

MÓDULO 1  
ELETIVO

Saúde da Pessoa

# IDOSA

**ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA E SUAS  
INTERVENÇÕES NAS GRANDES SÍNDROMES  
GERIÁTRICAS**

Unidade 2



**UNA-SUS**  
Universidade Aberta do SUS



Saúde da Pessoa

IDOSA

**ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA E SUAS  
INTERVENÇÕES NAS GRANDES SÍNDROMES  
GERIÁTRICAS**

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

**COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA**

**Coordenação Geral** - Ana Emília Figueiredo de Oliveira

**Coordenação Pedagógica** - Deborah de Castro e Lima Baesse

**Coordenação de Tecnologias e Hiperâmídias** - Rômulo Martins França

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde

**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](http://www.unasus.ufma.br)

**NORMALIZAÇÃO**

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

**REVISÃO ORTOGRÁFICA**

João Carlos Raposo Moreira

Fábio Alex

**REVISÃO TÉCNICA**

Elza Bernardes Ferreira

Claudio Vanucci Silva de Freitas

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

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

**Enfermagem gerontológica e suas intervenções nas grandes síndromes geriátricas/ Ivone Renor da Silva Conceição (Org.) - São Luís, 2014.**

**27f. : il.**

**1. Saúde do idoso. 2. Atenção à saúde. 3. Gerontologia. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Caldas, Célia Pereira. II. Belfort, Ilka Kassandra Pereira. III. Morais, Adriana Oliveira Dias de Sousa. Título.**

**CDU 613.9-053.9**

## Nota da Autora

Ao abraçarmos a Enfermagem Gerontológica, mergulhamos em um novo universo e precisamos rever muitas de nossas percepções preconcebidas acerca do envelhecimento. Com o passar do tempo, aprendemos muito sobre nós mesmos e as ideias que trazemos de nosso próprio envelhecer. Mas fique tranquilo, isso é só o começo de uma bela jornada, com uma nova visão acerca de cabelinhos brancos, que mais cedo ou mais tarde chegarão à nossa própria cabeça; se é que ainda não chegaram...

Em algum momento, nos questionaremos: por que nos especializar nesta área do conhecimento? Afinal, sabemos bastante sobre o cuidar, não é? Frequentemente cuidamos de pessoas idosas. Sempre fomos dedicados e até carinhosos com os velhinhos. Então, você se pergunta: - O que teria a Enfermagem Gerontológica de tão importante para minha prática assistencial que ainda não sei?

A Enfermagem Gerontológica defende um conceito ampliado de saúde, que engloba o envelhecimento ativo. Nossas ações não se limitam à cura de enfermidades, mas também à promoção da qualidade de vida do nosso cliente/paciente idoso, mesmo que seja portador de uma ou mais doenças crônicas.

Compreendemos um pouco mais sobre o que rotulávamos como "rabugices" e "caduquices" e "teimosia de velho" e outras expressões preconceituosas. Passamos a entender que o rabugento pode estar ressentido pela dificuldade de se adaptar à mudança de casa, onde morou por 40 anos, e, por isso, reclama de tudo. A "caduca" pode estar em início de um quadro de déficit cognitivo, perdendo gradativamente a memória e a capacidade de acompanhar o que acontece à sua volta. E aquele velho teimoso pode ser uma pessoa lúcida e bem disposta, que não quer deixar para trás seus papéis sociais conquistados ao longo da vida e "teima" em preservar suas escolhas, recusando-se a vestir o pijama e jogar dominó na praça. Ele quer dirigir, andar de moto, viajar... e continuar fazendo suas escolhas.

Portanto, diante de novos conceitos, precisamos de novas ações. E, então, prepare-se para ser transformado pela renovação do seu entendimento sobre o envelhecimento.

'Bem-vindo à Enfermagem Gerontológica.

## APRESENTAÇÃO

O processo do adoecimento tem um grande e extenso significado, para o idoso, familiares e cuidadores. A Enfermagem Gerontológica, fundamentada na ciência e na arte do cuidar da pessoa idosa, deve entender o cuidar como sendo uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas no momento em que está fragilizado. Trata-se de assumir um compromisso com o cuidado existencial, que envolve o autocuidado, a autoestima, a autovalorização, a cidadania do idoso, dos familiares e cuidador (SALDANHA; CALDAS, 2004).

Desta forma, nesta unidade, serão estudados a funcionalidade e os desafios na atenção básica; os cuidados da Enfermagem em diversos cenários de atenção ao idoso (síndromes geriátricas) e os conceitos elementares de gestão do cuidado prestado por cuidadores informais e profissionais de nível médio na atenção básica. Ao final desta unidade, é esperado alguma mudança na sua percepção quanto à assistência da Enfermagem à pessoa idosa, à luz da integralidade em saúde.

# SUMÁRIO

UNIDADE 2.....	8
1 FUNCIONALIDADE E DESAFIOS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	8
1.1 Enfermagem gerontológica e detecção de riscos.....	9
2 ASPECTOS DA SAÚDE DO IDOSO.....	10
2.1 O idoso dependente.....	10
2.2 O idoso frágil.....	12
3 ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA E SUAS INTERVENÇÕES NAS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICAS.....	12
3.1 Incontinência urinária.....	13
3.2 Incontinência fecal.....	14
3.3 Imobilidade.....	16
3.4 Incapacidade de comunicação.....	17
3.5 Isolamento social.....	19
3.6 Instabilidade postural/quedas.....	20
3.7 Incapacidade cognitiva.....	21
3.8 Iatrogenia.....	22
4 GESTÃO DO CUIDADO GERONTOLÓGICO.....	23
4.1 Investigando o estresse do cuidador.....	25
4.2 Gestão do cuidado gerontológico na Atenção Básica.....	25
REFERÊNCIAS.....	30

# UNIDADE 2

## Objetivos educacionais:

- Compreender a funcionalidade e os desafios na atenção básica;
- Descrever os cuidados e intervenções da Enfermagem nas grandes síndromes geriátricas;
- Conhecer os conceitos elementares de gerenciamento de cuidados gerontológicos prestados por cuidadores informais ou profissionais de nível médio na atenção básica.

## 1 FUNCIONALIDADE E DESAFIOS NA ATENÇÃO BÁSICA

### ▪ **Funcionalidade do idoso na comunidade**

Como você já aprendeu nos módulos introdutórios do curso, um dos principais indicadores de saúde do idoso não é a ausência de doença, mas a funcionalidade. A maioria diz que suporta uma doença, mas não suportaria ficar dependente “em cima de uma cama”. E isso é uma verdade para eles. Podendo ter consequências diversas, conforme quadro 1. Mas, felizmente, a maioria das pessoas idosas da comunidade convive com uma ou mais DCs com um bom nível de independência e autonomia.

### ▪ **Envelhecimento e incapacidades**

O envelhecimento não é sinônimo de incapacidade. E todos os riscos de perdas funcionais devem ser investigados, tratados e reabilitados ao máximo.

Como já foi visto no módulo III do curso, a valorização de medidas de incentivo ao Envelhecimento Ativo deve ser um compromisso dos profissionais em todos os níveis de atenção, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Consulte a publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) “Envelhecimento Ativo: uma política de saúde.” Acesse: <http://goo.gl/tt4IOL>



Quadro 1 - Implicações das perdas funcionais em idosos.

- Sentimento de perda. A independência e autonomia é uma fonte de autorrespeito e dignidade Maior potencial para discriminação e abuso
- Aumento do isolamento social
- Redução da renda
- Sobrecarga do cônjuge/familiares
- Dificuldade de acesso a recursos comunitários
- Dificuldade de acesso a serviços de saúde e reabilitação
- Menor acesso à comunidade religiosa
- Maior vulnerabilidade a outros distúrbios e comorbidades
- Insatisfação sexual e afetiva

Fonte: SMELTZER, S.C. et. al. Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

## 1.1 Enfermagem gerontológica e detecção de riscos

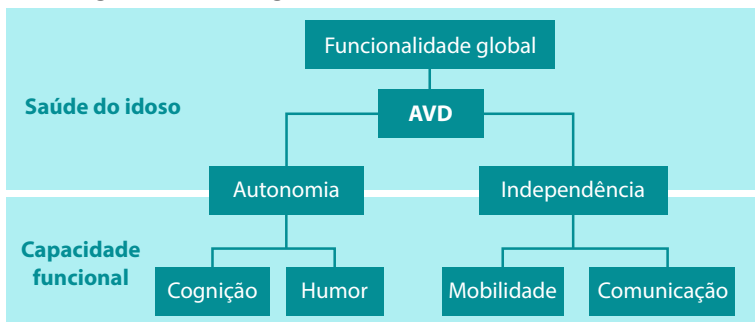
A saúde do idoso, de acordo com Moraes; Marino; Santos (2010), deve ser periodicamente avaliada, em busca do funcionamento harmonioso de quatro domínios funcionais, que são:

Quadro 2 - Domínios da funcionalidade.

- ✓ Cognição
- ✓ Humor
- ✓ Mobilidade
- ✓ Comunicação

## 2 ASPECTOS DA SAÚDE DO IDOSO

Figura 1 - Funcionalidade global.



Fonte: Adaptado de: MORAES, E.N.; MARINO, M.C.A.; SANTOS, R.R. Principais síndromes geriátricas. Revista Médica de Minas Gerais, v. 20, n. 1, p.54-66, 2010.

### 2.1 O idoso dependente

Antes de rotular o idoso como dependente o enfermeiro precisa realizar uma investigação global deste indivíduo, a fim de levantar as suas reais capacidades, em vez de valorizar as incapacidades. A manutenção da capacidade funcional é o eixo central da Gerontologia. Nosso lema é:

**Propiciar ao idoso a melhor capacidade possível para funcionar!**

As perdas ocorrem primeiro nas atividades mais complexas. Hierarquicamente, requeremos as atividades mais simples até as mais complexas. Portanto, precisamos valorizar sempre as capacidades e/ou tentar recuperar e minimizar as incapacidades.

#### FUNCIONAR PARA QUÊ?

- Atividades básicas de vida diária: alimentar-se, conter eliminações, higienizar-se após a micção e evacuação, transferir-se (de uma superfície para outra), vestir-se; tomar banho.

- ☐ Atividades instrumentais: usar telefone, usar meios de transporte, fazer compras, limpar a casa (limpeza leve, pelo menos), preparar refeições, gerenciar seus medicamentos e seu dinheiro.
- ☐ Atividades avançadas de vida diária: trabalhar, participar de atividades voluntárias na comunidade, usar transporte para longas distâncias, praticar esportes.

▪ **Avaliação funcional**

Conforme já abordado no módulo IV, existem escalas largamente utilizadas na Gerontologia que são úteis para medir o grau de independência do idoso e possíveis riscos. Esta mensuração é útil no planejamento dos cuidados. Devemos focar nos aspectos principais da funcionalidade do idoso, citados anteriormente (quadro 2).

O Caderno de Atenção Básica publicado pelo Ministério da Saúde (2007) apresenta esta e outras escalas de avaliação, úteis na prática gerontológica:

Figura 2 - Escalas úteis de avaliação funcional.

Minimental	Cognição	Mede orientação tempo/espço/memória, cálculo/linguagem/capacidade de executar tarefas
Escala de depressão geriátrica	Humor	Mede sinais sugestivos de depressão
Escala de Katz	Independência	Mede a capacidade de autocuidado
Escala de Braden	Mobilidade no leito, nutrição, umidade, cisalhamento, nível de consciência	Mede risco de desenvolver úlcera por pressão (BRASIL,2006)

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.  
Link: <http://goo.gl/rFdgEP>

## 2.2 O idoso frágil

Fragilidade é uma síndrome geriátrica, com diversas definições na literatura. Caracteriza-se pela diminuição da reserva energética e redução da resistência aos estressores. Resulta de declínio dos sistemas fisiológicos e causa maior vulnerabilidade às condições adversas à saúde da pessoa idosa. A detecção precoce de sinais e sintomas pode minimizar os efeitos desfavoráveis desta situação (VAN KAN et al., 2008). (Quadro 3)

Quadro 3 - Indícios de fragilidade.

SINAIS	SINTOMAS
✓ Perda de peso	✓ Sarcopenia
✓ Fadiga	✓ Osteopenia
✓ Redução de força	✓ Alterações de equilíbrio/ marcha
✓ Redução da atividade física	✓ Limitações funcionais
	✓ Má nutrição

## 3 ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA E SUAS INTERVENÇÕES NAS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICAS

Conforme já abordado nos módulos V, VI e VII, as grandes síndromes geriátricas são um desafio para a gestão de cuidados, devido à sua cronicidade, repercussões na qualidade de vida do idoso e difícil manejo. São descritos na literatura como os 7 "Is":

- Incontinências;
- Insuficiência cognitiva;
- Imobilidade;
- Iatrogenia;
- Isolamento social;
- Incapacidade comunicativa;
- Instabilidade postural/quedas (MORAES, 2008)

### 3.1 Incontinência urinária

Apesar de ser comum, a incontinência não é normal, mesmo entre os idosos. Muitas vezes, o problema pode ser tratado ou minimizado. Para isso, as causas devem ser investigadas e podem ser:

- Multiparidade;
- Infecção urinária;
- Uso de medicamentos;
- Próstata aumentada;
- Prolapso vesical ou uterino;
- Fraqueza muscular do assoalho pélvico;
- Doenças crônicas: demências, depressão grave;
- Dificuldade de acessar o local adequado para as eliminações (BRASIL, 2006).

#### **Incontinências podem ser do tipo:**

- Urgência: perda involuntária de urina, devido à necessidade miccional imperiosa. Frequentemente associada à complacência da bexiga.
- Estresse: perda urinária involuntária relacionada ao esforço, gerado pelo aumento da pressão intra-abdominal, associada à fraqueza do assoalho pélvico. Como nos casos de espirro, tosse ou esforço físico.
- Mista: perda involuntária relacionadas ao esforço e urgência.
- Transbordamento: perda urinária involuntária caracterizada por gotejamento residual e/ou obstrução uretral associada à plenitude vesical seguida de transbordamento. Geralmente por hiperatividade do músculo detrusor da bexiga, gerando contrações involuntárias.
- Funcional: ocasionada por dificuldade de acesso ou condições apropriadas à micção (MORANTZ, 2005).

### **Abordagem da Enfermagem à incontinência urinária**

- Orientar e supervisionar a ingestão adequada de líquidos;
- Orientar para realização do diário miccional e avaliá-lo;
- Orientar e supervisionar a redução do consumo de cafeína, álcool e cigarros;
- Orientar e supervisionar a redução de líquidos após as 18h;
- Tratar a constipação: medidas alimentares e comportamentais;
- Tratar a tosse com medidas ambientais e demais medidas não farmacológicas, em parceria com o médico e demais profissionais;
- Aplicar e orientar a realização de exercícios para a musculatura perineal com exercícios de contração voluntária sustentada por dez segundos, repetindo pelo menos três séries de dez contrações ao dia (Exercícios de Kegel);
- Treinamento vesical: micção em intervalos curtos (1-2 horas), com aumento gradativo;
- Parceria com o médico na adesão ao tratamento medicamentoso;
- Participação no tratamento cirúrgico mediante investigação uroginecológica e medidas pré e pós-operatórias, em parceria com a equipe (SILVA; D'ELBOUX, 2012).

### **3.2 Incontinência fecal**

É a perda involuntária de fezes e flatos pelo reto, que pode estar relacionada a causas neurológicas, musculares, mecânicas, doenças inflamatórias ou mistas. Esta situação geralmente causa muito constrangimento ao idoso:

- Musculares: diminuição do tônus muscular dos esfíncteres anais; relaxamento da musculatura do assoalho pélvico.
- Neurológicas: lesões medulares, síndromes demenciais, neuropatias diabéticas.
- Mecânicas: obstrução por fecaloma com perda de muco e líquido

das fezes (falsa diarreia); dificuldade de acomodação das fezes no reto (tumores pélvicos).

- Doenças inflamatórias: diminuição da consistência das fezes, aumentando a fluidez, dificultando a retenção (SMELTZER, 2011).

### **ATENÇÃO:**

A liberação involuntária de flatos pode ser um sinal de diminuição de tônus do esfíncter retal.

### **Abordagem da Enfermagem na incontinência fecal**

**PREVENÇÃO:** Promoção da continência.

- Incentivar o esvaziamento regular e completo do intestino;
- Incentivar a evacuação no vaso sanitário ou dispositivo auxiliar (se necessário: cadeira higiênica, vaso sanitário adaptado, comadre);
- Evitar a evacuação livre com uso de fraldas;
- Incentivar horários regulares de evacuação (SMELTZER et al., 2011).

**ESTRATÉGIAS DE TREINAMENTO INTESTINAL:** visam à evacuação em horários regulares e planejados, evitando episódios involuntários.

- Posicionar a pessoa no vaso sanitário, confortavelmente;
- Incentivar leve pressão para baixo e contrair músculos abdominais (não exceder 15 minutos);
- Aproveitar o reflexo gastrocólico cerca de 30 minutos após refeições principais;
- Estimular, se necessário, a evacuação com supositório de glicerina;
- Posicionar a pessoa em decúbito lateral esquerdo, pernas flexionadas, cabeça de 30° a 45°;
- Massagear região abdominal da direita para esquerda;
- Considerar a possibilidade de treinamento da musculatura do assoalho pélvico para melhorar a contratilidade esfinteriana (SMELTZER et al., 2011).

**MANEJO:** objetiva melhorar a qualidade de vida do idoso e prevenir complicações.

- Investigar e tratar as causas da incontinência fecal;
- Dar suporte de orientações e treinamento para familiares/ cuidadores lidarem com a situação crônica;
- Manter fezes em consistência pastosas ou moldadas, se possível;
- Reforçar higiene da pele em região perineal e nádegas (SMELTZER et al., 2011).

### 3.3 Imobilidade

A síndrome de imobilidade (SI) é um conjunto de alterações que podem ocorrer no idoso dependente, devido à insuficiência de movimentos no leito por período prolongado. Pode ser identificada pelos critérios descritos no quadro 4. Suficiente para causar complicações graves que poderão comprometer, por longo período ou definitivamente, a qualidade de vida.

Fique atento ao **perfil de risco**:

- Suporte familiar precário;
- Mobilidade insuficiente no leito;
- Desnutrição;
- Doenças crônicas;
- Déficit cognitivo;
- Iatrogenia.

Quadro 4 - Identificação da SI.

<b>Critérios maiores: pelo menos um presente</b>	<b>Critérios menores: pelo menos dois presente</b>
✓ Déficit cognitivo médio a grave	✓ Múltiplas contraturas
✓ Sofrimento cutâneo (úlceras por pressão)	✓ Disfagia
✓ Dupla incontinência	✓ Afasia



### **Ações preventivas da SI a serem implementadas pelo enfermeiro**

- Investigação precoce e detecção do risco;
- Investigar e tratar fatores contribuintes: suporte social, ambiente, agravamento da doença, depressão, outros;
- Iniciar medidas de otimização da mobilidade em parceria com a fisioterapia;
- Incentivar o cuidado restaurador: adoção de medidas que estimulem a mobilização ativa ou assistida no cuidado cotidiano;
- Iniciar medidas de prevenção de úlceras por pressão (UP):
  - Aumentar a mobilização: mudança de decúbito regular, sentar fora do leito periodicamente (se possível);
  - Reduzir a pressão: uso de colchão ou almofada especial para diminuir compressão;
  - Redução da umidade: troca de fraldas e roupas e lençóis regularmente;
  - Melhora do estado nutricional;
  - Evitar cisalhamento: não arrastar a pele durante a mobilização;
  - Hidratação oral;
  - Hidratação da pele com produtos que auxiliem no seu fortalecimento;
  - Tratar precocemente os sinais (DIOGO, 2007).

### **3.4 Incapacidade de comunicação**

É um tipo de incapacidade que afeta uma considerável parcela de idosos. A dificuldade de se comunicar efetivamente com seu círculo familiar/social é capaz de provocar sensação de isolamento, mesmo em meio a diversas pessoas.

As habilidades comunicativas compreendem quatro áreas distintas: linguagem, audição, motricidade oral e voz/fala, segundo Moraes; Marino; Santos (2010).

Propiciar uma escuta ativa para a pessoa idosa, em alguns casos, pode ser tão terapêutico quanto as intervenções medicamentosas ou físicas. Especialmente nos casos de ansiedade, tristeza, medo, depressão e dificuldade de compreensão de algo à sua volta.

A escuta pelo enfermeiro se volta mais para questões do presente relacionadas ao autocuidado, manutenção da saúde, déficit de conhecimento acerca de sua fisiologia, enfermidades e escolhas do cotidiano. Sempre incentivando a reflexão, evitando conselhos a partir de opiniões pessoais do profissional.

### **Manejo da Enfermagem com limitações sensoriais do idoso**

#### **Dificuldades de fala:**

- Investigar nível de consciência e orientação;
- Demonstrar empatia e atenção;
- Evitar completar as frases;
- Manter contato visual;
- Observar a linguagem corporal;
- Fazer perguntas simples, que exijam respostas objetivas;
- Oferecer alternativa de comunicação escrita, se for viável.

#### **Déficit visual:**

- Manter lentes corrigidas;
- Manter óculos limpos;
- Aumentar a luminosidade dos ambientes;
- Usar luzes de segurança nos corredores à noite;
- Evitar objetos que atrapalhem o caminho;
- Aumentar a segurança do ambiente: usar pisos antiderrapantes, garras de segurança no banheiro, retirar tapetes, ajustar a altura do vaso sanitário;
- Cuidar dos pés: evitar calosidades; usar sapatos fechados e confortáveis, com salto baixo para sair; em casa, usar chinelos com correias; calçados com solado antiderrapante;

- Facilitar a comunicação: falar pausadamente em tom médio;
- Encaminhar periodicamente ao oftalmologista.

#### **Déficit auditivo:**

- Investigar causas primárias: inflamações, edema, impaction de cerume;
- Encaminhar para avaliação otorrinolaringológica;
- Orientar familiares e/ou cuidadores, possibilidades de comunicação;
- Readaptar o ambiente sonoro e hábitos. Remover ruídos excessivos, proporcionar sons agradáveis ao idoso;
- Aumentar o som na medida em que o idoso solicitar. Não gritar;
- Falar pausadamente. E usar frases curtas e simples;
- Facilitar leitura labial e facial;
- Incentivar reabilitação se for viável: colocação de prótese auditiva, tratamento fonoaudiológico (DUARTE, 2007).

### **3.5 Isolamento social**

O fato de morar só não caracteriza isolamento social do idoso. Sua rede de suporte (parente, vizinhos, amigos, irmandade religiosa) deverá ser investigada e sua suficiência diagnosticada, para ser acionada caso necessário. Podendo ser avaliada em parceria com os assistentes sociais do serviço. Cabe verificar o real estado cognitivo e capacidade para autocuidado.

No que cabe à Enfermagem Gerontológica na avaliação do suporte social, destacamos:

- Usa CORRETAMENTE os medicamentos e tem acesso a eles?
- Fica períodos sem medicamento de uso contínuo por não ter quem ou como comprar?
- Automedica-se sem conhecimento do profissional de saúde?
- Perde datas de consultas e exames?
- Já se perdeu na rua?
- Teve queda ou lesão em casa quando estava só?

- Tem apresentado sinais de inadequação alimentar?
- Queixa-se de solidão?

A ocorrência de mais de duas respostas positivas evidencia risco ou insuficiência de suporte social. Será pertinente orientar quanto aos riscos e solicitar intervenções do assistente social no caso (RADOMSKI, 2005).

### **3.6 Instabilidade postural/quedas**

O equilíbrio e capacidade de marcha são fatores primordiais na saúde do idoso. Sua vulnerabilidade pode comprometer seriamente a autonomia e independência, por gerar insegurança e o risco real de lesões e/ou quedas.

Além da abordagem fisioterapêutica que deve ser indicada, o seguimento de algumas orientações pode minimizar estes riscos para o idoso (SMELTZER et al., 2011).

#### **Medidas de prevenção de quedas a serem implementadas pelo enfermeiro**

- Verificar ocorrências anteriores (+ de 3/ano é fator de risco de novas quedas);
- Investigar fatores causais: ambiente, roupas, calçados inadequados, óculos desatualizados, visão, audição, tonteiras, outras. Encaminhar ao tratamento específico e/ou providência;
- Encaminhar para fisioterapia (fortalecimento muscular, articular, equilíbrio);
- **Orientações:**
  - Conscientizar para o risco previsível de queda;
  - Sentar-se na beira da cama antes de levantar;
  - Usar calçados com a frente fechada e preso nos pés, evitando chinelos, tamancos;
  - Nunca sair de casa com estômago vazio;
  - Evitar vestidos ou calças que arrastem no chão;

- Usar corrimão nas escadas;
- Evitar subir em bancos ou escadas;
- Manter luzes baixas acesas à noite;
- Remover tapetes, objetos e brinquedos soltos no chão;
- Atentar para animais domésticos (FRIED et al, 2004).

### 3.7 Incapacidade cognitiva

É o comprometimento de funções cognitivas que afetam a funcionalidade, com prejuízo no desempenho das AVDs. **Quando não afeta o desempenho das AVDs, caracteriza um déficit cognitivo leve.** As principais etiologias são: delirium, demência, depressão e alguns transtornos psiquiátricos (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Após a confirmação do diagnóstico neurológico o enfermeiro deve avaliar a funcionalidade periodicamente a fim de mensurar possíveis perdas funcionais e adequação do plano de cuidados.

#### **Abordagem da Enfermagem Gerontológica**

A síndrome demencial caracteriza-se por comprometimento de pelo menos duas áreas da cognição, sendo uma delas a memória recente. E podem ser de diversos tipos, como Alzheimer, vascular, frontotemporal, entre outras. Esclarecer a família sobre a síndrome demencial, genericamente, caso ainda não haja diagnóstico neurológico estabelecido. Esta medida visa melhorar a compreensão da família sobre a situação e otimizar manejo de distúrbios comportamentais (MORAIS; MARINO; SANTOS, 2010).

Enfatizar para a família a importância da manutenção da autonomia e independência pelo maior tempo possível, preservando sempre a segurança do cliente. Nos atendimentos, não excluir o idoso da conversa, consultando suas percepções sobre sua situação atual.

### NA PRÁTICA:

- ✓ Permitir que o idoso tome decisões simples sobre sua rotina;
- ✓ Incentivar a realização de ações de autocuidado;
- ✓ Estimular a participação nas rotinas domésticas e vida social familiar;
- ✓ Desenvolver a capacidade de perceber as necessidades do idoso por meio de sinais de comunicação não verbal, pois a linguagem vai deteriorando progressivamente;
- ✓ Permitir sair sozinho, em distâncias curtas, enquanto for viável. Sempre com identificação nos bolsos (nome, nome da doença de que é portador, endereço, pelo menos dois números de telefones);
- ✓ Supervisionar sem sufocar;
- ✓ Incentivar a leitura, jogos, tarefas simples, de acordo com a preferência;
- ✓ Atentar para o declínio das capacidades;
- ✓ Manter rotinas estáveis;
- ✓ Evitar mudanças de casa, rotina e de cuidador (se possível);
- ✓ Preferir ambientes calmos, sem excesso de estímulos visuais e auditivos;
- ✓ Evitar marasmo;
- ✓ Atentar para cuidados de higiene;
- ✓ Permitir alimentação fracionada;
- ✓ Desviar o foco de interesse, em vez de tentar convencê-lo, em discussões sem solução;
- ✓ Trazer para a realidade nas desorientações no tempo e espaço, mas sem tentar "convencê-lo";
- ✓ Lidar com delicadeza diante de inevitáveis esquecimentos.

### 3.8 Iatrogenia

Assim é chamado todo dano não intencional causado ao cliente ou paciente a partir da ação de um profissional de saúde no exercício de suas

funções. É uma grave consequência da falta de conhecimento sobre as especificidades do cliente/ paciente idoso. Pode ter consequências físicas, psíquicas, sociais. Apesar de diversas classificações na literatura, destacaremos as seguintes iatrogenias por:

- Ações: procedimentos errados, malfeitos ou inadequados.
- Omissões: de cuidados ou vigilância.
- Palavras: ofensivas, preconceituosas, inoportunas, informações erradas.

Existem diferenças significativas entre adultos jovens e idosos e o profissional de saúde não deve ignorá-las para não cometer iatrogenias por imperícia. Por exemplo: respostas fisiológicas, sinais e sintomas, farmacodinâmica e farmacocinética, interações medicamentosas, capacidade de enfrentamento. O enfermeiro deve buscar conhecimento especializado a fim de qualificar sua capacidade de assistir esta clientela (DUARTE, 2007).

#### **FIQUE ATENTO...**

- ✓ Quedas frequentes, no idoso, podem indicar um quadro infeccioso;
- ✓ Agitação e piora na desorientação também podem indicar sinais de infecção;
- ✓ Um quadro infeccioso geralmente não apresenta febre;
- ✓ Um ansiolítico, de determinado tipo, pode causar agitação ao invés de acalmar.

## **4 GESTÃO DO CUIDADO GERONTOLÓGICO**

### **▪ Família e rede de suporte**

A família geralmente é o principal suporte de cuidados dos clientes idosos, e no Estatuto do Idoso é mencionada como a primeira responsável por este cuidado. Porém, na prática assistencial, pode ter configurações diferentes da família tradicional e pode ser constituída por laços afetivos e não consanguíneos (BRASIL, 2003).

A rede de suporte de uma pessoa idosa deve ser invariavelmente considerada, no planejamento dos cuidados (DIOGO, 2007; DUARTE, 2007; TAKASE; ALVAREZ; SANTOS, 2011). O cuidado gerontológico qualificado sempre incentiva o idoso a fazer o máximo de suas capacidades. Quem cuida deverá atuar somente nas reais incapacidades. A rede de suporte bem utilizada em seu potencial será muito mais eficaz. Caso não haja familiar voluntário, alguém deve ser solicitado formalmente, e receber suporte de orientações e treinamento. Na ausência de familiares ou impossibilidade deles, buscar recursos (em parceria com o assistente social) que podem ser oriundos de:

- ✓ Recursos comunitários: vizinhos, amigos;
- ✓ Recursos comunitários religiosos: voluntários, irmandade;
- ✓ Cuidadores profissionais;
- ✓ Serviços de Atenção Domiciliar (ESF, Nasf, Padi);
- ✓ Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

A investigação correta e o diagnóstico de Enfermagem são capazes de mensurar a real necessidade de cuidados, se totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio educativo.

Quando familiares assumem o cuidado, precisam de supervisão, orientações e esclarecimento de dúvidas, pois geralmente se limitam a um cuidado intuitivo e informal.

Evite criticar ou julgar aqueles que cuidam. Ajude-os a corrigir os erros e respeite os limites pessoais. Fique atento a sinais de desgaste físico e emocional no cuidador.

**DICAS:**

Orientações escritas, claras, linguagem coloquial, com esquemas simplificados, são mais atrativas e fáceis de assimilar do que conselhos verbais. Demonstrações e treinamentos oferecem mais segurança a quem tem poucas habilidades.



#### 4.1 Investigando o estresse do cuidador

O familiar que cuida de um idoso dependente muitas vezes é tomado de surpresa nesta situação e dificilmente se encontra preparado para assumir tal responsabilidade. Com o passar do tempo, diversas emoções sobrepostas e contraditórias podem tomar conta deste cuidador, com repercussões negativas para aquele que é cuidado. Atentar para os sinais da Síndrome de Estresse do cuidador:

- Negligência no autocuidado (aparência, tratamento de saúde);
- Negatividade;
- Raiva;
- Culpa;
- Irritabilidade;
- Resignação;
- Maus-tratos ao idoso;
- Queixas de sintomas físicos (do próprio cuidador);
- Problemas conjugais;
- Falta de lazer;
- Tristeza ou depressão;
- Falta de esperança (SALDANHA; CALDAS, 2004).

#### **DICAS:**

Existe uma escala que é adequada para medir o grau de sobrecarga do cuidador, a Escala de Zarit. Veja no Caderno de Atenção Básica Nº 19, do Ministério da Saúde.

#### 4.2 Gestão do cuidado gerontológico na Atenção Básica

O enfermeiro é um especialista do cuidado. Mas não o único que sabe cuidar. O cuidado apresenta múltiplas facetas, exercidas por diversas categorias. O cuidado gerontológico será muito bem exercido se cada profissional atender a alguns requisitos básicos:

- Prestar assistência humanizada e pautada em princípios éticos;
- Conhecer o processo de envelhecimento e peculiaridades do idoso na medida de sua formação técnica;
- Conhecer suas competências profissionais;
- Reconhecer a importância do trabalho em equipe;
- Reconhecer o idoso como principal sujeito do seu próprio cuidado;
- Considerar a família e/ou pessoas significativas como parceiras do cuidado.

Na **Enfermagem Gerontológica** o enfermeiro é capaz de atuar nas **esferas:**

- Assistenciais:** cuidados diretos, consultas, visitas domiciliares;
- Administrativas:** realização de atividades que organizem e viabilizem a prestação de uma atenção qualificada;
- Educativas:** educação em saúde individual: idoso, cuidador; em grupos temáticos; educação permanente em saúde do idoso e outros temas de interesse para equipe de técnico de enfermagem (TE), agentes comunitários de saúde (ACS) e outros profissionais;
- Gerenciais:** ações de supervisão e controle da qualidade da assistência prestada no autocuidado, pelo cuidador; nas ações do ACS e do TE;
- Integrativas:** ações que ligam o paciente a outros membros da equipe e vice-versa; ações que ligam o enfermeiro à equipe de saúde; ações que garantem a continuidade dos cuidados entre cenários diferentes – cuidado transitacional (ex: internação hospitalar; preparação para a alta hospitalar; internação em ILPI; internação hospitalar vindo da ILPI etc);
- Investigativa:** elaboração e/ou participação em pesquisas que visem acrescentar conhecimento à área de saúde e à Enfermagem Gerontológica e na descoberta de novas e melhores formas de cuidar (MORAIS; MARINO; SANTOS, 2010).

Mesmo sem atuar simultaneamente em todas estas esferas, o enfermeiro deve estar capacitado para o exercício pleno de sua profissão, podendo lançar mão dos recursos convenientes a cada situação.

A definição das atribuições de cada profissional é fundamental para um adequado gerenciamento, podendo haver ajustes individualizados para cada situação, porém existem diretrizes básicas que auxiliam a tomada de decisões.

**ACESSE:** Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Link: Nº 19: <http://goo.gl/nl3kbg>

#### **Atribuições do enfermeiro na atenção básica ao cliente idoso:**

- a) Realizar atenção integral às pessoas idosas;
- b) Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- c) Realizar consulta de Enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares; se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;
- d) Supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de Enfermagem;
- e) Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar com os demais profissionais da equipe;
- f) Orientar o idoso, os familiares e/ou cuidadores sobre a correta utilização dos medicamentos (DUARTE, 2007; TAKASE; ALVAREZ; SANTOS, 2011).

#### **Atribuições do técnico de Enfermagem na atenção básica ao cliente idoso**

- a) Realizar atenção integral às pessoas idosas sob supervisão do enfermeiro;

- b) Orientar o idoso, familiares e/ou cuidadores sobre a correta utilização dos medicamentos;
- c) Participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS quando indicado, ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (BRASIL, 2007).

### **Atribuições do agente comunitário de saúde na atenção básica ao cliente idoso**

- a) Cadastrar todas as pessoas idosas de sua micro área e manter o cadastro atualizado;
- b) Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme seu Manual de Preenchimento específico;
- c) Identificar e encaminhar o idoso frágil à Unidade de Saúde;
- d) Realizar visitas domiciliares às pessoas idosas conforme planejamento assistencial, dando prioridade àquelas frágeis ou em processo de fragilização;
- e) Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita na unidade, mantendo a equipe informada, principalmente, a respeito dos idosos frágeis;
- f) Estar em contato permanente com as famílias;
- g) Avaliar condições de risco de quedas observáveis no domicílio (BRASIL, 2007).

## SÍNTESE DA UNIDADE

Chegamos ao final do nosso encontro e espero que você tenha conseguido compreender os cuidados da Enfermagem em diversos cenários de atenção ao idoso e os conceitos elementares de gestão do cuidado prestado por cuidadores informais e profissionais de nível médio na atenção básica.

A Enfermagem Gerontológica é uma especialidade em expansão. Sustenta-se nas bases da humanização da assistência, da ética profissional e requer habilidades e competências específicas. É um poderoso dispositivo contra as iniquidades sofridas por pessoas idosas no sistema de saúde.

Existem instituições públicas e privadas, tanto na atenção básica quanto secundária, que não cumprem os preceitos básicos necessários para uma atenção digna aos idosos. É preciso destacar que as instituições são formadas por pessoas e quando estas ignoram as necessidades e particularidades das pessoas mais velhas, as ações iatrogênicas acontecem.

Portanto, parabéns a você por ter se debruçado sobre a **Enfermagem Gerontológica** em busca de aprimoramento dos seus conhecimentos profissionais. Agora que conhece a “ponta do iceberg”, arregace as mangas e mergulhe fundo nas águas da Gerontologia.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 fev. 2006. Seção 1. Disponível em: <<http://goo.gl/O67KCx>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: <<http://goo.gl/QXDolZ>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.Secretaria-Executiva. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 72 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/livro.pdf> >. Acesso em: 10 jul. 2014.

DIOGO, M. J. D. E. Consulta de enfermagem em Gerontologia. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2007.

DUARTE, Y. M. D. Princípios de assistência de enfermagem gerontológica. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2007.

FRIED L, et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. v. 59, n. 3, p.255-63, mar. 2004.

MORAES, E N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**, Belo Horizonte: Coopmed; 2008.

\_\_\_\_\_.; MARINO, M.C.A.; SANTOS, R.R. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p.54-66, 2010.

MORANTZ, C.A. Guidelines on Urinary Incontinence in Women. **Am Family Phys**. v. 72, n. 1, p. 178-8, jan. 2005.

RADOMSKI, M. **Avaliando o Contexto: Pessoal, Social e Cultural**. São Paulo: Santos, 2005, p.44-67.

SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (org.). **Saúde do idoso, a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

SILVA, V. A.; D'ELBOUX, M. J. Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**. v. 46, n. 5, p. 1221-1226. 2012.

SMELTZER, S.C. et. al. **Brunner&Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TAKASSE, LH, Santos SMA, Alvarez A. O convívio familiar do idoso na quarta idade e seu cuidador. **Cienc Cuid Saude**. v. 10, n. 4, p 746-754.

VAN KAN, A. G. et al. Frailty: Toward a Clinical Definition. **JAMDA**, v. 9, p. 71-72; 2008.