos últimos tempos, no entanto, além do alto custo, estudos revelam que a eficácia não é maior do que os ADT ou ESR (PARADELA, 2011).

A figura 2 evidencia a síntese sobre a depressão no idoso.

Figura 2 – Síntese sobre a depressão no idoso.

DEPRESSÃO

O que é:
Transtorno psíquico caracterizado por um sentimento de tristeza constante e prolongado, que faz com que a pessoa perca o prazer em atividades antes prazerosas.

Principais sintomas associados:

- Isolamento social;
- Irritabilidade;
- Falta de concentração;
- Desânimo;
- Diminuição da autoestima e da autoconfiança;
- Alterações de apetite;
- Alterações no sono;
- Pensamentos suicidas.

A depressão nos idosos:
Segundo psiquiatras, a incidência do transtorno entre pessoas mais velhas é maior do que na população geral. Entre as razões estão:

1. As dores e doenças que costumam ser mais frequentes na velhice;
2. A sensação de inutilidade que pode acompanhar a aposentadoria;
3. A frustração por passar a depender dos outros.

Episódios que podem levar a um quadro depressivo:

- Morte de um parente ou de alguém próximo;
- Separação ou fim de um relacionamento;
- Perda de emprego;
- Trabalho estressante, com excessivas cobranças;
- Ocorrência de doenças graves, como o câncer;
- Desenvolvimento de doenças crônicas, que causam dores ou incapacitação.

Como identificar:

- O diagnóstico é feito por um médico a partir dos relatos de sintomas e situações vividas pelo paciente;
- É importante saber que episódios de tristeza vinculados a perdas são comuns. O que foge do normal é se esse sentimento durar muito tempo e fizer com que a pessoa perca o interesse por qualquer atividade.

Causas:

- A ciência ainda não sabe o que faz com que, a partir de um episódio, algumas pessoas desenvolvam a depressão e outras não;
- Uma das principais hipóteses é a de que, durante a depressão, haja alterações na atuação de neurotransmissores associados a sensações de prazer, como a serotonina, dopamina e noradrenalina.



Tratamento:

É feito com remédios antidepressivos, que atuam nos neurotransmissores, e com psicoterapia, para que a pessoa exponha seus problemas e tente superá-los ou aprenda a lidar com eles.

Segundo especialistas, o crescimento está associado a alguns fatores:

- Aumento da detecção da doença;
- Aumento de situações de estresse;
- Maior busca por medicamentos antidepressivos mesmo em casos que ainda não há transtorno.

Crescimentos do transtorno:

A depressão atinge cerca de 15% da população mundial.

A Organização Mundial da Saúde estima que, em 2030, ela será a doença mais comum do mundo.

Como ajudar:

- Oriente a pessoa a procurar um especialista;
- Não trate o depressivo como preguiçoso ou folgado. A depressão é um transtorno e não uma falha de caráter;
- Não insista em levar a pessoa para passeios ou outras atividades, isso pode fazê-la sentir-se mais fracassada.

Fonte: CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DO IDOSO. Depressão nos idosos.

Valinhos, 2011. Disponível em:

<<http://cmdivalinhos.blogspot.com.br/2011/07/depressao-nos-idoso.html>>

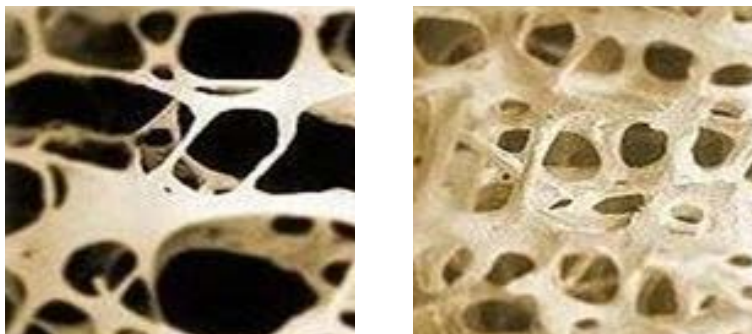
Refleta com sua equipe:

- É possível todos compreenderem a depressão como um importante problema de saúde que atinge a população idosa?
- Os profissionais de nível superior conseguem reconhecer os critérios diagnósticos e a classificação da depressão?
- Você identifica os tipos de tratamento e os efeitos colaterais dos medicamentos?

3 OSTEOPOROSE

A osteoporose caracteriza-se pela diminuição substancial da massa óssea, provocando ossos ociosos ou porosos, finos e de extrema sensibilidade, com grande risco para fraturas (WHO, 1994), conforme se observa na figura abaixo:

Figura 3 - Osso com osteoporose e osso normal.



Fonte:Disponível em: <http://goo.gl/2ukKYw>.

A osteoporose faz parte do processo natural de envelhecimento. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no mundo, 13% a 18% das mulheres e 3% a 6% dos homens, acima de 50 anos, sofrem de osteoporose (WHO, 1994).

Também pode ser definida como alteração que comporta um desequilíbrio entre a formação e a reabsorção óssea que se caracteriza por uma perda generalizada da densidade óssea. Devido a estas alterações, pode surgir apagamento dos corpos vertebrais e deformação do esqueleto.

MUITO IMPORTANTE!

Para o Ministério da Saúde:

As ações preventivas devem iniciar na infância, por meio do aumento do consumo de leite e derivados, além de outras fontes potenciais de cálcio, como os vegetais de cor verde-escuro, os peixes e os alimentos oleaginosos, como castanhas e nozes, e diminuição do consumo de refrigerantes.

- A prática de atividade física regular contribui para tornar os músculos e os ossos mais fortes;
- Prevenção de quedas;
- A exposição ao sol em horários recomendados, com duração de 15 a 20 minutos diária, é um hábito importante para a prevenção da osteoporose, pois a luz do sol é fonte de vitamina D, que ajuda na fixação do cálcio nos ossos e diminui o risco de osteoporose na fase adulta.

Na avaliação dos idosos, é importante sempre se estar atento aos fatores de risco, como apresentado no módulo de prevenção (Módulo III): idade avançada, sexo feminino, IMC < 20 Kg/m², fumo, uso de corticoide, consumo de álcool (> 3 drinks/dia), baixa ingestão de cálcio, baixa atividade física, menopausa precoce. Também deve-se estar atento na identificação de fatores de risco para fraturas como fratura prévia, história de fratura na família, fragilidade, demência, depressão, défict visual, histórico de quedas repetidas.

FATORES DE RISCO PARA OSTEOPOROSE

Fatores maiores:

- 1) Sexo feminino / raça branca e asiática;
- 2) Fratura prévia;
- 3) Fratura espontânea ou atraumática;
- 4) Idade avançada;
- 5) História materna de fratura de fêmur e/ou OP;
- 6) Menopausa precoce não tratada (antes dos 40 anos);
- 7) Uso de corticoides - dose \geq 5 mg -3meses.

Fatores menores:

- 1) Amenorreia;
- 2) Hipogonadismo masculino;
- 3) IMC < 22;
- 4) Tabagismo, alcoolismo, sedentarismo;
- 5) Heparina, varfarina, fenobarbital, fenitoína, lítio, carbamazepina, metotrexato;
- 6) Imobilidade prolongada;
- 7) Dieta pobre em cálcio;
- 8) Doenças que induzem perda de massa óssea.

Fonte: Disponível em: <http://goo.gl/geROp5>.

Pode-se calcular o risco de fratura utilizando o FRAX (Fracture Risk Assessment Tool - Instrumento de Avaliação do Risco de Fratura da OMS).

Acesse: <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp>.

Figura 4 – Locais mais frequentes de fraturas.



Fratura de rádio
distal

Fratura de fêmur
esquerdo

Fratura de L1 L2→ colapso
vertebral

Fonte: Disponível em: <http://goo.gl/P2xglb>.

O diagnóstico deve ser realizado por meio de uma coleta de dados sistematizada, exame clínico e densitometria óssea, que deve ser solicitada para mulheres acima de 65 anos e homens acima de 70 anos. O acompanhamento com a densitometria é controverso, sendo sugerido para osteopenia, com intervalos de três anos, e para pessoas com BMD normal, com intervalos de cinco anos.

Na avaliação densitométrica, observa-se:

INTERPRETAÇÃO	
T-Score: calculado em desvios-padrão	
- Até 1, 0 DP	- Normal
- De 1,0 a -2,5 DP	- Osteopenia
- Abaixo de -2,5 DP	- Osteoporose
- Acima de 2,5 DP com fratura	- Osteoporose

Não se esqueça de verificar as medicações em uso, pois algumas podem causar ou agravar a osteoporose: álcool, anticonvulsivantes, antipsicóticos, corticoide, heparina, litium, fenitoina, tiroxina (altas doses), inibidores de recaptação de serotonina.

3.1 Tratamento

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO
Quando, com o que e por quanto tempo?
Osteoporose: T < -2,5 ou osteopenia com fratura vertebral Objetivo: <i>prevenir fraturas</i>
Osteopenia: T < -2 ou < -1,5 mais fatores de risco para fraturas Objetivo: <i>prevenir perda de massa óssea</i>
Cálcio: 800 mg a 1200 mg/dia 500 mg/tomada
Vitamina D: 400 a 800 UI Produzida na pele por exposição a raios UV. Altas doses: hiper calciúria e hiper calcemia.
Bisfosfonatos: derivados do ácido pirofosfônicos Ação: bloqueio dos osteoblastos à superfície de reabsorção óssea e ↑ apoptose dos osteoclastos. <ol style="list-style-type: none">1. Alendronato de sódio;2. Risedronato de sódio;3. Ibandronato de sódio. Efeitos colaterais: esofagite Contraindicação: IR grave, RGE, úlceras gástricas, impossibilidade de sentar.

Outros bisfosfonatos:

4. Pamidronato: EV

Reservado para osteogênese imperfeita

5. Ácido zoledrônico: EV

Dose: 5 mg EV/ anual -

Indicação: - intolerância à medicação VO

- múltiplos esquemas terapêuticos

SERMs: modulador seletivo de receptores de estrogênio

Ação: efeito do estrogênio sem estímulo das mamas e endométrio.

Raloxifeno

Efeitos colaterais: fogachos, TVP

Contraindicações: passado de tromboembolismo

fogachos intensos

Calcitonina: sintetizado e secretado pela tireoide.

Efeito analgésico em fraturas (libera endorfinas).

Dose: 200 UI usar 15 dias e interromper 15 dias.

Efeito colateral e contraindicação:

- irritação da mucosa nasal;

- rinite;

- epistaxe.

Tratamento farmacológico

Quando, com o que e por quanto tempo?

Osteoporose:

T < -2,5 ou osteopenia com fratura vertebral

Objetivo: prevenir fraturas

Osteopenia:

T < -2 ou < -1,5 mais fatores de risco para fraturas

Objetivo: prevenir perda de massa óssea

Renelato de estrôncio: antirreabsortivo, age em termos de cortical e trabecular

Dose: 2 g 1 (sache) 1 x ao dia (noite)

Efeitos colaterais: náuseas, diarreia, dermatite, eczema

Contraindicações: TVP, IR com clearance < 30 ml/min

Interação medicamentosa: cálcio, antiácido, quinolonas, tetraciclina.

Indicações de tratamento

Fatores de risco maiores;

Marcadores de ósseos aumentados;

Condições de saúde - comorbidades;

Uso concomitante de outras drogas;

Em OP grave associações de classes diferentes;

Sempre suplementar CA e vitamina D;

Uso de corticoide - associar Ca + vit D + antirreabsortivo.

Para mais informações sobre a abordagem terapêutica, leia:

CUNHA, E. P. et al . Osteoporose: tratamento. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretrizes clínicas na saúde suplementar. AMB, ANS, 2011. Acesse: < <http://www.projetoDiretrizes.org.br/ans/diretrizes/osteoporose-tratamento.pdf> >.

4 OSTEOARTROSE

IMPORTANTE!

Objetivos de aprendizagem:

- ❖ Compreender o que é osteoartrose, sua incidência e interferências na qualidade de vida do idoso;
- ❖ Descrever as formas de tratamento de acordo com as evidências disponíveis;
- ❖ Compreender as medidas preventivas;
- ❖ Compreender o manejo da doença na atenção primária à saúde.

A osteoartrose é uma doença degenerativa, decorrente principalmente do processo de envelhecimento, agregado a fatores genéticos e ambientais. Desta forma, estar acima do peso aumenta o risco de artrose na bacia, nos joelhos e nas articulações dos pés; fraturas e outras lesões articulares podem levar à doença no futuro; o uso excessivo da articulação em longo prazo em atividades de lazer ou de trabalho são fatores desencadeantes (COIMBRA et al., 2004).

Por se tratar de uma doença que causa dor crônica que agrava a limitação das funções, aumenta o risco de estresse. É uma das causas mais frequentes de deficiência física em idosos, estimando-se que 33,6% de indivíduos com 65 anos ou mais são afetados pela doença. Ocorre quando a cartilagem, o tecido que reveste as extremidades dos ossos dentro das articulações, se rompe e se desgasta, chegando ao ponto de deixar os ossos desprotegidos, um contra o outro, conforme ilustra a figura abaixo:

Figura 5 - Comparação de um joelho acometido por artrose com um joelho saudável.



Fonte: National Institutes of Health. Osteoarthritis: What Is Osteoarthritis? Disponível em:

<http://goo.gl/MyJXX2>.

4.1 Sintomas de artrose

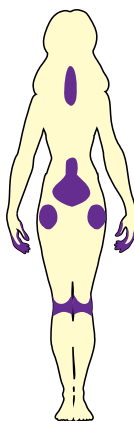
Os sintomas mais comuns são dor e rigidez nas articulações. Pode aparecer som de atrito ou estalido ao mover as articulações. Os pacientes podem queixar-se de dor e rigidez ao levantar-se pela manhã, que melhora com atividades leves. Durante o dia, a dor pode piorar com atividades e melhorar em repouso. Em estágios mais avançados, a dor pode ocorrer em repouso e, inclusive, fazer a pessoa acordar à noite (COIMBRA et al., 2004).

Figura 6 – Osteoartrite (estágio avançado).



Fonte Fonte: National Institutes of Health. Osteoarthritis: What Is Osteoarthritis? Disponível em: <http://goo.gl/yuNjhV>.

Figura 7 - Principais articulações que podem ser afetadas pela osteoartrose :
mãos, lombar, pescoço, joelhos, quadris e pés.



Fonte Fonte: National Institutes of Health. Osteoarthritis: What Is Osteoarthritis? Disponível em: <http://goo.gl/OckjY8>.

4.2 Diagnóstico

Exame das articulações:

- ❖ Movimentação da articulação que pode provocar crepitações;
- ❖ Inchaço das articulações;
- ❖ Amplitude de movimento reduzida;
- ❖ Dor ao pressionar a articulação;
- ❖ Movimento normal passa a ser doloroso;
- ❖ Raio-X das articulações mostra redução do espaço articular e, em casos mais avançados, desgaste das extremidades ósseas e dos osteófitos (COIMBRA et al., 2004).

MUITO IMPORTANTE!

TRATAMENTO

Medicamentoso:

A efetividade da glicosamina e condroitina para o tratamento da artrose no joelho e no quadril é desconhecida. Tais substâncias combinadas ou isoladamente não reduzem a dor articular ou apresentam qualquer efeito positivo na articulação. Dessa forma, não têm efetividade no tratamento da osteoartrite e seu uso deve ser desestimulado (BRASIL, 2012).

É importante que o tratamento medicamentoso esteja pautado em evidências científicas.

Uso de analgésicos e anti-inflamatórios

- Paracetamol - até 4 g/dia - é a medicação de primeira escolha para se obter analgesia em pacientes com manifestação leve ou moderada, lembrando de não utilizá-lo em pacientes com história de hepatopatias.
- A dipirona pode ser usada com o mesmo objetivo. Sua dose máxima é de 6 g/dia.

- Inibidores específicos da COX-2 ou os anti-inflamatórios não seletivos podem ser indicados nos casos que apresentam quadro inflamatório.
- Em casos específicos podem-se associar os opioides naturais ou sintéticos. Também em casos de pacientes em uso de anti-inflamatórios e que apresentem reagudização da dor, os opioides como o tramadol podem ser utilizados (COIMBRA et al., 2004).

Os casos graves de artrose podem necessitar de cirurgia para substituir ou reparar as articulações lesionadas.

Alertar para:

Não medicamentoso:

- Aplicar frio e calor;
- Ter uma dieta balanceada e saudável;
- Repousar;
- Emagrecer se estiver acima do peso;
- Proteger as articulações;
- Realizar exercícios que auxiliem na manutenção do movimento geral e das articulações, no fortalecimento dos músculos e no senso de equilíbrio;
- Fazer ajustes no ambiente da casa ou do trabalho que auxiliem na diminuição do estresse das articulações;
- Exercícios realizados em piscinas, como natação, hidroginástica e hidroterapia, diminuem a sobrecarga articular e fortalecem a musculatura;
- Palmilhas antivaro, associadas à estabilização de tornozelo, são eficientes na melhora da dor e função na osteoartrite do compartimento medial do joelho.

Medidas preventivas:

Instituir programas de fortalecimento muscular, de amplitude dos movimentos e de flexibilidade articular. Movimentos fisiológicos das articulações do ombro, joelho, quadril, punho e pé/tornozelo auxiliam na secreção do líquido sinovial, que tem a função de lubrificar as articulações.

Evidências científicas indicam que:

- A terapia ocupacional ajuda os idosos a melhorar sua qualidade de vida;
- Uso de medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (NSAIDs) contribui para os altos custos;
- Educar os prestadores de cuidados de saúde reduz o uso de AINE;.
- Cirurgia no joelho tem benefícios e riscos;
- Cirurgiões e hospitais que realizam mais cirurgias de joelho têm menos complicações.

REFERÊNCIAS

AHRQ. Departamento de Saúde e Serviços. **Gerenciando Osteoartrite:** ajudar os idosos a manter a função e mobilidade: pesquisa em ação. Rockville, MD: AHRQ, 2002. Disponível em: <http://goo.gl/tfPqUf>. Acesso em: 17 mar. 2014.

ALMEIDA, Osvaldo P.; ALMEIDA, Shirley A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS): versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 53, n. 2-B, 1999. Disponível em: <<http://goo.gl/3OfEp7>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). 192 p. Disponível em: <http://goo.gl/2TZZNh>. Acesso em: 17 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Nota Técnica Nº. 34/2012-DAI/SGEP/MS. Brasília, DF, 27 ago. 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/Y7ONFg>>. Acesso em: 18 mar. 2014.

CHILE. Ministério de Salud. Subsecretaria de Salud Publica. **Depresión de personas de 15 años y más**. 2. ed. Santiago, MINSAL, 2013.

COIMBRA, I. B. et al. Osteoartrite (Artrose): tratamento. **Rev Bras Reumatol**, v. 44, n. 6, p. 450-3, nov./dez. 2004.

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DO IDOSO. **Depressão nos idosos**. Valinhos, 2011. Disponível em: <<http://cmdivalinhos.blogspot.com.br/2011/07/depressao-nos-idoso.html>>. Acesso em; 17 mar. 2014.

CUNHA, E. P. et al . Osteoporose: tratamento. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diretrizes clínicas na saúde suplementar**. AMB, ANS, 2011. Disponível em: < <http://goo.gl/9tckjç>>. Acesso em: 18 mar. 2014.

FUNDAÇÃO INTERNACIONAL DE TREMOR ESSENCIAL. Disponível em: <http://essentialetremor.org/>. Acesso em: 17 mar. 2014.

HALTER, Jeffrey B. et al. (Ed.). **Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology**. 6. ed. Europa: Mac Graw Hill Education, 2009.

LEITE, M. A. A. Tremor essencial. **Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan./jun. 2010.

MANSUR, P. H. G.; ANDRADE, A. O.; PEREIRA, A. A. O tremor em idosos. In: CEEL, 5., 2007. Minas Gerais: Universidade Federal de Uberlândia, 2007.

MELINDA SMITH, M. A.; ROBINSON, Lawrence.; SEGAL, Jeanne. **Depression in older adults and the elderly**. 2014. Disponível em: <http://goo.gl/jEvsGZ>. Acesso em: 18 mar. 2014.

PARADELA, E. M. P. Depressão em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 10, n. 2, p. 31-40, 2011.

____; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da Escala de Depressão geriátrica em um Ambulatório Geral. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, dez. 2005. Disponível em: <http://goo.gl/ePU1zp>. Acesso em: 18 mar. 2014.

PINTO NETO, A.M. et al. Consenso Brasileiro de Osteoporose. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 42, n. 6, nov./dez. 2002. Disponível em: <http://goo.gl/bEqM6j>. Acesso em: 18 mar. 2014.

PORTAL DA SAÚDE. **Prevenção à osteoporose deve começar na infância**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://goo.gl/lbsYmK>. Acesso em: 18 mar. 2014.

TREMOR essencial. 2005. Disponível em:
<<http://goo.gl/oCLphT>. Acesso em: 17 mar. 2014.

WOLF, N.; HOPKO, D. R. Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review. **Clin Psychol Rev.**, v. 28, n. 1, p. 131-61, jan. 2008.

WHO. **Assesment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis**. Geneva: World Health Organization, 1994. p. 121-129. (WHO Technical Report Series 843).

ZOMORA, M. C.; CUÉLLAR, C. X. H.; SÁNCHEZ, R. O. La depresión en el adulto mayor: algunas consideraciones para su diagnóstico en la atención primaria. **Revista Médica Electrónica**, v. 30, n. 5, 2008.