



Saúde do Idoso

Iniciar



O Cuidado

Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado.

Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação.

Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas idéias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada.

Esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada. (1)



Saúde do Idoso

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – **senescência** - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - **senilidade**.

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o processo de envelhecimento da população vem ocorrendo de forma rápida, sem que tenha havido tempo de uma reorganização social e de saúde adequada. Além disso, as condições de vida e trabalho da maioria da população que hoje se encontra na terceira idade acabam por

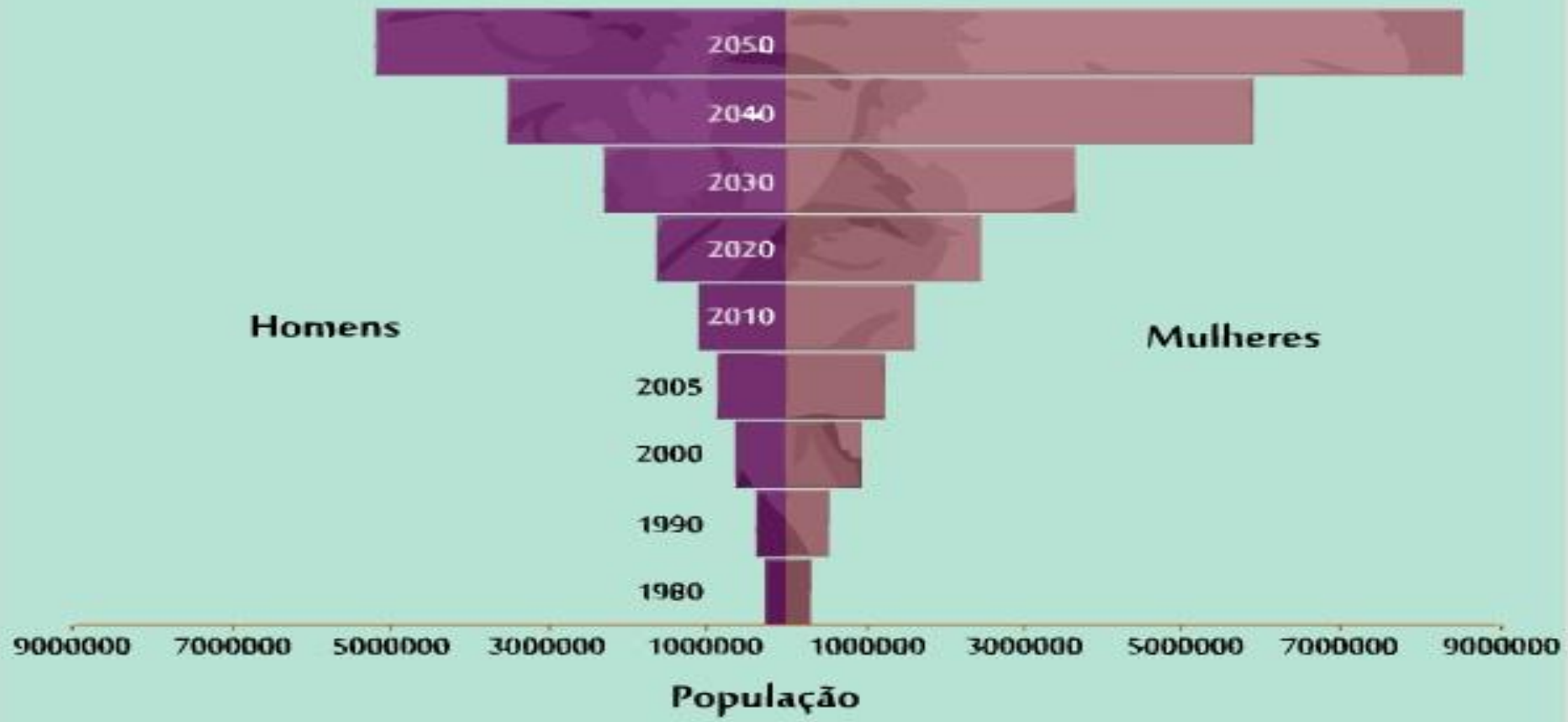


da população que hoje se encontra na terceira idade acabam por tornar o envelhecimento mais adoecido, associado a múltiplas comorbidades.

Pelas projeções da OMS o Brasil, em 2025, terá a sexta população de idosos do mundo - 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. Atualmente, são cerca de 20 milhões - 10% da população brasileira. Vale destacar que o número de idosos mais idosos (acima de 80 anos), cresce de maneira mais acelerada, correspondendo, hoje, a mais de 12% da população idosa no Brasil.

O preconceito contra a velhice e a negação das pessoas e da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas adequadas a este grupo da população. (2)

População de 80 anos de idade ou mais por sexo



Fragilidade na Saúde do Idoso



A fragilidade ou fragilização no processo de envelhecimento é um aspecto de muita relevância na abordagem do idoso. Pode ser considerada uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos - declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte.

Considerar a fragilidade como uma condição intrínseca do envelhecimento é uma atitude que pode ocasionar intervenções tardias, com potencial mínimo de reversão das conseqüências adversas da síndrome, o que inclui a redução da expectativa de vida saudável ou livre de incapacidades.

Assim, é importante conhecer os parâmetros que identificam idosos em condição subclínica da síndrome e, portanto, passíveis de intervenções preventivas, com o objetivo de evitar ou postergar ao máximo a ocorrência das respostas adversas à mesma.

Entre aqueles cuja síndrome já foi instalada, a adoção de critérios de avaliação específicos contribuirá para o adiamento ou a amenização de tais respostas, permitindo preservar por mais tempo a autonomia e independência funcional dos idosos.

Estima-se que, na população acima de 85 anos, quase a metade (46%) seja composta por

Fragilidade na Saúde do Idoso



tempo a autonomia e independência funcional dos idosos.

Estima-se que, na população acima de 85 anos, quase a metade (46%) seja composta por idosos frágeis. Entre pessoas acima de 65 anos, estima-se que de 10 e 25% apresentem a síndrome. Estes dados alertam para o alto risco de desfechos clínicos adversos nesta comunidade.

processo de
rápida, sem
de saúde
da maioria
cabam por



Detectando a Fragilidade no Idoso



Para aprofundar os seus conhecimentos sobre o assunto leia o texto "Detectando a Fragilidade no Idoso" que se encontra na Bibliografia.



Detectando a Fragilidade no Idoso

↓ na reserva funcional

Sinais

- . Sarcopenia
- . osteopenia
- . Alterações do equilíbrio e da marcha
- . Limitações funcionais
- . Descondicionamento físico
- . Má nutrição

↓ qualidade de vida
Institucionalização

Incapacidade e Fragilidade na Terceira Idade

A partir da década de 90 a associação entre incapacidade e fragilidade passou a ser questionada com base em três grandes premissas:

- a) nem todas as pessoas com declínio funcional são frágeis;
- b) nem todas as pessoas frágeis apresentam declínio funcional;
- c) medidas preventivas parecem interferir na instalação dessa síndrome.

processo de
ápida, sem
de saúde
da maioria
cabam por
múltiplas co-

á a sexta
s com 60
ões - 10%
idosos mais
acelerada,
no Brasil.
ssos e da
culdade de



Detectando a Fragilidade no Idoso

O conceito de "ser frágil" foi sendo gradativamente substituído pela condição de "tornar-se frágil".

São três as principais mudanças relacionadas à idade que estão subjacentes à síndrome da fragilidade:

- alterações neuromusculares (principalmente sarcopenia);
- desregulação do sistema neuroendócrino;
- disfunção do sistema imunológico.

A figura inicial apresenta essa tríade na trajetória hipotética da fragilidade e indica a associação entre mecanismos primários - relativos à idade - e os secundários - relativos às doenças - que poderiam dar início ao fenômeno propriamente dito:

Os autores construíram um fenótipo¹ relacionado à fragilidade que inclui cinco componentes possíveis de serem mensurados:

1. perda de peso não intencional: = 4,5 kg ou = 5% do peso corporal no último ano;
2. fadiga auto referida utilizando duas questões: com que freqüência na última semana o(a) sr(a) sentiu que tudo que fez exigiu um grande esforço? ou que não pode fazer nada?;

processo de
lipida, sem
de saúde
da maioria
cabam por
múltiplas co-
à a sexta
is com 60
ões - 10%
losos mais
acelerada.



Detectando a Fragilidade no Idoso

o(a) sr(a) sentiu que tudo que fez exigiu um grande esforço? ou que não pode fazer nada?;

3. diminuição da força de prensão medida com dinamômetro na mão dominante e ajustada para gênero e Índice de Massa Corporal (IMC);

4. baixo nível de atividade física medido pelo dispêndio semanal de energia em kcal (com base no auto relato das atividades e exercícios físicos realizados) e ajustado segundo o gênero;

5. diminuição da velocidade da marcha em segundos: distância de 4,5m ajustada para gênero e altura.

processo de
ípida, sem
de saúde
da maioria
cabam por
múltiplas co-

á a sexta
s com 60
ões - 10%
losos mais
acelerada,



AVISO

A apresentação dos fatos a seguir é baseada em experiências reais. Os profissionais de Saúde da Família são tratados aqui enquanto personagens de uma narrativa, tendo suas ações descritas nesta qualidade. O teor das situações vivenciadas por eles foi preservado, para que desta forma se constitua base para a promoção das reflexões desejadas.

A PARTIR DOS RISCOS E VULNERABILIDADES QUE FORAM IDENTIFICADAS COM ALGUNS IDOSOS NA COMUNIDADE, A EQUIPE DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) FEZ UM ESTUDO PARA CONHECER OS ASPECTOS MAIS IMPORTANTES ENVOLVIDOS NESTA QUESTÃO.



UMA GRANDE CONSTATAÇÃO FOI A DE QUE MUITOS IDOSOS VIVEM SOZINHOS OU PASSAM GRANDE PARTE DO TEMPO SEM COMPANHIA. ATRAVÉS DOS RESULTADOS PRELIMINARES A ESF VERIFICOU A NECESSIDADE DE SE INICIAR AÇÕES PARA CUIDAR DOS IDOSOS, ESPECIALMENTE OS MAIS FRAGILIZADOS, COM VÁRIAS CO-MORBIDADES E QUE ENFRENTAM LIMITAÇÕES PARA AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA.

APÓS UM LEVANTAMENTO INICIAL (OBTIDO PELO CADASTRO DOMICILIAR, PELOS REGISTROS DE CONSULTAS, PELAS INFORMAÇÕES DOS ACS E DE VDS PRÉVIAS), PLANEJARAM E INICIARAM UM PROGRAMA DE VISITAS DOMICILIARES, ESPECIALMENTE VOLTADO PARA OS IDOSOS COM O PERFIL ACIMA DESCRITO.

LUMA DESTAS VDS FOI MOTIVADA PELO COMENTÁRIO DE VIZINHOS DE QUE O SOGRO DA BÁRBARA, O SR FRANCISCO, DE 78 ANOS TINHA IDO MORAR NA CASA COM ELES RECENTEMENTE E NÃO PARECIA ESTAR BEM DE SAÚDE.



BÁRBARA TEM 35 ANOS É BANCÁRIA, CASADA COM ANTÔNIO (42 ANOS) TAMBÉM BANCÁRIO E TEM UM FILHO JOÃO (14 ANOS) ESTUDANTE DA 8ª SÉRIE DO ENSINO FUNDAMENTAL.

NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA...

ANDREA, SOLIBE ATRAVÉS DE UM VIZINHO DA BÁRBARA QUE O SOGRO DELA NÃO ESTÁ BEM. ELE MUDOU-SE PARA A CASA DELES HÁ POUCO TEMPO. ACHO QUE NINGUÉM DA EQUIPE O CONHECE AINDA.

AINDA NÃO. COM AQUELES DOIS TRABALHANDO TANTO, QUASE NÃO VEMOS A FAMÍLIA, EXCETO A CLAUDIA QUANDO VEM FAZER O PREVENTIVO GINECOLÓGICO OU TRAZER O FILHO JOÃO. MAS JÁ HÁ ALGUM TEMPO NÃO OS VEJO...

BOM, CASO ELES NÃO TENHAM AUTORIZADO A NOSSA VISITA, TELEFONAMOS E FALAMOS DIRETAMENTE COM A BÁRBARA.

APROVEITEI QUE ESTAVA PERTO DA CASA DELES E PASSEI PARA SABER SE PODERÍAMOS IR LÁ AMANHÃ. O MENINO ME RECEBEU. EXPLIQUEI O QUE ERA E PEDEI PARA ELE SOLICITAR AUTORIZAÇÃO AOS PAIS E AO AVÔ PARA A NOSSA VISITA AMANHÃ DE MANHÃ.



NO DIA SEGUINTE, EURIDES E ANDREA CHEGAM À CASA DE BÁRBARA. JOÃO AS RECEBE PRONTAMENTE.

BOM DIA, JOÃO, COMO VAÍ?
ENTÃO, SEUS PAIS E SEU AVÔ
AUTORIZARAM NOSSA VISITA?
ESTAMOS PREOCUPADAS PORQUE
SOUBEMOS QUE SEU AVÔ NÃO
ESTÁ SE SENTINDO MUITO BEM.

TUDO BEM, JOÃO, FIQUE
TRANQUILO, NÓS VAMOS
TER CUIDADO COM O
SEU AVÔ.

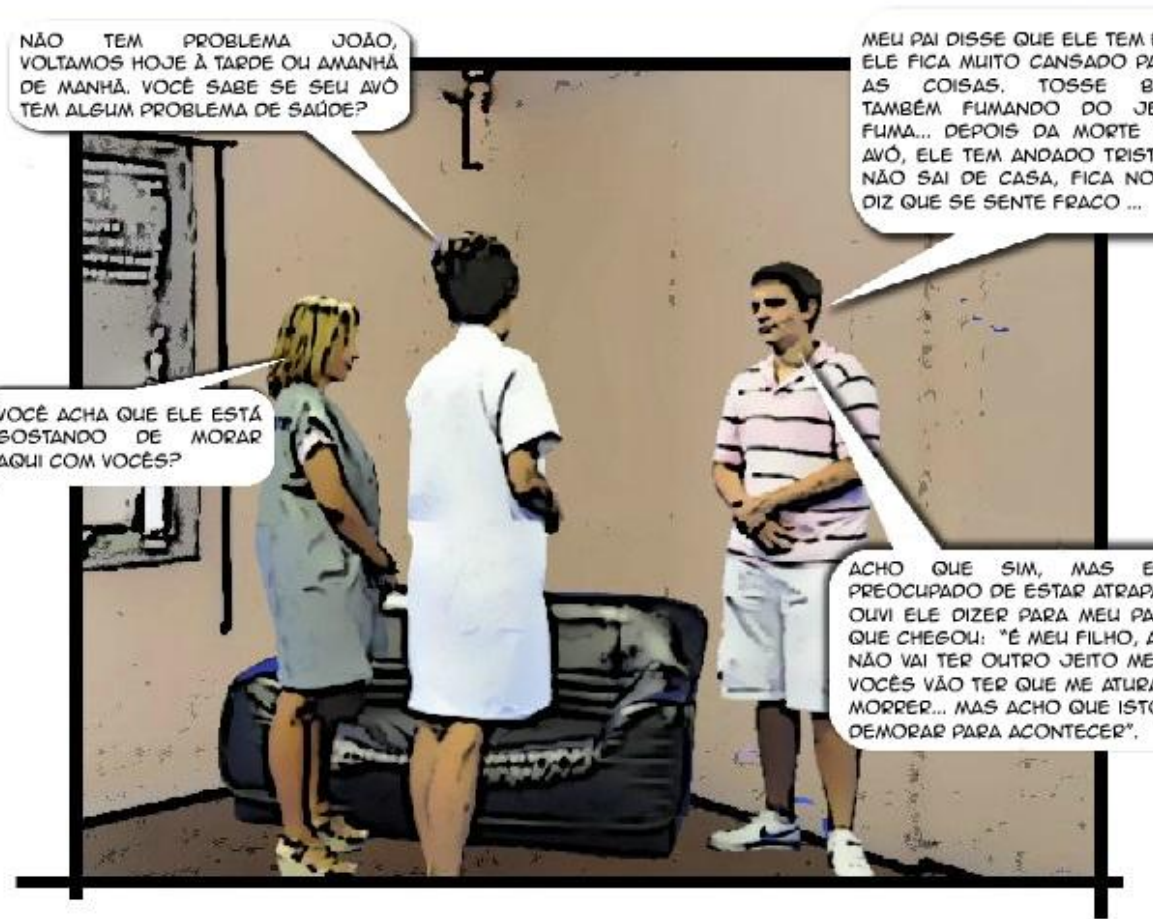
BOM DIA, MEUS PAIS E MEU AVÔ
AUTORIZARAM SIM. ELES ATÉ ACHARAM BOM,
PORQUE ESTAVAM QUERENDO LEVAR MEU AVÔ
LÁ NA UNIDADE, MAS ESTAVAM SEM TEMPO...

LEVARAM ELE NUMA UPA, ONTEM. O MÉDICO
DEU UM BANDO DE REMÉDIO... ACHO QUE ELE
ESTÁ TOMANDO... MEU AVÔ TAMBÉM É UM
POUCO TEIMOSO... NÃO GOSTA DE MÉDICO...





JOÃO RETORNA À SALA E INFORMA QUE O AVÔ ESTAVA DORMINDO E ACHOU MELHOR NÃO ACORDÁ-LO.



NÃO TEM PROBLEMA JOÃO,
VOLTAMOS HOJE À TARDE OU AMANHÃ
DE MANHÃ. VOCÊ SABE SE SEU AVÔ
TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?

VOCÊ ACHA QUE ELE ESTÁ
GOSTANDO DE MORAR
AQUI COM VOCÊS?

MEU PAI DISSE QUE ELE TEM ENFISEMA.
ELE FICA MUITO CANSADO PARA FAZER
AS COISAS. TOSSE BASTANTE...
TAMBÉM FUMANDO DO JEITO QUE
FUMA... DEPOIS DA MORTE DA MINHA
AVÓ, ELE TEM ANDADO TRISTE, QUASE
NÃO SAI DE CASA, FICA NO QUARTO,
DIZ QUE SE SENTE FRACO ...

ACHO QUE SIM, MAS ELE FICA
PREOCUPADO DE ESTAR ATRAPALHANDO.
OUIVI ELE DIZER PARA MEU PAI, NO DIA
QUE CHEGOU: "É MEU FILHO, ACHO QUE
NÃO VAI TER OUTRO JEITO MESMO ... E
VOCÊS VÃO TER QUE ME ATURAR ATÉ EU
MORRER... MAS ACHO QUE ISTO NÃO VAI
DEMORAR PARA ACONTECER".



E VOCÊ, JOÃO, ESTÁ GOSTANDO DO SEU AVÔ MORAR AQUI?

ESTOU, MAS ESTÁ MEIO DIFÍCIL PORQUE EU DORMIA SOZINHO NO MEU QUARTO E AGORA ELE DORME COMIGO... MAS ELE É GENTE FINA. VAMOS VER.

NÃO PERCA NO PRÓXIMO SAÚDE EM PRÁTICA O ATENDIMENTO DO SR. FRANCISCO!

FECHAR





Cuidando do Idoso

A abordagem da saúde da pessoa idosa deve incluir diversos fatores, ambientais, socioeconômicos, culturais e políticos que vão além do simples fato de ter ou não ter saúde, pois a velhice não pode ser sinônimo de doença.

Neste sentido, dois grandes erros devem ser evitados. O primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças. O segundo é tratar o envelhecimento natural como doença com base na realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência.

O maior desafio na atenção às pessoas idosas é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam





contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas.

Considerar a saúde de forma ampliada implica em dirigir as políticas de saúde no sentido de contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível e ter o envelhecimento ativo e saudável como seu principal objetivo.

(3)



Precauções no Tratamento Medicamentoso em Idosos

Devido à alta prevalência de doenças crônico-degenerativas, o processo de envelhecimento é acompanhado por uma maior demanda pelos serviços de saúde e por medicamentos, o que predispõe grandemente a população geriátrica aos riscos da prática de polifarmácia e aos efeitos adversos dos medicamentos.

As mudanças nas funções fisiológicas dos idosos devem ser consideradas, pois levam a uma farmacocinética diferenciada e maior sensibilidade tanto aos efeitos terapêuticos quanto adversos das drogas.

Prescrever adequadamente medicamentos para o idoso exige: (a) considerar o estado clínico geral do paciente; (b) minimizar o número de drogas a serem administradas (evitar interações medicamentosas e reações adversas); (c) iniciar com pequenas doses e adequar conforme a resposta; (d) evitar ao máximo o uso de medicamentos considerados impróprios pela literatura médica e científica (se estritamente necessário, usar com cautela e monitoramento constante).

Além dos aspectos acima, lembrar que medicamentos e exames desnecessários consomem recursos e gastos também desnecessários. Neste aspecto, os médicos de família e demais profissionais da Atenção Primária/Saúde da Família tem papel especial na coordenação do cuidado, advogando em nome dos interesses e da saúde dos usuários. (4)



Precauções no Tratamento Medicamentoso em Idosos

Além dos aspectos acima, lembrar que medicamentos e exames desnecessários consomem recursos e gastos também desnecessários. Neste aspecto, os médicos de família e demais profissionais da Atenção Primária/Saúde da Família tem papel especial na coordenação do cuidado, advogando em nome dos interesses e da saúde dos usuários. (4)



de certas
no doença
necessários,
facilmente

conseguir
e possam
ua própria
e aumenta
familiar e
valor das

dirigir as
is pessoas
de possível
al objetivo.



Medicamentos Considerados Impróprios para o Consumo

Quadro: Medicamentos considerados impróprios para o consumo por idosos e suas principais características: (5)

Medicamentos	Justificativas para inapropriação
Agentes sedativos Benzodiazepínicos de longa ação (diazepam e flurazepam)	Possuem meia-vida longa em idosos. Estão associados com sedação durante o dia e aumento do risco de quedas e fraturas ósseas
Agentes antidepressivos Amitriptilina	Efeitos anticolinérgicos e hipotensão ortostática são maiores que os de outros antidepressivos tricíclicos
Antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) Indometacina Fenilbutazona	Efeitos adversos sobre o sistema nervoso central Elevado risco de ocasionar agranulocitose
Hipoglicemiantes orais Clorpropamida	Meia-vida longa podendo causar hipoglicemia prolongada; risco de causar síndrome da secreção inadequada do hormônio antidiurético
Agentes analgésicos Propoxifeno	Baixa potência analgésica; pode causar dependência, sedação e confusão; pode causar toxicidade cardíaca e sobre o SNC.
Pentazocina	Causa os maiores efeitos adversos no sistema nervoso

de certas
no doença
necessários,
facilmente

conseguir
ue possam
ua própria
e aumenta
familiar e
valor das

dirigir as
is pessoas
le possível
al objetivo.



menu ▾

Pentazocina	Causa os maiores efeitos adversos no sistema nervoso central, incluindo confusão e alucinações
Inibidores de agregação plaquetária Dipiridamol	Causa cefaléia, vertigem e distúrbios do SNC; doses toleradas por idosos possuem eficiência questionável
Drogas cardiovasculares Disopiramida	Efeito inotrópico negativo, podendo induzir falência cardíaca; também possui efeitos anticolinérgicos fortes.
Digoxina	Pela depuração renal diminuída, doses raramente devem exceder 0,125 mg/dia, exceto quando para tratamento de arritmias atriais.
Metildopa	Metildopa pode causar bradicardia e exacerbar depressão.
Reserpina	Elevado risco de ocasionar depressão, impotência, sedação e hipotensão ortostática.
Relaxantes musculares Carisoprodol, Ciclobenzaprina e Clorzoxazona	Pouco tolerados por idosos, levando a efeitos adversos anticolinérgicos; a efetividade dos mesmos

x

de certas
no doença
necessários,
facilmente

conseguir
que possam
sua própria
e aumenta
familiar e
valor das

dirigir as
is pessoas
le possível
al objetivo.



menu ▾

Relaxantes musculares Carisoprodol, Ciclobenzaprina e Clorzoxazona	Pouco tolerados por idosos, levando a efeitos adversos anticolinérgicos; a efetividade dos mesmos nas doses toleradas pelos idosos é questionável
Agentes antiespasmódicos Hioscina, Propantelina e Dicyclomina	Pouco tolerados por idosos, levando a efeitos adversos anticolinérgicos; a efetividade dos mesmos nas doses toleradas pelos idosos é questionável
Drogas antieméticas Trimetobenzamida	É a droga antiemética menos efetiva em idosos, e ainda pode causar efeitos extrapiramidais.
Antihistamínicos Difenidramina, Prometazina e Dexclorfeniramina	Propriedades anticolinérgicas potentes. Preparações para tosse e resfriado que não apresentam anti-histamínicos são preferíveis

x

de certas
no doença
necessários,
facilmente

conseguir
que possam
ua própria
e aumenta
familiar e
valor das

dirigir as
is pessoas
de possível
al objetivo.



As repercussões das mudanças na vida afetiva e familiar na atenção ao idoso

Deve-se evitar uma visão estereotipada e preconceituosa do envelhecimento, assim como é importante reconhecer nossas dificuldades em lidar com a idéia de finitude, de perda de vitalidade ou de desamparo social e/ou familiar que podem envolver a atenção ao idoso.

Importante reconhecer momentos de transferência onde os idosos podem ver na atenção do profissional aquela que esperava de seus familiares, assim como os momentos em que os profissionais trazem suas experiências e sentimentos para guiar a relação terapêutica.

A oferta de um cuidado integral, que busca a ampliação da autonomia e da qualidade de vida do idoso e de seus familiares, demanda ao profissional reconhecer as implicações afetivas devido a mudanças na vida decorrentes dos contextos familiares e sociais, pelas situações de adoecimento e de fragilidade ocasionadas pelo envelhecimento.

Deve-se observar que mudanças na vida, aparentemente inofensivas aos nossos olhos, podem ter grandes repercussões na saúde do idoso. Conflitos familiares e intergeracionais, adoecimento do cuidador, morte de um amigo ou companheiro(a), mudança de moradia, perda de independência, alterações na renda, são situações do cotidiano que podem causar desequilíbrios no humor, cognição, mobilidade ou no controle de agravos crônicos.

de certas
no doença
necessários,
facilmente

conseguir
ue possam
ua própria
e aumenta
familiar e
valor das

dirigir as
is pessoas
de possível
al objetivo.



de independência, alterações na renda, são situações do cotidiano que podem causar no doença desequilíbrios no humor, cognição, mobilidade ou no controle de agravos crônicos. necessários,

É importante estar atento para as repercussões no psiquismo causadas por mudanças facilmente físicas ou pelas intervenções médicas que podem representar limitações na autonomia e conseguir sentimentos de perda, luto ou mesmo de depressão nos idosos. Atentar, ainda, que situações que parecem simples como um tratamento dentário, realização de exames diagnósticos, uso de e possam medicamentos, de próteses dentárias ou auditivas são exemplos de intervenções que podem ter sua própria significados muito complexos e serem difíceis para os idosos seguirem, aceitarem ou se e aumenta adaptarem.

Não existem fórmulas prontas para lidar com tal complexidade na atenção, mas princípios familiar e valor das como o desenvolvimento de uma escuta ativa e uma atenção continuada e compartilhada da dirigir as equipe, tanto para com o idoso como para seus familiares. is pessoas de possível al objetivo.



UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ANDREA E EURIDES CONVERSAM COM ANA SOBRE A VISITA AO SR. FRANCISCO.



QUE BOM TE ENCONTRAR! ESTAMOS VOLTANDO DA CASA DO SR FRANCISCO, ELE VEIO MORAR COM O FILHO APÓS FICAR VIÚVO E PARECE ESTAR COM MUITOS PROBLEMAS DE SAÚDE.



ANA VOCÊ ACHA QUE O FATO DE SR. FRANCISCO TER FICADO VIÚVO PODE ESTAR ALTERANDO SEU COMPORTAMENTO? O NETO DIZ QUE ELE NÃO DROME DIREITO E CADA VEZ FICA MAIS TRISTE.



É BEM PROVÁVEL. A SOLIDÃO COM A MORTE DA ESPOSA E A INSEGURANÇA COM A MUDANÇA DE AMBIENTE SÃO IMPORTANTES. MAS, TEMOS QUE ESTAR ATENTOS A PROBLEMAS FÍSICOS QUE TAMBÉM PODEM AFETAR SEU COMPORTAMENTO. ELE É ACOMPANHADO EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE?



PARECE QUE NÃO. O FILHO LEVOU ELE NA UPA E DERAM MUITOS MEDICAMENTOS.



E A CONVERSA CONTINUA...



O NETO ACHA QUE ELE FICOU MAIS CAÍDO COM OS REMÉDIOS.



AS MODIFICAÇÕES DO HUMOR E DO COMPORTAMENTO PODEM SER INFLUENCIADAS PELO LUTO, PELA SOLIDÃO, MAS TAMBÉM POR UM QUADRO INFECCIOSO OU MESMO SER PROVOCADO POR ALGUM DOS MEDICAMENTOS QUE ELE ESTÁ TOMANDO.



A FALTA DE CONTINUIDADE NA ATENÇÃO AO IDOSO PODE SER MUITO IATROGÊNICA. UMA DAS CONSEQUÊNCIAS PODE SER A POLIFARMÁCIA OU UMA AVALIAÇÃO ERRADA DAS ALTERAÇÕES QUE O IDOSO APRESENTA.



É ISSO MESMO ANDRÉA. SÃO FREQUENTES CASOS DE QUEDAS OU ALTERAÇÕES DE COMPORTAMENTO DEVIDO A MEDICAMENTOS USADOS EM IDOSOS.



NA TARDE DAQUELE MESMO DIA, A EQUIPE FOI SURPREENDIDA COM A CHEGADA DO SR. FRANCISCO NA UNIDADE TRAZIDO PELO FILHO ANTONIO E PELO NETO.

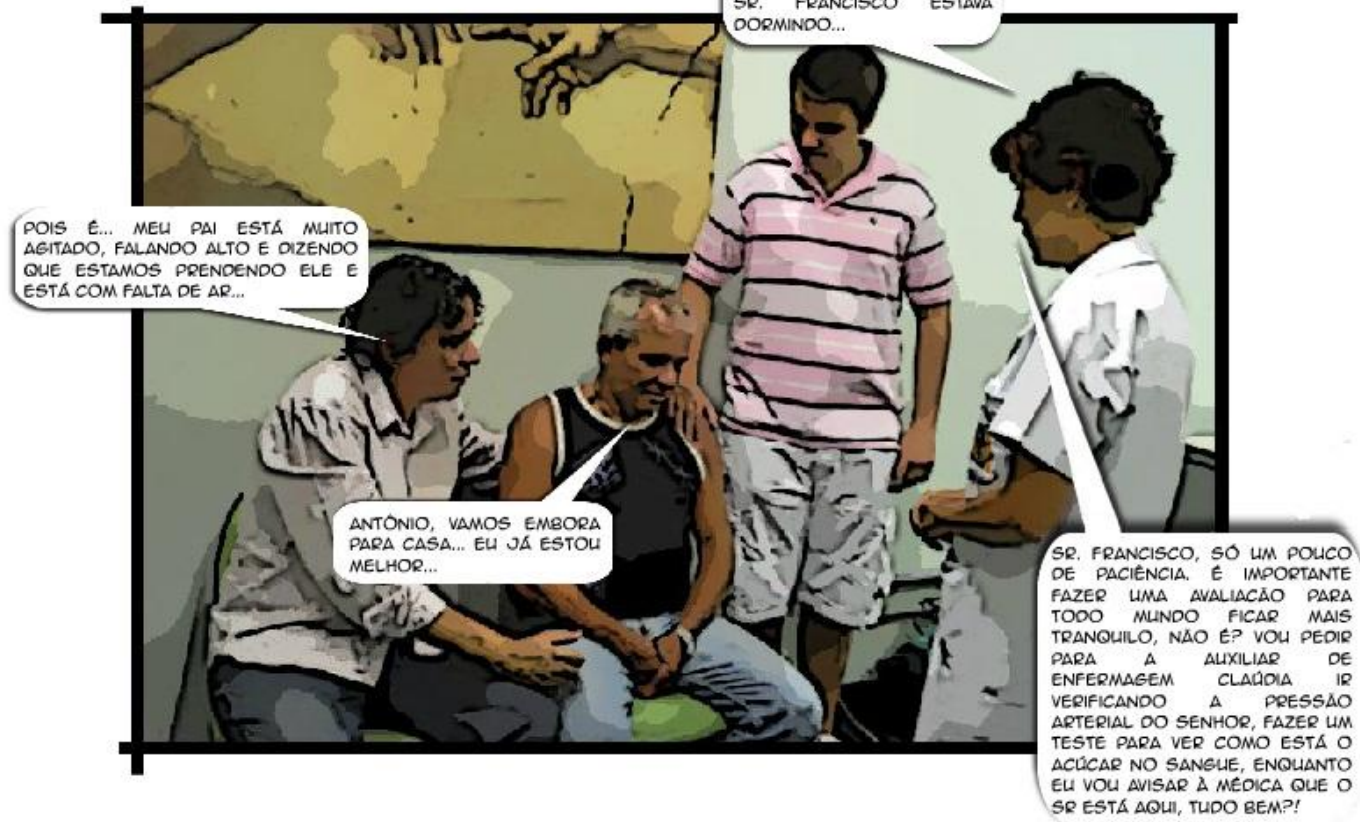
UM POUCO DEPOIS QUE VOCÊS SAÍRAM MEU AVÔ ACORDOU MUITO AGITADO, FALANDO COISAS ESQUISITAS, ENTÃO EU TELEFONEI PARA O MEU PAI AVISANDO E PEDINDO AJUDA...

O QUE HOLIVE JOÃO?

ESTOU PREOCUPADO, ELE DISSE QUE: *ESTÁ SE SENTINDO ABAFADO*. PREFERI TRAZER AQUI, POR QUE LÁ NA UPA É TUDO MUITO RÁPIDO... AQUI, VOCÊS PODEM FAZER UMA FICHA E ACOMPANHAR ELE DIRETINHO, NÃO É?

COM CERTEZA, SR. ANTONIO. ENTREM AQUI E QUE EU JÁ VOLTO. VOU CHAMAR A ENFERMEIRA ANDREA.





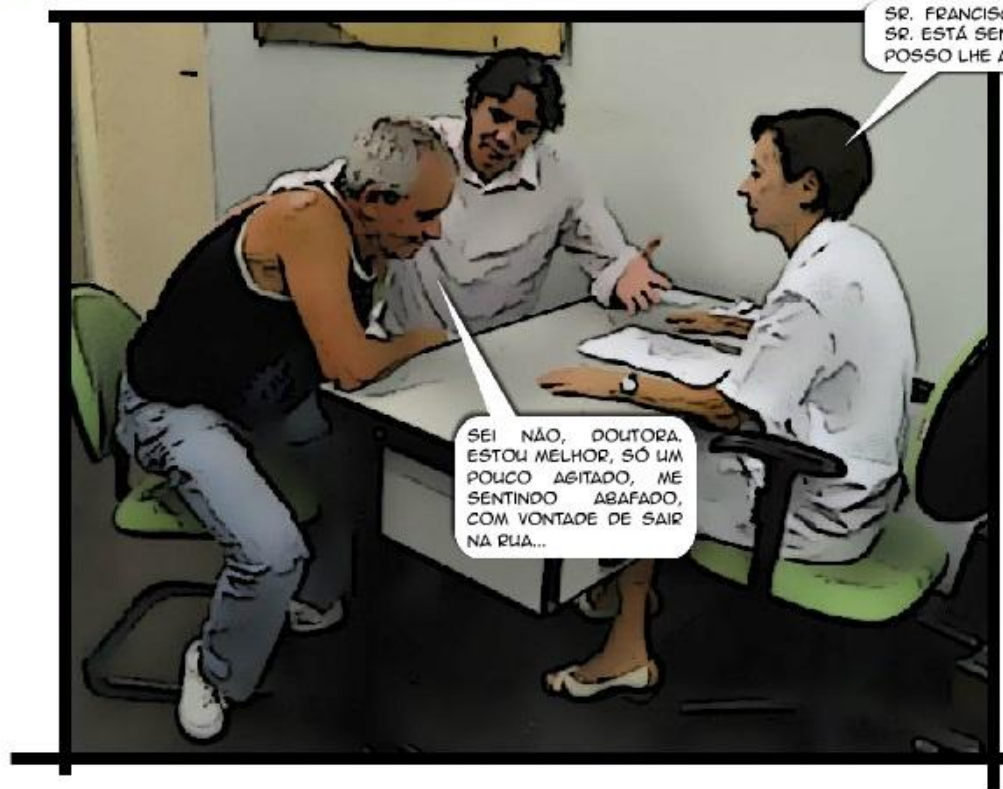
ANDREA EXPLICA A SITUAÇÃO À MÉDICA QUE, CONSIDERANDO A IDADE E OS SINTOMAS, DECIDE ATENDÊ-LO EM CARÁTER DE URGÊNCIA, EXPLICANDO PARA OS OUTROS PACIENTES QUE A AGUARDAVAM E SOLICITANDO A COMPREENSÃO DE TODOS.



A PRESSÃO DO SR. FRANCISCO ERA 170 X 90MM HG, O HGT (GLICEMIA CAPILAR: HEMO GLUCO TESTE) = 128.



NO CONSULTÓRIO...



SR. FRANCISCO O QUE O SR. ESTÁ SENTINDO? COMO POSSO LHE AJUDAR?

SEI NÃO, DOUTORA. ESTOU MELHOR, SÓ UM POUCO AGITADO, ME SENTINDO ABAFADO, COM VONTADE DE SAIR NA RUA...

SR. FRANCISCO LEVANTA E TENTA CAMINHAR PARA A PORTA. DEAMBULA COM UM POUCO DE DIFICULDADE, APRESENTA-SE EMAGRECIDO, O OLHAR MEIO DISTANTE...



Cuidando do Idoso



COM A AJUDA DE ANTONIO, O SR FRANCISCO VOLTA A SENTAR.

SR. FRANCISCO, DEIXA EU EXAMINAR O SR... DEPOIS O SENHOR VAI EMBORA...



ANA OBSERVOU QUE SR FRANCISCO ESTAVA CONFUSO, AGITADO, IRRITADO, TROCANDO ALGUNS NOMES E DATAS.

AO EXAME CLÍNICO PERCEBEU QUE ELE TINHA PERDIDO PRATICAMENTE TODOS OS DENTES, RESTANDO APENAS ALGUNS FRAGMENTOS EM ARCADEA INFERIOR E A MUCOSA ORAL E A LÍNGUA SEM HIGIENE ADEQUADA. NO APARELHO RESPIRATÓRIO HAVIA DIMINUIÇÃO GENERALIZADA DO MURMÚRIO VESICULAR E RONCOS COM SIBILOS NA BASE DO HEMITÓRAX DIREITO.

ANA PEDIU QUE CLÁUDIA APLICASSE UMA NEBULIZAÇÃO COM BRONCODILATADOR. ANDRÉA ACOMPANHOU O PROCEDIMENTO E OBSERVOU QUE SEU FRANCISCO FOI FICANDO MAIS TRANQUÍLO E MENOS CANSADO. ANA SOLICITOU EXAMES DE SANGUE E RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PRESCREVEU ANTIBIOTICOTERAPIA. FOI SUSPENSO O BENZODIAZEPÍNICO QUE HAVIA SIDO PRESCRITO NA UPA E EXPLICADO AO FILHO ANTONIO QUE SE ELE FICASSE MAIS CANSADO DEVERIA SER LEVADO A UMA EMERGÊNCIA. FICOU COMBINADO AINDA QUE ANDREA FARIA UMA VISITA DOMICILIAR NO DIA SEGUINTE PARA VER SE ELE ESTAVA MELHOR.

COM A AJUDA DE ANTONIO, O SR FRANCISCO VOLTA A SENTAR.

SR. FRANCISCO, DEIXA EU
EXAMINAR O SR... DEPOIS
O SENHOR VAI EMBORA...



CUIDANDO DO IDOSO...
SAÚDE EM PRÁTICA!

ANA OBSERVOU QUE SR FRANCISCO ESTAVA CONFUSO, AGITADO, IRRITADO, TROCANDO ALGUNS NOMES E DATAS.

AO EXAME CLÍNICO PERCEBEU QUE ELE TINHA PERDIDO PRATICAMENTE TODOS OS DENTES, RESTANDO APENAS ALGUNS FRAGMENTOS EM ARCADEA INFERIOR E A MUCOSA ORAL E A LÍNGUA SEM HIGIENE ADEQUADA. NO APARELHO RESPIRATÓRIO

... CONTINUIÇÃO GENERALIZADA DO VESICULAR E RONCOS COM BASE DO HEMITÓRAX DIREITO.

... DIU QUE CLÁUDIA APLICASSE UMA ... COM BRONCODILATADOR. COMPANHOU O PROCEDIMENTO E ... QUE SEU FRANCISCO FOI FICANDO

FECHAR

... MUILO E MENOS CANSADO. ANA SOLICITOU EXAMES DE SANGUE E RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PRESCREVEU ANTIBIOTICOTERAPIA. FOI SUSPENSO O BENZODIAZEPÍNICO QUE HAVIA SIDO PRESCRITO NA UPA E EXPLICADO AO FILHO ANTONIO QUE SE ELE FICASSE MAIS CANSADO DEVERIA SER LEVADO A UMA EMERGÊNCIA. FICOU COMBINADO AINDA QUE ANDREA FARIA UMA VISITA DOMICILIAR NO DIA SEGUINTE PARA VER SE ELE ESTAVA MELHOR.





Avaliação Funcional da Pessoa Idosa na APS

A abordagem do idoso visando não apenas sua longevidade, mas a promoção de sua qualidade de vida implica na avaliação de questões como o grau de autonomia, de independência ou de incapacidades que são decorrentes do próprio processo de envelhecimento, e/ou de agravos sofridos pelo indivíduo ou ainda de alterações estruturais e funcionais do idoso adquiridas em decorrência do trabalho, ambiente e meio sociocultural em que o idoso vive.

Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos, comprometendo cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos.

A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função da equipe de saúde, em



postergá-la passa a ser uma função da equipe de saúde, em especial na Atenção Primária, pois o cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família.

É nesse contexto que a denominada "avaliação funcional" torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a efetividade e a eficiência das intervenções propostas.

Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa

A Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa faz uma síntese da estrutura da avaliação multidimensional da pessoa idosa que poderá ser realizada nas Unidades de Atenção Primária para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas. Indica, quando necessário, a utilização de outros instrumentos mais complexos.

No entanto, qualquer instrumento tem limitações e, por si só, não é suficiente para o diagnóstico. Deve ser tomado como complementar e não utilizado de forma mecânica.

Nada substitui a escuta qualificada realizada por profissional de saúde habilitado e a investigação de todos os aspectos (familiares, sociais, culturais, econômicos, afetivos, biológicos, etc) que envolvem a vida da pessoa idosa.

Os problemas identificados neste rastreamento, caso não sejam adequadamente tratados, podem conduzir a situações de incapacidade severa, imobilidade, instabilidade, incontinência, declínio cognitivo - colocando o idoso em risco de iatrogenia.



saúde, em
dosa deve
família.
funcional”
óstico, um
ervirão de
necessários
a outros
terminar a



Quadro de Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa

Não deixe de acessar o QUADRO DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA. Ele é uma ferramenta importante na sua prática clínica no cuidado desta população. Também, estão disponibilizados nas referências bibliográficas outros instrumentos de avaliação como a ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK (forma reduzida), o TESTE DE MINIMENTAL, para avaliação de déficit cognitivo, e as ESCALAS DE LAWTON E KATZ para avaliar capacidades funcionais e instrumentais para realizar as atividades da vida diária. Sugerimos que você imprima estes instrumentos e tenha sempre disponível no seu consultório e na unidade de saúde.

Área avaliada	Avaliação Breve	Encaminhamentos
Nutricional	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).
Visão	Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade da vida diária devido à	Se houver incapacidade de ler além de 20/40 no cartão de Jaeger, encaminhar ao oftalmologista.

saúde, em
dosa deve
família.
funcional"
óstico, um
ervirão de
ecessários
a outros
terminar a



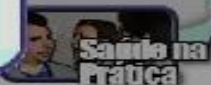
menu ▾



Visão	Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido à visão? 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: _____ Se não, verificar a presença de cerume. OD: _____ OE: _____	Na ausência de cerume e caso a pessoa idosa não responda ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.
Incontinência	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 de incontinência urinária
Atividade sexual	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

x

saúde, em
dosa deve
amília.
funcional”
óstico, um
ervirão de
ecessários
a outros
terminar a



menu ▾



Atividade sexual	Sr/a tem algum problemas 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	Sr/a se sente triste ou desanimado/a frequentemente?	Se sim, Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica.
Cognição e memória	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa, Maça e Dinheiro. Após 3 minutos pedir que os repita.	Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o Mini-mental. Complementando esse, pode ser aplicado o teste do Relógio, Teste de Fluência Verbal e o Questionário de Pfeffer. Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.
Função dos membros superiores	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 mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	Incapacidade de realizar o teste - fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
Função dos membros inferiores	Ver se a pessoa idosa é capaz de: - Levantar da cadeira: ____ - Caminhar 3,5m: _____	Incapacidade de realizar o teste - fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar escala de avaliação do equilíbrio e da

x

saúde, em
dosa deve
família.
funcional”
diagnóstico, um
servirão de
necessários
a outros
terminar a



menu ▾



Função dos membros inferiores	<p>Ver se a pessoa idosa é capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levantar da cadeira: ____ - Caminhar 3,5m: ____ - Voltar e sentar: ____ <p>Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.</p>	<p>Incapacidade de realizar o teste - fazer exame completo dos 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).</p>
Atividades diárias	<p>Sem auxílio, o Sr/a é capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sair da cama? ____ Vestir-se? ____ Preparar suas refeições? ____ - Fazer compras? ____ - Se não for maior determinar as razões da incapacidade. - Comparar limitação física com motivação e solicitar informações junto aos familiares ou cuidadores 	<p>Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar de avaliação de Medida de Independência Funcional, escala de Katz e escala de Lawton.</p>
Domicílio	<p>Na sua casa há:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escadas? ____ - Tapetes soltos? ____ - Corrimão no banheiro? ____ 	<p>Sim para escada ou tapete e Não para corrimão - Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias</p>
Quedas	<p>Quantas vezes? ____</p>	<p>Orientar prevenção de quedas</p>
Suporte social	<p>- Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou</p>	<p>Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de</p>

x

saúde, em
dosa deve
amília.
funcional”
óstico, um
ervirão de
necessários
a outros
terminar a



menu ▾

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
Quedas	Quantas vezes? ____	Orientar prevenção 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 agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a. Realizar APGAR de família.



saúde, em
dosa deve
família.
funcional”
óstico, um
ervirão de
ecessários
a outros
erminar a



Vacinação de Idosos

Recomenda-se uma dose anual da vacina contra influenza no outono. Idosos com mais de 60 anos devem também receber ao menos uma dose de vacina anti-pneumocócica durante a vida. Os idosos institucionalizados e não vacinados deverão receber uma dose da vacina e outra após cinco anos da primeira, caso a indicação persista.

A vacina dupla adulto (dT – contra difteria e tétano) deve ser administrada a cada dez anos podendo ser reforçada em cinco anos no caso de ferimentos considerados “sujos” ou infectados.



saúde, em
dosa deve
família.
funcional”
óstico, um
ervirão de
necessários
a outros
terminar a



Saúde na
Prática

Delirium no Idoso

O *delirium* é uma emergência geriátrica e, ao mesmo tempo, o distúrbio psiquiátrico mais comum em pacientes idosos hospitalizados. Raramente é diagnosticado e/ou tratado. Na maioria das vezes é confundido com depressão, demência ou psicose.

Delirium pode ser considerada uma síndrome que se inicia subitamente, tem curso flutuante e se manifesta por comprometimento global das funções cognitivas, distúrbio da atenção e do ciclo sono-vigília e atividade psicomotora anormalmente elevada ou reduzida.⁽¹⁾

Em sua quase totalidade, o *delirium* é secundário a doença física, intoxicação medicamentosa e abstinência a hipnosedativos, álcool ou outra droga de abuso.

Na maioria das vezes é confundido com depressão, demência ou psicose. Estudos mostram que a até 70% dos pacientes idosos com *delirium* não são diagnosticados. O seu pronto reconhecimento conduz à imediata investigação, no sentido de se identificar precocemente a causa básica, salvando vidas.

A palavra *delirium* define um estado de confusão mental aguda potencialmente reversível. No idoso, a forma mais comum de apresentação de delirium é a hipoativa, com sonolência ou torpor, por isso mesmo raramente diagnosticada. Nessas situações, geralmente são os familiares os primeiros a perceberem as primeiras alterações do estado mental do paciente.

Freqüentemente *delirium* se associa a distúrbio do ciclo sono-vigília às vezes com



saúde, em
dosa deve
família.

funcional”
óstico, um
ervirão de
necessários
a outros
terminar a



Delirium no Idoso

Freqüentemente, *delirium* se associa a distúrbio do ciclo sono-vigília, às vezes com completa reversão, sonolentos durante o dia e, à noite, agitados e com dificuldade para dormir.

Alterações do comportamento psicomotor podem também estar presentes. Muitos pacientes ficam inquietos, tentam se levantar inoportunamente, ou realizam movimentos involuntários.

Distúrbios emocionais podem também estar presentes como ansiedade, medo, depressão, irritabilidade, raiva, disforia ou apatia. Mudanças súbitas e imprevisíveis de um estado emocional para outro podem ocorrer em alguns pacientes, enquanto outros se mantêm estáveis. A maioria dos estudos mostra que em geral, durante a noite, os sintomas emocionais e a atividade psicomotora são mais intensos ou evidentes, independentemente da etiologia do delirium.

Quarenta por cento dos pacientes demenciados apresentam delirium e 25 % dos pacientes deliriosos têm algum tipo de demência.

Delirium é uma emergência médica cujo desfecho depende da causa, da saúde em geral do paciente e das chances e rapidez do tratamento. A abordagem inicial do paciente delirioso deve centrar-se no diagnóstico e tratamento de qualquer fator causal ou contribuinte e em medidas de apoio visando as funções vitais do paciente.



saúde, em
dosa deve
amília.
funcional”
óstico, um
ervirão de
ecessários
a outros
terminar a



Delirium no Idoso

deve centrar-se no diagnóstico e tratamento de qualquer fator causal ou contribuinte e em medidas de apoio visando as funções vitais do paciente.

Todo esforço deve ser realizado para minimizar doses de medicações com efeitos no SNC, exceto no *delirium* por abstinência a sedativos ou álcool, onde a dose do benzodiazepínico (lorazepam) administrado deve ser proporcional à que foi suprimida antes da instalação da síndrome de abstinência e do *delirium*.

O paciente com *delirium* hipoativo, calmo, quieto não requer tratamento específico. Entretanto, muitos pacientes com *delirium* hiperativo, agitado, põem em risco sua própria saúde e a dos demais, dificultam a abordagem diagnóstica e terapêutica e sobrecarregam as equipes médicas e de enfermagem. Alucinação, mesmo nos pacientes apáticos, é muito desgastante, e é melhor tratá-la precocemente, para evitar ter que recorrer à contenção química quando a agitação florir completamente.

Em se tratando de pacientes idosos debilitados e com múltiplos problemas clínicos, contenção física é quase sempre indesejável e na maioria das vezes prejudicial ao paciente. É também um atestado de insuficiência de pessoal de enfermagem ou má prática. Quando se decidir pelo seu uso seus aspectos negativos devem ser considerados e não deve ser permitida

saúde, em
dosa deve
amília.
funcional”
óstico, um
ervirão de
ecessários
a outros
erminar a



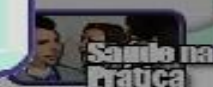
Delirium no Idoso

também um atestado de insuficiência de pessoal de enfermagem ou má prática. Quando se decidir pelo seu uso seus aspectos negativos devem ser considerados e não deve ser permitida exceto se por tempo limitado e para situações muito particulares.

Se for necessário sedar o paciente idoso a droga de escolha é o haloperidol (Haldol) 0,5 a 1,0 mg por via oral ou parenteral de 30 em 30 minutos até que o paciente fique calmo ou sedado.

Foi demonstrado que podemos reduzir a incidência global de *delirium* abordando

saúde, em
dosa deve
amília.
funcional”
óstico, um
ervirão de
necessários
a outros
terminar a



ANA E ANDREA DISCUTEM O PROJETO TERAPÊUTICO PARA O SR. FRANCISCO.



O QUE VOCÊ ACHOU DO SR. FRANCISCO?



ELE ESTAVA CONFUSO, PORÉM RESPONDEU ÀS PERGUNTAS QUE AVALIAVAM GROSSEIRAMENTE SUA COGNICÃO. PODE SER QUE A AGITAÇÃO E A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO TENHAM SIDO PROVOCADAS PELO DIAZEPAM E PELA INFECÇÃO RESPIRATÓRIA QUE PIOROU A INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÔNICA.



PRECISAREMOS AVALIAR MELHOR A FRAGILIDADE DELE E APOIAR ESTA FAMÍLIA PARA QUE ELA POSSA ENFRENTAR ESTA NOVA SITUAÇÃO DE VIDA.



CONCORDO COM VOCÊ. ACHO QUE NA SUA VD ALÉM DE AVALIAR O ESTADO DELE PODERÁ AJUDA-LOS A ORGANIZAR O SUPORTE FAMILIAR PARA O SR. FRANCISCO.



NO DIA SEGUINTE...

ANDREA E EURIDES VÃO À CASA DO SR FRANCISCO.



APÓS A CONVERSA ELAS FORAM VER O SR FRANCISCO QUE AS RECONHECEU. ELE ESTAVA COM UM POUCO DE FALTA DE AR QUANDO FALAVA MUITO.

ESTAMOS MUITO PREOCUPADOS. ELE PARECE TER FICADO MEIO RUIM DAS IDEIAS. NÃO SABEMOS COMO VAMOS FAZER PARA CUIDAR DELE. EU E O ANTONIO TEMOS QUE TRABALHAR E O JOÃO NÃO PODE PERDER AS AULAS.

ACREDITAMOS QUE O COMPORTAMENTO DELE VÁ MELHORAR AOS POUCOS, A MEDIDA QUE ELE SE ADAPTA À NOVA CASA E MELHORAR DA PNEUMONIA.

POR ENQUANTO, ELE PRECISA DE TER COMPANHIA, TALVEZ EM ALGUMAS SEMANAS ELE FIQUE MAIS INDEPENDENTE. VOCÊ NÃO TEM NENHUM PARENTE OU VIZINHO QUE POSSA FICAR COM ELE ENQUANTO O JOÃO ESTÁ NA ESCOLA?

O ANTONIO VAI PEDIR FÉRIAS NO SERVIÇO PARA FICAR COM ELE NOS PRÓXIMOS 15 DIAS, DEPOIS VAMOS VER COMO FAREMOS.

A EQUIPE SE PROPOE A AJUDAR A ENCONTRAR UM MODO MAIS FÁCIL DE CUIDAR DO SR. FRANCISCO. E MARCAM UMA CONSULTA PARA DAQUI A 3 DIAS COM O OBJETIVO DE AVALIAR OS EXAMES QUE FORAM PEDIDOS.





NO DIA AGENDADO, ANTONIO TROUZE SEU PAI À UNIDADE DE SAÚDE. DISSE QUE O PAI HAVIA VOLTADO AO PADRÃO DE COMPORTAMENTO USUAL, ESTAVA MENOS CANSADO E SE ALIMENTANDO MELHOR.

MAS ELE AINDA FICAVA MUITO DEITADO, SEMPRE UM POUCO TRISTE E COM MOMENTOS EM QUE CONFUNDIA AS COISAS. A EQUIPE PROGRAMOU AS SEGUINTE AÇÕES: FAZER UM SCREENING PARA DEPRESSÃO, ATUALIZAR A IMUNIZAÇÃO, REAVALIAR A ALIMENTAÇÃO E ORIENTAR QUANTO AO DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES. OS FAMILIARES FORAM CONVIDADOS A PARTICIPAR DE UM GRUPO DE CUIDADORES QUE SE ENCONTRA TODA ÚLTIMA SEXTA-FEIRA DO MÊS.



NÃO PERCA NOS PRÓXIMOS EPISÓDIOS DA SEÇÃO SAÚDE EM PRÁTICA!

NO DIA AGENDADO, ANTONIO TROUXE SEU PAI À UNIDADE DE SAÚDE. DISSE QUE O PAI HAVIA VOLTADO AO PADRÃO DE COMPORTAMENTO USUAL, ESTAVA MENOS CANSADO E SE ALIMENTANDO MELHOR.

AINDA FICAVA MUITO DEITADO, MUITO TRISTE E COM MOMENTOS DE PROFUNDIDADE AS COISAS. A EQUIPE REALIZOU AS SEGUINTE AÇÕES: FAZER UM DIAGNÓSTICO PARA DEPRESSÃO, ATUALIZAR A ANAMNESE, REAVALIAR A ALIMENTAÇÃO E ORIENTAR QUANTO AO DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES. OS FAMILIARES FORAM CONVIDADOS A PARTICIPAR DE UM GRUPO DE CUIDADORES QUE SE ENCONTRA TODA ÚLTIMA SEXTA-FEIRA DO MÊS.

FECHAR





Cuidador de Idosos

O cuidador, a pessoa cuidada e a equipe de saúde

1. É importante tratar a pessoa a ser cuidada de acordo com sua idade. Os adultos e idosos não gostam e não devem ser tratados como crianças. Mesmo adoecidos ou com limitações, a pessoa a ser cuidada precisa e tem direito de saber o que está acontecendo com ele e ao seu redor e de ser incluída no meio em que vive, especialmente nas rotinas do ambiente, nas conversas.

2. O ato de cuidar é complexo. O cuidador e a pessoa a ser cuidada podem apresentar sentimentos diversos e contraditórios, tais como: raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, choro, medo da morte e da invalidez. Esses sentimentos podem aparecer juntos na mesma pessoa, o que é bastante normal nessa situação. Por isso precisam ser compreendidos, pois fazem parte da relação do cuidador com a



ser compreendidos, pois fazem parte da relação do cuidador com a pessoa cuidada e vice-versa.

3. O cuidador deve compreender que a pessoa cuidada tem reações e comportamentos que podem dificultar o cuidado prestado, como quando o cuidador vai alimentar a pessoa e essa se nega a comer ou não quer tomar banho. O cuidador deve reconhecer estas dificuldades e trabalhar seus sentimentos de frustração, sem culpar-se.

4. O estresse pessoal e emocional do cuidador imediato é bastante relevante. Esse cuidador necessita manter sua integridade física e emocional, ter horários adequados de descanso e lazer. Entender os sentimentos e aceitá-los, como um processo normal de crescimento psicológico, talvez seja o primeiro passo para a manutenção de uma boa qualidade de vida do cuidador.

5. É importante que o cuidador, a família e a pessoa a ser cuidada avaliem a situação e façam alguns acordos de modo a

menu ▾



5. É importante que o cuidador, a família e a pessoa a ser cuidada avaliem a situação e façam alguns acordos de modo a garantir o maior grau de independência possível tanto a quem cuida como para quem é cuidado. Para tanto, o cuidador e a família devem identificar as atividades que a pessoa cuidada pode fazer e quais as decisões que ela pode tomar sem causar danos à sua saúde. Também é importante conversar com outros cuidadores para trocar experiências e buscar alternativas para resolver essas questões.

Salva +

Salva +

O Serviço de Saúde e os Cuidadores

O cuidador é a pessoa designada pela família para o cuidado do idoso, quando isto for requerido. Esta pessoa, geralmente leiga, assume funções para as quais, na grande maioria das vezes, não está preparada. É importante que a equipe tenha sensibilidade ao lidar com os cuidadores. Uma das maneiras mais importantes de ajudar as pessoas é oferecer informação. As pessoas que possuem informações estão mais bem preparadas para controlar a situação em que se encontram.

O ato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde, portanto o cuidador não deve executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais de saúde, tais como: aplicações de injeção no músculo ou na veia, curativos complexos, instalação de soro e colocação de sondas, etc.

As atividades que o cuidador vai realizar devem ser planejadas junto aos profissionais de saúde e com os familiares, ficando claro o que o cuidador pode e deve desempenhar. É bom escrever as rotinas e quem se responsabiliza pelas tarefas. É importante que a equipe deixe claro ao cuidador que procedimentos ele não pode e não deve fazer, quando chamar os profissionais de saúde, como reconhecer sinais e sintomas de perigo. As ações serão planejadas e executadas de acordo com as necessidades da pessoa a ser cuidada e dos conhecimentos e disponibilidade do cuidador.



Violência Intrafamiliar e Maus Tratos Contra a Pessoa Idosa

Violência Intrafamiliar e Maus Tratos contra a pessoa idosa podem ser conceituados como: "ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano físico ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança."

A violência contra idosos se manifesta nas formas: **estrutural**, que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas expressões da pobreza, da miséria e da discriminação; **interpessoal** que se refere nas relações cotidianas; e **institucional**, que se reflete na aplicação ou omissão da gestão das políticas sociais e pelas instituições de assistência.

A violência intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. É aquela que acontece dentro da família, em casa ou fora dela, ou seja, nas relações entre os membros da comunidade familiar, formada por vínculos de parentesco natural ou civil (marido/esposa, nora/genro ou outros), por afinidade ou afetividade (amigo ou amiga que more na mesma casa).

As formas de violência não se produzem isoladamente, mas, fazem parte de uma seqüência crescente de episódios no qual o homicídio é a manifestação mais extrema



menu ▾

x

As formas de violência não se produzem isoladamente, mas, fazem parte de uma seqüência crescente de episódios no qual o homicídio é a manifestação mais extrema.

A pessoa idosa torna-se mais vulnerável à violência na medida em que apresenta maior dependência física ou mental. O convívio familiar estressante e cuidadores despreparados ou sobrecarregados tendem a agravar essa situação.

A identificação de sinais de violência contra idosos é frequentemente negligenciada no atendimento à saúde, quer pela dificuldade em identificá-los quer pela ausência de suporte formal para auxiliar tanto a(s) vítima(s) quanto os profissionais.





"Convoco os ainda jovens para que abram suas mentes e preparem seu futuro de velhos. Só assim chegarão à velhice com a dignidade e a sabedoria que torna os velhos realistas, felizes e seguros.

Seus preconceitos de hoje, se existem, os tornarão certamente velhos amargos, vítimas de si mesmos, das crenças errôneas que acumularam e deixaram que se cristalizassem.

Convoco os velhos como eu, ou mais velhos que eu, para exercerem seus direitos, esclarecer aos jovens suas posições e mostrar-lhes as verdades que viveram e que os tomaram melhores."

Cora Coralina

Referências Bibliográficas

(1) Texto extraído do Guia Prático do Cuidador MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

(2) Texto baseado no Caderno de Atenção Básica "Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa" numero 19 e do Pacto de Atenção ao Idoso 2010.

(3) Texto extraído do Caderno de Atenção Básica "Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa" numero 19 e do Pacto de Atenção ao Idoso 2010).

(4) Extraído do artigo: A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação de Otávio de Tolêdo Nóbrega, Margô Gomes de Oliveira Karnikowski. Revista Ciência e Saúde Coletiva 10 (2) 309-313, 2005.

(5) Beers et al., 1991; Stuck et al., 1994; Willcox et al., 1994; Beers, 1997 apud Nóbrega OT, Karnikowski MGO A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação Revista Ciencia e Saúde Coletiva 10 (2) 309-313, 2005.

(6) Texto extraído do Guia Prático do Cuidador MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

CRÉDITOS

COORDENAÇÃO GERAL	PAULO ROBERTO VOLPATO DIAS
COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO	CÉLIA PIERANTONI
COORDENAÇÃO EXECUTIVA	MÁRCIA RENDEIRO
COORDENAÇÃO COLEGIADA DO CURSO	MARIA INEZ PADULA (MED) CÉSAR FAVORETO (MED) MARIA ISABEL C DE SOUZA (ODONTO) RENATA ROCHA JORGE (ODONTO) SÔNIA ACIOLI (ENF) LUIZA MARA (ENF)
COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA	ELOIZA S. GOMES DE OLIVEIRA
COORDENAÇÃO DE PRODUÇÃO	MARIO JOÃO JR. ANDREA CASTRO
DESIGN DIDÁTICO	MATEUS AMARAL SERGIO AMARAL
DESIGN GRÁFICO	JOSÉ RICARDO BASÍLIO
DESENVOLVIMENTO	MARIO AUGUSTO S. DA FONSECA

GRUPO DE TRABALHO DE CONTEÚDO

MARIA INEZ PADULA (MED)
CÉSAR FAVORETO (MED)
MARIA ISABEL CASTRO DE SOUZA (ODONTO)
RENATA ROCHA JORGE (ODONTO)
KATLIN DARLEN MAIA (ODONTO)
ARIÁDINA HERINGER (ENF)
SHIRLEY SOARES DA SILVA MARINS (ENF)

ATORES

MARIO FONSECA
ANDREA CASTRO
THAÍS TRINDADE
EURIDES BENINCA
CLÁUDIA MENEZES
ANA BARBOSA
ALEXANDRE TELLES