

ELÍEZER DEIVES PICHITELI

A VULNERABILIDADE DO IDOSO PARA QUEDAS: A IMPORTÂNCIA DE
ORIENTAÇÕES E CONDUTA EM UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA

SÃO SEBASTIÃO DO PARAISO/MINAS GERAIS

2010

ELÍEZER DEIVES PICHITELI

A VULNERABILIDADE DO IDOSO PARA QUEDAS: A IMPORTÂNCIA DE
ORIENTAÇÕES E CONDUTA EM UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família, Universidade
Federal de Minas Gerais, para obtenção do
Certificado de Especialista.
Orientadora: Prof^a. Luciana Souza d'Ávila

FORMIGA/MINAS GERAIS

2010

ELIÉZER DEIVES PICHITELI

A VULNERABILIDADE DO IDOSO PARA QUEDAS: A IMPORTÂNCIA DE
ORIENTAÇÕES E CONDUTA EM UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA

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

Orientadora: Prof^ª. Luciana Souza d'Ávila

Banca Examinadora

Aprovado em _____

FORMIGA/MINAS GERAIS

2010

É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar; é melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em casa me esconder. Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver... (MARTIN LUTHER KING)

Agradeço a Deus, e tão somente a Ele, por ter me presenteado com a vida e com a oportunidade de chegar até aqui, com tamanha luta e enorme superação, sempre dando força para enfrentar os desafios independentemente dos obstáculos que surgissem, guiando minhas decisões e permanecendo firme comigo até o auge desta conquista.

RESUMO

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa que visa evidenciar a importância da orientação e cuidados da equipe multidisciplinar com idosos propensos a quedas, na Unidade Saúde da Família, contemplando as principais causas e danos à saúde relacionados a esses eventos entre os idosos, assim como as abordagens e intervenções realizadas atualmente.

Realizou-se um levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual em Saúde, Lilacs, Scielo e no Ministério da Saúde, tendo como palavras-chaves: envelhecimento, saúde do idoso; quedas em idosos; quedas em idosos e atenção básica; idosos e atenção básica. Foram utilizados, também, livros e artigos encontrados por outros meios e já de conhecimento do autor deste trabalho que se mostraram relevante ao tema.

O envelhecimento é fenômeno complexo e real para a sociedade, a qual está diante de um intenso crescimento da população idosa. Refere-se às alterações que ocorrem nos últimos anos da vida de um indivíduo, interferindo, em sua funcionalidade e reduzindo seu mecanismo de sobrevivência e autonomia. Com todas as alterações desse processo, várias conseqüências para a saúde e integridade física dos idosos são apontadas, sendo uma delas, as quedas, devido a fatores intrínsecos ou extrínsecos, que podem levar a sérias complicações e apresentarem um relevante problema pessoal e social, pois geram custos altos aos serviços de saúde do país. Independente da gravidade da lesão pós-queda, as seqüelas podem ser devastadoras, podendo levar o indivíduo idoso da incapacidade, a injúria e até a morte.

As quedas nos idosos se mostram um problema de saúde pública uma vez que, essa parcela populacional, crescente, apresenta uma associação de fatores relacionados à sua ocorrência, demonstrando, assim, a importância em se adotar o quanto antes medidas preventivas e curativas, tanto individuais quanto coletivas, de maneira multidisciplinar, para promover a saúde dos mesmos. A equipe da Atenção Básica precisa estar sempre atenta ao bem-estar, à funcionalidade e à independência, do indivíduo idoso, visando um melhor atendimento aos agravos que a senescência desencadeia.

Palavras-chaves: envelhecimento, saúde do idoso; quedas em idosos; quedas em idosos e atenção básica; idosos e atenção básica.

ABSTRACT

This study is a literature review, which aims to highlight the importance of information giving and care to elderly leaning to falls by a multidisciplinary team, in the Family Health Unit. It covers the main causes and health damages related to these events among the elderly, and current approaches and interventions.

It was conducted a literature review in the Virtual Health Library, Lilacs, SciELO and Ministry of Health by using the keywords: aging, elderly health, falls in the elderly; falls in the elderly and primary care, elderly and primary care. Were also used relevant books and articles found by other means and known by the author.

Aging is a complex and real phenomenon to society, which is facing an intense growth of the elderly population. Refers to changes that occur in the last years of life, interfering in the functionality and reducing the autonomy and survival mechanism. With all the changes in this process, several consequences for elderly health and their physical integrity are identified, and falls are one of them. These events occur due to intrinsic or extrinsic factors, leading to serious complications and becoming an important personal and social problem due the high costs to health services in the country. Regardless of the severity of the injury after falling, the consequences can be devastating and may lead to disability, injury and even death.

Falls in the elderly have become a public health problem, since this growing part of the population presents a combination of factors related to their occurrence. This reality shows the importance of adopting preventive and curative measures, individual and collective, in a multidisciplinary way, to promote the elderly health. The Primary Care team must always be aware to elderly well-being, functionality and independence, seeking a better assistance to the senescence injuries.

Keywords: aging, elderly health, falls in the elderly; falls in the elderly and primary care, elderly and primary care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	12
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
3.1. O processo de envelhecimento	13
3.2. Quedas em Idosos	16
3.3. Quedas em Idosos: um problema de Saúde Pública	20
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
5. REFERÊNCIAS	27
ANEXO 1 – Diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso - Portaria n.º 1.395/GM	30

1. INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é evidenciar a importância da orientação e cuidados da equipe multidisciplinar com idosos propensos a quedas na Unidade Saúde da Família (UBS). Trata-se de uma revisão da literatura narrativa, a qual buscou contemplar as principais causas e danos à saúde relacionados a esses eventos entre os idosos, assim como as abordagens e intervenções realizadas atualmente.

A escolha do tema se originou da experiência do autor deste trabalho em uma Unidade de Saúde da Família, no município de São Sebastião do Paraíso - MG, onde foi observado um alto índice de quedas na população idosa do seu setor. Tal escolha se deu por meio do grande fluxo de visitas realizadas, onde foi sentida a intensa necessidade de atenção para essa parcela da sociedade, por se tratar de clientela que necessita de orientações.

A velocidade no processo de envelhecimento da população brasileira é devido à transição de alta mortalidade e fecundidade, para baixa mortalidade e, gradualmente, fecundidade. Essa mudança gera um desafio para autoridades sanitárias, as quais terão que vencer essa nova situação (BANDEIRA *et al.*, 2007).

No envelhecimento normal, ocorrem alterações do controle motor, de aspectos cognitivos e neurológicos, considerados fisiológicos. O indivíduo idoso pode apresentar alterações naturais, tais como: redução da habilidade, juntamente com lentidão; aumento da resposta dos reflexos profundos; declínio no desempenho de tarefas de atenção; aumento do tempo de reação; presença de alguns reflexos primitivos e de sinais extrapiramidais leves; alterações de fala; entre outras. Além disso, mesmo nos idosos não-sedentários, há perda de força e massa muscular estimada em 35% a 40%, entre os 20 e 80 anos de idade (KATO; RADONOVIC, 2007).

Tais alterações, associadas ou não a outros problemas, predis põem os idosos a quedas, pois reduzem a capacidade de reação gerada pela lentidão em suas atividades. As quedas em indivíduos idosos, particularmente nas pessoas acima de 65 anos, são eventos que têm chamado a atenção dos profissionais e pesquisadores da área da gerontologia, devido à frequência com que ocorrem, e às suas conseqüências, que variam de lesões mais simples,

à perda funcional ou morte, constituindo uma importante causa de morbidade e mortalidade nessa faixa etária (DIOGO *et al.*, 2004; GUCCIONE; FIGUEIREDO, 2002).

No estudo de Perracini e Ramos (2002), por exemplo, foi verificada uma prevalência de quedas de 31% em 1667 idosos, sendo que desses, aproximadamente 5% sofreram fraturas ósseas. Em outro estudo, Fabrício *et al.* (2004), evidenciaram que entre 50 idosos internados devido a quedas em um hospital público, 64% sofreram fraturas, sendo as mais freqüentes as do fêmur. A principal conseqüência das quedas foi o aumento de dificuldade e de dependência para realização das atividades da vida diária (AVD's).

Em dados mais recentes, observa-se que no ano de 2009, 9.182 pessoas com 60 anos ou mais foram hospitalizadas devido a quedas em Minas Gerais, sendo 60% mulheres. Quanto à mortalidade, no ano de 2007, 456 pessoas morreram em Minas Gerias em decorrência de quedas (BRASIL, 2010a; b).

Na tentativa de combater esse problema e outros relacionados ao processo de envelhecimento, normal ou não, o Ministério da Saúde instituiu e implantou em 1999 a Política Nacional de Saúde do Idoso (Anexo 1), a qual tem como finalidade a promoção do envelhecimento saudável, manutenção/melhoria da capacidade funcional do idoso, prevenção de doenças e recuperação da saúde, assim como sua reabilitação quando a funcionalidade está restringida, garantindo-lhes a permanência no meio que vivem de forma independente (BRASIL, 1999; SILVESTRE; NETO, 2003).

O principal campo para a prática dessa política é a Atenção Básica à Saúde, principalmente por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), nas Unidades Básicas de Saúde, onde se dá o vínculo com o sistema de saúde e o cuidado comunitário ao idoso, baseado na interação com a família (SILVESTRE; NETO, 2003).

O PSF é uma estratégia do Ministério da Saúde, adotada em 1994, que vem sendo implantada em todo o país com o objetivo de reorientar o modelo assistencial, visando à promoção, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação (MARIN *et al.*, 2007). Segundo o Ministério da Saúde, quando funcionando adequadamente, as UBS resolvem 85% dos

problemas de saúde da comunidade, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando sua qualidade de vida (BRASIL, 2005).

No entanto, Starfield (2002) ressalta que a Atenção Primária à Saúde é complexa e ampla em diversos aspectos para que se possa ter uma intervenção com efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, evidenciando a necessidade da atuação de equipes multidisciplinares e da família.

Visando lidar com essa complexidade e ampliar a cobertura das ações da Atenção Primária, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas, como psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, educador físico, terapeuta ocupacional, entre outros, para atuarem em conjunto com o PSF (BRASIL, 2010c).

O trabalho das equipes da Saúde da Família é o elo para a busca permanente de comunicação e troca entre seus integrantes com o saber popular do agente comunitário de saúde. Tal trabalho é determinante sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos da comunidade, uma vez que as equipes do NASF e do PSF montarão projetos conjuntos, criando espaços para discussões sobre cuidado (BRASIL, 2010c). Assim, esses profissionais e a população acompanhada criarão vínculos que facilitará a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2005).

Silvestre e Neto (2003), por sua vez, destacam o trabalho dos profissionais da saúde voltado para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias abrangidas em um PSF. Assim, a atenção à saúde do idoso, especialmente quanto à prevenção de quedas e suas conseqüências, ganharia em qualidade e eficiência se a atuação da equipe multiprofissional for priorizada. Cabe ao profissional verificar o aumento progressivo da população idosa, com participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, abordando-os com medidas de promoção de saúde, identificação de agravos mais freqüentes e sua intervenção, assim como sua reabilitação (SILVESTRE; NETO, 2003).

No próximo capítulo, será descrito o caminho metodológico para realização desta pesquisa de revisão bibliográfica, seguido dos principais resultados encontrados e da discussão dos

mesmos. Será relatado o empenho do Sistema Único de Saúde (SUS) com o Programa Saúde da Família, assim como sua assistência à população idosa, com ênfase nos problemas das quedas nessa faixa etária, suas conseqüências e abordagens.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Realizou-se um levantamento bibliográfico de característica narrativa, no primeiro semestre de 2010, nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Lilacs e Scielo; e em sites como o do Ministério da Saúde. As palavras-chave utilizadas para a procura das referências nessas bases foram: envelhecimento, saúde do idoso; quedas em idosos; quedas em idosos e atenção básica; idosos e atenção básica.

O período de publicação das referências foi delimitado entre 2000 e 2010 para artigos originais e artigos de revisão. Documentos institucionais do Ministério da Saúde também foram considerados, sem um período definido. Foram excluídas referências que não se encontravam na língua portuguesa.

Além disso, foram utilizados livros e artigos encontrados por outros meios e já de conhecimento do autor deste trabalho, mas que se mostraram relevantes e coerentes com o tema. Sendo assim, a escolha das referências utilizadas na construção deste trabalho foi realizada através de intensa análise do material encontrado e pertinência e concordância com o tema escolhido.

Após o levantamento das referências bibliográficas, procedeu-se à leitura das mesmas, sendo utilizadas informações relevantes aos objetivos do estudo.

Como se trata de um estudo de revisão da literatura, os aspectos éticos do trabalho se encontram de acordo com os procedimentos científicos.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. O processo de envelhecimento

Antes considerado um fenômeno, o envelhecimento faz parte da realidade da sociedade. Calcula-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos no Brasil. Ao mesmo tempo, é estimado que no ano 2050, haverá cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo. Esse crescimento da população idosa tem provocado alterações profundas na sociedade (BRASIL, 2006; PICCINI *et al.*, 2006).

Assim, como o aumento no número de pessoas com idade avançada, a preocupação de especialistas na área da Gerontologia tem se concentrado nesse grupo, já que, segundo Barbosa e Nascimento (2001), a longevidade deverá ser acompanhada pela sua qualidade de vida, a qual estará totalmente relacionada ao grau de dependência e autonomia dos indivíduos idosos. Os autores ainda ressaltam que, no Brasil, o processo de envelhecimento vem em conjunto com diversas dificuldades. Homens e mulheres tornam-se envelhecidos antes dos 60 anos, uma vez que passam por uma rotina pesada para responder às necessidades financeiras. Mesmo com essas dificuldades, o número de idosos no país tem aumentado devido, principalmente, à redução da taxa de fecundidade, associada à melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, condições ambientais e residências mais adequadas (BARBOSA; NASCIMENTO, 2001).

Paralelamente à melhora das condições de saúde dos indivíduos idosos, há o desenvolvimento da legislação nesse campo no Brasil, contribuindo para a mudança na estrutura etária da sociedade. O Estatuto do Idoso, Lei 10.741 de primeiro de outubro de 2003, por exemplo, traz em seu conteúdo, além da garantia de direitos e prioridade de atendimento, objetivos de prevenção e manutenção da saúde, incluindo ações de cadastramento populacional, atendimento domiciliar, internação, caso necessário, e fornecimento de medicamentos e órteses/próteses para reabilitação física (BRASIL, 2003; PICCINI *et al.*, 2006).

O envelhecimento é algo complexo, sendo considerado um processo que ocorre ao longo de toda a vida. Diversos são os conceitos de envelhecimento, variando de acordo com a

visão social, econômica e com a independência e qualidade de vida do idoso (BANDEIRA *et al.*, 2007). Refere-se às alterações e desgastes que ocorrem nos últimos anos da vida do indivíduo, interferindo, progressivamente, na sua condição funcional e reduzindo o mecanismo de manter a sobrevivência. Pode-se dizer que o envelhecimento é um conjunto de processos que vem com o tempo, sendo altamente variável e individualizado (GUCCIONE; FIGUEIREDO, 2002 e NUNES *et al.*, 2009).

Esse processo ocorre logo após as fases de desenvolvimento (segunda década de vida) e de estabilização, sendo que as primeiras alterações são detectadas no final da terceira década da vida. Durante essa fase, fatores biológicos, doenças e causas externas podem influenciar a forma como acontece. O processo não é uniforme e pode-se dizer que é um conjunto de alterações estruturais e funcionais do organismo que se acumulam progressiva e especificamente com a idade (Quadro 1). Caracteriza-se como a incapacidade gradativa de manter o equilíbrio homeostático em situações de sobrecarga funcional (BANDEIRA *et al.*, 2007 e FABRICIO *et al.*, 2004).

No processo do envelhecimento normal, o indivíduo pode sofrer alterações no seu controle motor e em outros aspectos cognitivos e neurológicos, sendo consideradas fisiológicas. Pode ainda apresentar alterações consideradas normais, como lentidão em suas atividades motoras grossas, redução da habilidade nas atividades motoras finas, aumento de reflexos profundos, declínio no desempenho de tarefas onde exija atenção, principalmente relacionadas a tarefas motoras, alterações de linguagem e outras. O sedentarismo também é um fator de suma importância que acelera o processo normal do envelhecimento, deixando o organismo do indivíduo mais suscetível a adquirir doenças e estabelecer dificuldades em suas AVD's (KATO; RADANOVIC, 2007 e TEIXEIRA *et al.*, 2007).

Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade por si só não prediz incapacidade. As manifestações de fragilidade, vulnerabilidade e ansiedade com relação a doenças e morte aceleram os efeitos desse processo (BANDEIRA *et al.*, 2007 e MACEDO *et al.*, 2005).

Quadro 1 – Principais alterações fisiológicas no processo de envelhecimento.

FUNÇÃO OU SISTEMA ALTERADO	ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS
Sistema Osteomuscular	<ul style="list-style-type: none"> - Declínio da altura devido à compressão vertebral, diminuição do tônus muscular e alterações musculares - Alterações ósseas decorrentes da osteoporose - Mudança na distribuição do tecido adiposo subcutâneo - Redução da massa muscular - Diminuição do peso
Acuidade Visual	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações fisiológicas das lentes oculares - Déficit do campo visual
Acuidade Auditiva	<ul style="list-style-type: none"> - Perda progressiva da capacidade de diferenciar sons de alta frequência
Sistema Urinário	<ul style="list-style-type: none"> - Incontinência urinária, trazendo repercussões emocionais e sociais
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição de memória recente - Perda da habilidade para realizar cálculos - Déficit de atenção
Mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilidade postural - Lentidão nas atividades grossas
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição da capacidade de receber e tratar a informação do meio - Redução da capacidade de escrever, ler, falar e entender
Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> - Perda da autonomia de comprar, preparar alimentos e alimentar-se - Diminuição do apetite e sede - Diminuição da percepção de temperatura e olfato do alimento - Dificuldade de mastigação

*Adaptado de Brasil (2006) e Kato e Radanovic (2007).

Portanto, deve-se compreender esse processo como sendo natural na vida do indivíduo, no qual há queda progressiva de sua reserva funcional que, em condições normais, não causam problemas. Em casos de complicações na senescência, sejam elas doenças e/ou acidentes, entretanto, pode haver o desencadeamento de uma condição patológica, que

pode ter seus efeitos minimizados com a melhora na qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2006).

Entre as funções que sofrem alterações com o processo de envelhecimento, estão o equilíbrio e a marcha, que associados, ou não, a outros fatores podem desencadear perda da mobilidade e autonomia do indivíduo idoso e, muitas vezes, levar a quedas.

3.2. As quedas em idosos

Com todas as alterações relacionadas ao processo do envelhecimento, diversas conseqüências para a saúde e integridade física dos idosos podem ser observadas. Uma dessas conseqüências é a ocorrência de quedas que podem levar a sérias complicações, além de apresentarem um importante problema pessoal e social, pois aumenta os riscos de incapacidade gerando custos mais altos aos serviços de saúde do país (TEIXEIRA *et al.*, 2007). O quadro 2 evidencia as principais alterações de sistemas e funções nos idosos, que podem levar a quedas.

As causas das quedas em idosos podem ser divididas em dois fatores, sendo eles os fatores intrínsecos e os extrínsecos. Os fatores intrínsecos são os originados de alterações fisiológicas relativas ao processo do envelhecimento, a doenças e efeitos de medicamentos. O surgimento de doenças que reduzem a capacidade física pode acarretar efeitos sobre o controle postural tendo ação sobre o equilíbrio (FABRÍCIO *et al.*, 2004).

O declínio na capacidade física do idoso é relacionado à redução gradativa de massa e força musculares entre os 20 e os 80 anos, sendo de 35% a 40% a perda na massa muscular, que juntamente às alterações no equilíbrio, gera uma marcha prejudicada (GOMES *et al.*, 2009; KATO e RADANOVIC, 2007).

As alterações no equilíbrio se devem, principalmente, à redução do número e sensibilidade dos sensores responsáveis por sua manutenção, os quais detectam o desequilíbrio e modulam a resposta necessária. Além disso, ocorrem transformações no limiar de excitabilidade dos centros reguladores e da eficiência dos efetores (BANDEIRA *et al.*, 2007).

Quadro 2 – Principais alterações de sistemas e funções nos idosos que podem levar a quedas.

SISTEMAS E FUNÇÕES AFETADOS	ALTERAÇÕES
Marcha	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição da velocidade - Diminuição do comprimento e da altura dos passos - Base de sustentação aumentada - Perda dos movimentos dos braços - Aumento do duplo apoio - Flexão de tronco e joelhos - Diminuição de amplitude de movimento do tornozelo
Controle postural	<ul style="list-style-type: none"> - Redução do equilíbrio por alteração da relação entre os sistemas: visual, vestibular, proprioceptivo e musculoesquelético e/ou medicação
Sistema visual	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição da acuidade visual - Diminuição da percepção de profundidade, da sensibilidade e percepção de vertical/horizontal
Sistema proprioceptivo	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição da sensibilidade tátil - Perda de fibras proprioceptivas - Diminuição dos reflexos tendíneos - Medicação pode produzir alguma das alterações acima
Sistema vestibular	<ul style="list-style-type: none"> - Perda neuronal nos núcleos vestibulares e suas projeções corticais
Músculos	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição de massa muscular (fibras de contração rápida – controle postural) - Diminuição de força muscular - Diminuição da amplitude de movimento - Aumento do tônus - Diminuição do glicogênio muscular - Diminuição de massa óssea - Aumento da massa gordurosa - Diminuição da água corporal total - Medicação e sedentarismo podem produzir alguma das alterações acima
Comportamento	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade - Depressão - Negação das limitações físicas - Medo de cair

*Adaptado de Diogo *et al.* (2004) e Guccione e Figueiredo (2002).

Em relação à marcha, pode haver alterações em sua dinâmica como lentidão, desvio no percurso, passos mais curtos, alargamento da base, redução da fase de oscilação, diminuição da dorsiflexão de tornozelo, aumento da fase de apoio, maior tempo com apoio duplo e redução da dissociação de cinturas. Assim, a marcha se torna cada vez mais cautelosa devido à tendência à instabilidade (KATO; RADANOVIC, 2007).

Os fatores extrínsecos, por sua vez, são aqueles que dependem de circunstâncias sociais e ambientais, geralmente problemas com ambiente onde apresentam situações que propiciem tropeços e escorregões, sendo os mais encontrados: piso escorregadio na casa e no banheiro, calçados inadequados e degraus. Um ambiente satisfatório para os idosos é aquele que oferece segurança e que seja funcional, proporcionando e facilitando controle pessoal e a socialização. Para os indivíduos que já apresentam alguma deficiência de equilíbrio e marcha, os problemas com o ambiente serão mais perigosos. O local onde ocorre a queda está relacionado com as habilidades do idoso em realizar suas AVD's (FABRÍCIO *et al.*, 2004; RIBEIRO *et al.*, 2008).

Pessoas de todas as idades correm o risco de sofrer uma queda, porém, para os idosos, esses eventos possuem um significado mais relevante por levá-los à incapacidade, injúria e morte. Tais indivíduos podem ter sua autonomia e sua independência alteradas e tornarem-se mais dependentes em razão das quedas, as quais são consideradas problemas de Saúde Pública (BARBOSA; NASCIMENTO, 2001). Sua ocorrência pode ser evitada com medidas preventivas por meio da identificação das causas e buscando a redução das mesmas (FABRÍCIO *et al.*, 2004; RIBEIRO *et al.*, 2008).

Segundo Fabrício *et al.* (2004) e Perracini e Ramos (2002), em estudos realizados, foram relatados o surgimento de enfermidades e seqüelas após a ocorrência de queda, sendo elas: acidente vascular cerebral, osteoporose, pneumonia, artrite, infecção de trato urinário, cardiopatia e doenças sensoriais, a restrição de atividades, o declínio na saúde e o aumento do risco de institucionalização, gerando assim não apenas prejuízo físico/psicológico, como também aumento dos custos com os cuidados de saúde pela utilização de serviços especializados, e, principalmente, pelo aumento das hospitalizações.

As quedas ainda podem representar um alto custo socioeconômico em decorrência das lesões agudas, como fraturas, em sua grande maioria, e risco de morte, onde levam a necessidade de atendimento médico e em casos de emergência recorrem á traumatologia em algum hospital público (MACEDO *et al.*, 2005; RIBEIRO *et al.*, 2008). Portanto, as conseqüências das quedas são inúmeras e, muitas vezes, podem ser graves. Esses eventos ainda podem restringir as atividades dos idosos devido a dores e até mesmo o medo de cair, que se acentua por atitudes demasiadamente protetoras de seus familiares e cuidadores (RIBEIRO *et al.*, 2008).

O medo de cair, citado por diversos autores, é tão freqüente como a própria queda e tem intensa participação na ocorrência e recorrência de quedas nesses indivíduos, lembrando que esse sentimento não é exclusivo daquele que já caiu. A intensidade desse sentimento pode gerar mudanças físicas e funcionais, como interferir na atividade dos moto-neurônios, aumentando a rigidez e a oscilação postural e podendo gerar um desequilíbrio, ou seja, agravando as alterações que podem levar às quedas. O medo é considerado um fator de risco muitas vezes determinante para que a queda ocorra, pois traz consigo, além das alterações físicas, alterações psicológicas e sociais importantes para a vida dos idosos, como: perda de autonomia; sentimento de fragilidade, insegurança, depressão e restrição nas AVD's, que são atividades que requerem bom equilíbrio (MACEDO *et al.*, 2005; TEIXEIRA *et al.*, 2007).

As AVD's mais prejudicadas são as funções básicas, como o deitar/levantar-se da cama, tomar banho, caminhar fora de casa, cuidar de finanças/fazer compras, cortar unhas, usar transporte coletivo e subir escadas. O impacto causado na realização das AVD's traz ao idoso maior dependência, até mesmo em atividades que antes realizava sem dificuldades. A incapacidade para realização dessas atividades pode trazer, com o passar dos anos, não apenas conseqüências aos indivíduos lesados como também à sua família, que precisará se adequar e se mobilizar para o tratamento e recuperação do idoso, e aos serviços de saúde na comunidade, que devem estar preparados para garantir ao idoso a manutenção de seu estado de saúde, com boa expectativa de vida, independência funcional e autonomia (FABRÍCIO *et al.*, 2004; SILVESTRE; NETO, 2003).

Cabe ressaltar que nessa fase da vida do indivíduo, todas as intervenções têm como objetivo minimizar/retardar as perdas e complicações cognitivas, físicas/funcionais e comportamentais. Para que isso seja eficaz, há a necessidade da atuação de uma equipe multiprofissional que possa assistir ao idoso de forma global, preventiva, curativa e reabilitadora (KATO; RADANOVIC, 2007). Além disso, as quedas podem representar um sinal do surgimento de outros problemas, não podendo ser vistas, portanto, de forma independente ou isolada, mas como uma situação que deve ser investigada na sua multiplicidade (MARIN *et al.*, 2007).

Do ponto de vista da Saúde Pública, ações preventivas, assistenciais e de reabilitação para a melhoria e/ou manutenção da capacidade funcional, são fundamentais para a qualidade de vida dos idosos (NUNES *et al.*, 2009).

3.3. As quedas em idosos: um problema de saúde pública

Sabe-se que, no processo do envelhecimento, as tentativas de intervenção têm como objetivo minimizar/retardar as perdas e complicações cognitivas, físicas/funcionais e comportamentais. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo, que para ser alcançado, necessita da atuação de uma equipe multiprofissional que possa assistir ao idoso de forma preventiva, curativa e reabilitadora (BRASIL, 2006; KATO; RADANOVIC, 2007).

No caso do trabalho realizado nas UBS, para compor a equipe, estão disponíveis diversos profissionais encarregados de levar melhor qualidade de vida à população: geriatra, neurologista, psiquiatra, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistente social, dentista, educador físico, farmacêutico, entre outros. Contudo, com frequência, a presença de vários membros dessa equipe não é possível, devido ao alto custo de sua manutenção. Assim, para uma melhor atuação, torna-se necessário que todos os profissionais que optam por atuar na área de Atenção Básica tenham formação e capacitação generalista para não deixar nada passar despercebido se caso algum colega da equipe vir a faltar, e a assistência ao idoso seja feita da forma mais completa e eficiente, englobando todos os problemas e

implicações do envelhecimento, entre eles as quedas (BRASIL, 2006; KATO; RADANOVIC, 2007).

Segundo Fabrício *et al.* (2004), uma maneira de se prevenir a queda seria realizando visitas domiciliares, como abordado na Política Nacional de Saúde do Idoso (Anexo 1). Para os autores, é necessário que estados e municípios invistam na capacitação dos profissionais e organizem os serviços de saúde para que a atenção aos idosos seja uma política governamental. Os programas de saúde devem identificar os possíveis riscos/fatores intrínsecos e extrínsecos causadores das mesmas, reforçando a importância do autocuidado e alertando a família/cuidador para que participem ativamente de sua prevenção.

Gomes *et al.* (2009) e Hernandez *et al.* (2010) também ressaltam a importância da atuação governamental no desenvolvimento de ações educativas relacionadas à prevenção das quedas, além da realização de exercícios físicos que possibilitem uma marcha segura, uma vez que a atividade física representa uma abordagem não medicamentosa importante, beneficiando as funções cognitivas e o equilíbrio estático/dinâmico. A prática de atividade física é preconizada como um fator que ameniza as perdas estruturais no processo do envelhecimento, proporcionando assim, níveis capazes de manter a estabilidade de movimento e função no idoso. Tais medidas mostram-se relevantes para propor estratégias de auxílio preventivo e/ou de reabilitação para os idosos que já sofreram quedas.

O aumento do número de idosos no Brasil tem provocado grandes alterações na sociedade, o que indica um impacto na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e ainda no sistema de saúde. Isso tem exigido mais investigações que ajudem na identificação precoce dos problemas dessa parcela da população objetivando facilitar a implementação de políticas voltadas para essa faixa etária (PICCINI *et al.*, 2006; BARBOSA; NASCIMENTO, 2001).

Gomes *et al.* (2009) relatam ainda a escassez de ações preventivas na atenção primária de saúde em relação a idosos, ainda mais relacionando à ocorrência de quedas, pois ainda não há pesquisas suficientes que relacionem esses fatores.

As políticas de saúde têm como objetivo principal contribuir para que o maior número de pessoas alcance idades mais avançadas com o melhor estado de saúde possível. As equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, em seu trabalho, enfatizam ações na comunidade, atividades em grupo e participação das redes sociais, sendo recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social do idoso. As ações podem se basear em apoio e motivação para tais grupos assumirem maior controle sobre sua saúde e bem-estar próprio, adotando a importância do controle das doenças e realização de atividades físicas para trabalhar corpo e mente, músculos e equilíbrio, mobilidade e acuidade (BRASIL, 2006; MARIN *et al.*, 2004).

Ainda, o Ministério da Saúde incentiva programas, como residências e especializações dos profissionais da área da saúde, contando com novas qualificações para a saúde do Brasil. Os cursos de capacitação são multiprofissionais, envolvendo assistentes sociais, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, dentre outros da equipe, importantes para o desenvolvimento da prática interdisciplinar. Cada profissional deve desempenhar seu papel em trabalho coletivo, contribuindo assim para as diversas áreas (LOCH-NECKEL *et al.*, 2009).

O profissional de educação física, por exemplo, poderia atuar na prevenção das quedas entre os idosos, por meio da prescrição e acompanhamento de um programa de atividade física com o objetivo de fortalecimento e ganho de funcionalidade. O fisioterapeuta, por sua vez, poderia trabalhar juntamente com o educador físico, além de atuar no processo de reabilitação e prevenção da recorrência de eventos. O psicólogo e o terapeuta ocupacional ainda poderiam compor a equipe, agindo na tentativa de minimizar os fatores relacionados ao medo de cair, por exemplo. Finalmente, o profissional de enfermagem poderia auxiliar a equipe de saúde nas questões pertinentes à enfermagem, integrando os idosos a programas de seu interesse, como hipertensão arterial, diabetes, etc, e avaliando as condições gerais desses indivíduos, além de colaborar na administração correta dos medicamentos, fator extremamente importante.

Paralelamente, a família do idoso deve ser incorporada à equipe, de forma que a abordagem ao indivíduo seja contextualizada à sua realidade, uma vez que segundo Starfield (2002), a orientação para a família contribui para bons serviços de saúde. O

conhecimento da família oferece, além do contexto para a avaliação dos problemas, mecanismos para as tomadas de decisão a respeito de uma intervenção apropriada.

Portanto, as quedas nos idosos se mostram um problema de saúde pública uma vez que, essa parcela populacional, crescente, apresenta uma associação de fatores relacionados à sua ocorrência, demonstrando, assim, a importância em se adotar o quanto antes medidas preventivas e curativas, tanto individuais, quanto coletivas, de maneira multidisciplinar, para promover a saúde dos mesmos.

A partir das referências consultadas, adaptou-se um protocolo proposto pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2002 *apud* KATO; RADANOVIC, 2007, p.51) para abordagem em caso de quedas com idosos, com o objetivo de propor uma estratégia geral de intervenção nesses casos (Figura 1).

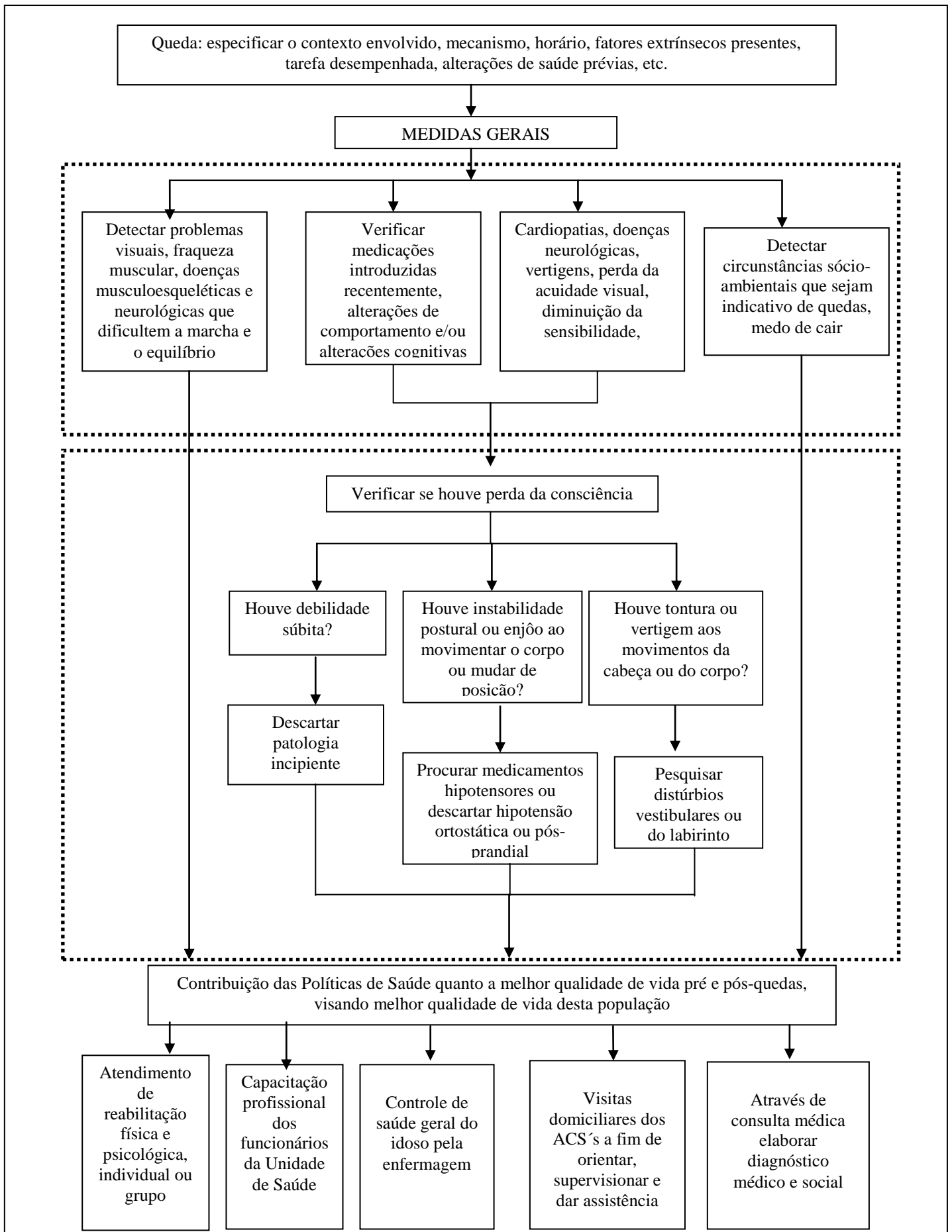


Figura 1 – Fluxograma proposto pela OPAS (2002) *apud* Kato e Radanovic (2007, p.51) (adaptado)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivencia-se, hoje, um período de aumento progressivo na demanda de recursos voltados para atender às necessidades de uma população que está crescendo: a população idosa. O envelhecimento é real e todos estão buscando novas maneiras de envelhecer com dignidade e saúde. Com esse processo, a sociedade deve se preparar e se adaptar, incluindo capacitação profissional adequada para os serviços destinados à saúde dos idosos na Atenção Básica, pois se verifica uma significativa carência dessa habilitação.

Um fator importante que acompanha essa fase da vida do indivíduo é a ocorrência de quedas, gerando conseqüências significativas, que vão desde uma simples escoriação a sérias complicações, como à incapacidade e ao óbito. Esse fator representa um grande desafio para a equipe que trabalha junto aos idosos, pois precisa, acima de tudo, listar os fatores de risco e trabalhar com sua prevenção, além de restabelecer a integralidade do indivíduo pós-queda.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde entra com propósitos de promoção de envelhecimento saudável, sua manutenção e melhoria, destacando o papel dos profissionais de saúde que estão voltados para essa assistência.

Com a Atenção Básica de Saúde trabalhando na assistência integral da saúde do idoso, os trabalhos de prevenção vêm com objetivo de retardar conseqüências sérias que levam o idoso à incapacidade, sendo requerida atenção especial e participação mais ativa na manutenção da sua qualidade de vida, com medidas de proteção específica, identificação precoce dos agravos e sua intervenção, prevenção desses agravos, assim como as reabilitações necessárias, sendo físicas e/ou psicológicas. A equipe de saúde precisa estar sempre atenta ao seu bem-estar, a sua funcionalidade e sua independência, desde as visitas domiciliares realizadas pelos ACS's, até profissionais especializados em sua reabilitação.

Pretende-se que as Unidades de Saúde da Família (USF) sejam a porta de entrada do idoso no Sistema Único de Saúde, logo, a equipe que atua nessas unidades deve estar preparada e capacitada para lidar com os problemas relativos ao envelhecimento, particularmente as quedas.

Espera-se que os resultados deste trabalho forneçam parâmetros aos profissionais que atuam na Atenção Básica para agirem na prevenção das quedas e reabilitação dos idosos que já sofreram quedas.

5. REFERÊNCIAS

BANDEIRA, E. M. F. S.; PIMENTA, F. A. P.; SOUZA, M. C. *Saúde em Casa – Atenção à Saúde do Idoso*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007, 185p.

BARBOSA, M. J. J.; NASCIMENTO, E. F. A. Incidência de internações de idosos por motivos de quedas, em um hospital geral de Taubaté. *Revista Biociências*, v.7, n.1, p.35-42, jan.-jun. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.395/GM. Política Nacional de Saúde do Idoso. *Diário Oficial da União*. Brasília, 10 de dezembro de 1999.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. *Diário Oficial da União*. Brasília, 3 de outubro de 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude>. Acesso em 14 mar. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 192p.

BRASIL (a), Ministério da Saúde. DATASUS. *Informações de Saúde*. Morbidade Hospitalar do SUS 2009. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>. Acesso em 22 jul. 2010.

BRASIL(b), Ministério da Saúde. DATASUS. *Informações de Saúde*. Mortalidade 2007. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em 22 jul. 2010.

BRASIL(c), Ministério da Saúde. DAB. Atenção Básica. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Disponível em: <http://200.214.130.35/dab/nasf.php>. Acesso em 17 ago. 2010.

DIOGO, M. J. D.; CACHIONI, M.; NERI, A. L. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alinea, 2004. 236 p.

FABRICIO, S. C.C.; RODRIGUES, R. A P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, v.38, n.1, p.93-99, 2004.

GOMES, G. A. O.; CINTRA, F. A.; DIOGO, M. J. D. *et al.* Comparação entre idosos que sofreram quedas segundo desempenho físico e número de ocorrências. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v.13, n.5, p. 430-437, set.-out. 2009.

GUCCIONE, A. A.; FIGUEIREDO, E. F. *Fisioterapia Geriátrica*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 470p.

HERNANDEZ, S. S. S.; COELHO, F. G. M.; GOBBI, S.; STELLA, F. Efeitos de um programa de atividade física nas funções cognitivas, equilíbrio e risco de quedas em idosos com demência de Alzheimer. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v.14, n.1, p. 68-74, jan.-fev. 2010.

KATO, E. M.; RADANOVIC, M. *Fisioterapia nas Demências*. São Paulo: Atheneu, 2007. 232p.

LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, H. B. *et al.* A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, supl.1, p. 1463-1472, 2009.

MACEDO, B. G.; MARQUES, K. S. F.; OLIVEIRA, E. B. *et al.* Parâmetros clínicos para identificar o medo de cair em idosos. *Fisioterapia em Movimento*, v.18, n.3, p.65-70, jul.-set. 2005.

MARIN, M. J. S.; AMARAL, F. S.; MARTINS, I. B.; BERTASSI, V. C. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem "risco de quedas" entre idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.57, n.5, p.560-564, set.-out. 2004.

MARIN, M. J. S.; CASTILH, N. C.; MYAZATO, J. M. *et al.* Características dos riscos para quedas entre idosos de uma unidade de saúde da família. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, v. 11, n.4, p. 369-74, out.-dez. 2007.

NUNES, M. C. R.; RIBEIRO, R. C. L.; ROSADO, L. E. F. P. L.; FRANCESCHINI, S. C. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v.13, n.5, p.376-382, set.-out, 2009.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. *Guía Clínica de Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores*. Washington: PAHO, 2002. 405p. *apud* KATO, E. M.; RADANOVIC, M. *Fisioterapia nas Demências*. São Paulo: Atheneu, 2007. 232p.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, v.36, n.6, p.709-716, 2002.

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. *et al.* Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p.657-667, jul.-set. 2006.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; ATIE, S. *et al.* A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.4, p.1265-1273, 2008.

SILVESTRE, J. A.; NETO, M. M. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n.3, p.839-847, maio-jun. 2003.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TEIXEIRA, D. C.; PRADO JUNIOR, S. R. R.; LIMA, D. F. *et al.* Efeitos de um programa de exercício físico para idosas sobre variáveis neuro-motoras, antropométrica e medo de cair. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v.21, n.2, p.107-20, abr.-jun. 2007.

ANEXO 1 – Diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso - Portaria n.º 1.395/GM

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO

(...)

3. DIRETRIZES

Para o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde do Idoso, são definidas como diretrizes essenciais:

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

3.1. Promoção do envelhecimento saudável

O cumprimento dessa diretriz compreenderá o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde.

Entre os hábitos saudáveis, deverão ser destacados, por exemplo, a alimentação adequada e balanceada; a prática regular de exercícios físicos; a convivência social estimulante; e a busca, em qualquer fase da vida, de uma atividade ocupacional prazerosa e de mecanismos de atenuação do estresse. Em relação aos hábitos nocivos, merecerão destaque o tabagismo, o alcoolismo e a automedicação.

Tais temas serão objeto de processos educativos e informativos continuados, em todos os níveis de atuação do SUS, com a utilização dos diversos recursos e meios disponíveis, tais como: distribuição de cartilhas e folhetos, bem como o desenvolvimento de campanhas em programas populares de rádio; veiculação de filmetes na televisão; treinamento de agentes comunitários de saúde e profissionais integrantes da estratégia de saúde da família para, no trabalho domiciliar, estimular os cidadãos na adoção de comportamentos saudáveis.

Ênfase especial será dada às orientações dos idosos e seus familiares quanto aos riscos ambientais, que favorecem quedas e que podem comprometer a capacidade funcional destas pessoas. Deverão ser garantidas aos idosos, assim como aos portadores de deficiência, condições adequadas de acesso aos espaços públicos, tais como rampas, corrimões e outros equipamentos facilitadores.

3.2. Manutenção da capacidade funcional

Ao lado das medidas voltadas à promoção de hábitos saudáveis, serão promovidas ações que visem a prevenção de perdas funcionais, em dois níveis específicos:

- prevenção de agravos à saúde;
- detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos idosos.

As ações de prevenção envolvidas no primeiro nível estarão centradas na aplicação de vacinas, medida já consolidada para a infância, mas com prática ainda limitada e recente entre idosos. Deverão ser aplicadas as vacinas contra o tétano, a pneumonia pneumocócica e a influenza, que representam problemas sérios entre os idosos no Brasil e que são as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS – para este grupo populacional.

A grande maioria das hospitalizações para o tratamento do tétano ocorre em indivíduos acima dos 60 anos de idade. Nesse sentido, essa população será estimulada a fazer doses de reforço da vacina antitetânica a cada dez anos, tendo em vista a sua comprovada efetividade, a qual alcança quase os 100%.

As pneumonias, em especial a de origem pneumocócica, estão entre as patologias infecciosas que mais trazem riscos à saúde dos idosos, com altas taxas de internação, além de alta letalidade nesta faixa etária. São apontadas como fatores de descompensação funcional de piora dos quadros de insuficiência cardíaca, desencadeadoras de edema agudo de pulmão e fonte de deterioração nos quadros de doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Levando em conta as recomendações técnicas atuais, a vacina antipneumocócica deverá ser administrada em dose única nos indivíduos idosos.

Embora vista como enfermidade trivial, a influenza – ou gripe –, no grupo dos idosos, pode trazer conseqüências graves, levando a processos pneumônicos ou, ainda, à quebra do equilíbrio, já instável, destes indivíduos, portadores de patologias crônicas não transmissíveis. A vacina antigripal deverá ser aplicada em todos os idosos, pelo menos duas semanas antes do início do inverno ou do período das chuvas nas regiões mais tropicais.

No segundo nível da manutenção da capacidade funcional, além do reforço das ações dirigidas à detecção precoce de enfermidades não transmissíveis – como a hipertensão arterial, a diabetes melito e a osteoporose –, deverão ser introduzidas as novas medidas, de que são exemplos, aquelas dirigidas ao hipotireoidismo subclínico – ainda pouco usuais e carentes de sistematização –, mediante o desenvolvimento de atividades específicas, entre as quais destacam-se:

- antecipação de danos sensoriais, com o rastreio precoce de danos auditivos, visuais e propioceptivos;
- utilização dos protocolos próprios para situações comuns entre os idosos, tais como riscos de queda, alterações do humor e perdas cognitivas;
- prevenção de perdas dentárias e de outras afecções da cavidade bucal;
- prevenção de deficiências nutricionais;
- avaliação das capacidades e habilidades funcionais no ambiente domiciliar, com vistas à prevenção de perda de independência e autonomia;
- prevenção do isolamento social, com a criação ou uso de oportunidades sociais, como clubes, grupos de convivência, associação de aposentados etc.

A operacionalização da maioria dessas medidas dar-se-á nas próprias unidades de saúde, com suas equipes mínimas tradicionais, às quais deverão ser incorporados os agentes de saúde ou visitantes, além do estabelecimento de parcerias nas ações integrantes da estratégia de saúde da família e outras congêneres. Além disso, na implementação dessa diretriz, buscar-se-á o engajamento efetivo dos grupos de convivência, com possibilidades tanto terapêuticas e preventivas, quanto de lazer.

3.3. Assistência às necessidades de saúde do idoso

A prestação dessa assistência basear-se-á nas orientações abaixo descritas, as quais compreendem os âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar. No âmbito ambulatorial, a consulta geriátrica constituirá a base dessa assistência. Para tal, deverá ser estabelecido um modelo específico, de modo a alcançar-se um impacto expressivo na assistência, em particular na redução das taxas de internação hospitalar e em clínicas de repouso – e mesmo asilos –, bem como a diminuição da demanda aos serviços de emergência e aos ambulatórios de especialidades.

A consulta geriátrica deverá ser fundamentada na coleta e no registro de informações que possam orientar o diagnóstico a partir da caracterização de problemas e o tratamento adequado, com a utilização rotineira de escalas de rastreamento para depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional, assim como o

Considerando que a qualidade da coleta de dados apresenta dificuldades peculiares a esse grupo etário, em decorrência de elevado índice de morbidade, apresentações atípicas de doenças e pela chance aumentada de iatrogenia, o modelo de consulta a ser estabelecido pautar-se-á pela abrangência, sensibilidade diagnóstica e orientação terapêutica, nesta incluídas ações não farmacológicas.

A abrangência do modelo de consulta geriátrica compreenderá a incorporação de informações que permitam a identificação de problemas não apenas relacionados aos sistemas cardiorrespiratório, digestivo, hematológico e endócrino-metabólico, como, também, aos transtornos neuropsiquiátricos, nos aparelhos locomotor e geniturinário.

Essa forma de consulta deverá possibilitar a sensibilização do profissional para questões sociais eventualmente envolvidas no bem-estar do paciente.

Por sua vez, a sensibilidade diagnóstica deverá implicar a capacidade de motivar a equipe para a busca de problemas de elevada prevalência, que não são comumente diagnosticados, como por exemplo: doenças tireoideanas, doença de Parkinson, hipotensão ortostática, incontinência urinária, demências e depressões. É importante que informações relacionadas a glaucoma, catarata e hipoacusia sejam coletadas. A possibilidade de iatrogenia sempre deverá ser considerada.

Finalmente, a orientação terapêutica, incluindo mudanças de estilo de vida, deverá possibilitar que a consulta geriátrica enfrente os problemas identificados, levando a alguma forma de alívio e atenuação do impacto funcional. Ao mesmo tempo, o médico deverá evitar excessos na prescrição e uso de fármacos com elevado potencial iatrogênico.

A orientação terapêutica compreenderá, sempre que necessário, informações aos pacientes e seus acompanhantes sobre as medidas de prevenção dos agravos à saúde e acerca das ações de reabilitação precoce – ou "preventiva" – e corretiva, levando em conta, da melhor maneira possível, o ambiente em que vivem e as condições sociais que dispõem.

Já no âmbito hospitalar, a assistência a esse grupo populacional deverá considerar que a idade é um indicador precário na determinação das características especiais do idoso enfermo hospitalizado. Nesse sentido, o estado funcional constituirá o parâmetro mais fidedigno para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento.

Assim, os pacientes classificados como totalmente dependentes constituirão o grupo mais sujeito a internações prolongadas, reinternações sucessivas e de pior prognóstico e que, por isso, se enquadram no conceito de vulnerabilidade. Os serviços de saúde deverão estar preparados para identificar esses pacientes, provendo-lhes uma assistência diferenciada.

Essa assistência será pautada na participação de outros profissionais, além de médicos e enfermeiros, tais como fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentistas e nutricionistas. Dessa forma, a disponibilidade de equipe mínima, que deve incluir obrigatoriamente um médico com formação em geriatria, de equipamentos e de serviços adequados, será pré-requisito para as instituições públicas estatais ou privadas – conveniadas ou contratadas pelo SUS –, que prestarem assistência a idosos dependentes internados.

Idosos com graves problemas de saúde, sem possibilidade de recuperação ou de recuperação prolongada, poderão demandar internação hospitalar de longa permanência; forma esta definida na

Portaria N.º 2.413, editada em 23 de março de 1998. No entanto, esses pacientes deverão ser submetidos à tentativa de reabilitação antes e durante a hospitalização, evitando-se que as enfermarias sejam transformadas em locais de acomodação para pacientes idosos com problemas de saúde não resolvidos e, por conseguinte, aumentando a carga de sofrimento do próprio idoso, bem como o aumento dos custos dos serviços de saúde.

Entre os serviços alternativos à internação prolongada, deverá estar incluída, obrigatoriamente, a assistência domiciliar. A adoção de tal medida constituirá estratégia importante para diminuir o custo da internação, uma vez que assistência domiciliar é menos onerosa do que a internação hospitalar. O atendimento ao idoso enfermo, residente em instituições – como, por exemplo, asilos –, terá as mesmas características da assistência domiciliar

Deverá ser estimulada, por outro lado, a implantação do hospital-dia geriátrico, uma forma intermediária de atendimento entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar. Esse serviço terá como objetivo viabilizar a assistência técnica adequada para pacientes cuja necessidade terapêutica – hidratação, uso de medicação endovenosa, quimioterapia e reabilitação – e de orientação para cuidadores não justificarem a permanência em hospital.

Tal medida não poderá ser encarada como justificativa para o simples aumento do tempo de internação. Contudo, a internação de idosos em UTI, em especial daqueles com idade igual ou superior a 75 anos, deverá obedecer rigorosamente os critérios adotados em todas as faixas etárias, de potencial de reversibilidade do estado clínico e não a sua gravidade, quando reconhecidamente irrecuperável.

A implantação de forma diferenciada de assistência ao idoso dependente será gradual, priorizando-se hospitais universitários e públicos estatais.

Uma questão que deverá ser considerada refere-se ao fato de que o idoso tem direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde (ambulatórios, hospitais, laboratórios, planos de saúde, entre outros), na conformidade do que estabelece a Lei N.º 8.842/94, em seu Art. 4º, inciso VIII, e o Art. 17, do Decreto N.º 1.948/96, que a regulamentou. O idoso terá também uma autorização para acompanhante familiar em hospitais públicos e privados – conveniados ou contratados – pelo SUS.

Na relação entre o idoso e os profissionais de saúde, um dos aspectos que deverá sempre ser observado diz respeito à possibilidade de maus-tratos, quer por parte da família, quer por parte do cuidador ou mesmo destes profissionais. É importante que o idoso saiba identificar posturas e comportamentos que significam maus-tratos, bem como os fatores de risco neles envolvidos. Esses maus-tratos podem ser por negligência – física, psicológica ou financeira –, por abuso – físico, psicológico ou financeiro – ou por violação dos direitos pessoais. O profissional de saúde, o idoso e a família, quando houver indícios de maus-tratos, deverá denunciar a sua suspeita às autoridades competentes.

Considerando que a vulnerabilidade à perda de capacidade está ligada a aspectos socioeconômicos, atenção especial deverá ser concedida aos grupos de idosos que estão envelhecendo em condições mais desfavoráveis, de que são exemplos aqueles residentes na periferia dos grandes centros urbanos e os que vivem nas zonas rurais desprovidas de recursos de saúde e assistência social, onde também se observa uma intensa migração da população jovem.

3.4. Reabilitação da capacidade funcional comprometida

As ações nesse contexto terão como foco especial a reabilitação precoce, mediante a qual buscar-se-á prevenir a evolução e recuperar a perda funcional incipiente, de modo a evitar-se que as limitações da capacidade funcional possam avançar e que aquelas limitações já avançadas possam

ser amenizadas. Esse trabalho envolverá as práticas de um trabalho multiprofissional de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudiologia, psicologia e serviço social.

Na definição e na implementação das ações, será levado em conta que, na realidade, as causas de dependência são, em sua maioria, evitáveis e, em muitos casos, reversíveis por intermédio de técnicas de reabilitação física e mental, tão mais efetivas quanto mais precocemente forem instituídas.

Além da necessidade de prevenir as doenças crônicas que acometem aos que envelhecem, procurar-se-á, acima de tudo, evitar que estas enfermidades alijem o idoso do convívio social, comprometendo sua autonomia.

No conjunto de ações que devem ser implementadas nesse âmbito, estão aquelas relacionadas à reabilitação mediante a prescrição adequada e o uso de órteses e próteses como, por exemplo, óculos, aparelhos auditivos, próteses dentárias e tecnologias assistivas (como andador, bengala etc.).

Essas e as outras ações que vierem a ser definidas deverão estar disponíveis em todos os níveis de atenção ao idoso, principalmente nos postos e centros de saúde, com vistas à detecção precoce e o tratamento de pequenas limitações funcionais capazes de levar a uma grave dependência.

A detecção precoce e o tratamento de pequenas limitações funcionais, potenciais causas de formas graves de dependência, integrarão as atribuições dos profissionais e técnicos que atuam nesses níveis de atenção, e deverão ser alvo de orientação aos cuidadores dos idosos para que possam colaborar com os profissionais da saúde, sobretudo na condição de agentes facilitadores, tanto na observação de novas limitações, quanto no auxílio ao tratamento prescrito.

3.5. Capacitação de recursos humanos especializados

O desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos constituem diretriz que perpassará todas as demais definidas nesta Política, configurando mecanismo privilegiado de articulação intersetorial, de forma que o setor saúde possa dispor de pessoal em qualidade e quantidade adequadas, e cujo provimento é de responsabilidade das três esferas de governo.

Esse componente deverá merecer atenção especial, sobretudo no tocante ao que define a Lei N.º 8.080/90, em seu Art. 14 e parágrafo único, nos quais está estabelecido que a formação e a educação continuada contemplarão ação intersetorial articulada. A lei estabelece, como mecanismo fundamental, a criação de comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de "propor prioridades, métodos e estratégias".

O trabalho articulado com o Ministério da Educação e as instituições de ensino superior deverão ser viabilizados por intermédio dos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia tendo em vista a capacitação de recursos humanos em saúde de acordo com as diretrizes aqui fixadas.

Os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia serão, preferencialmente, localizados em instituições de ensino superior e terão atribuições específicas, conforme as características de cada instituição. A indicação desses Centros deverá ser estabelecida pelo Ministério da Saúde, de acordo com as necessidades identificadas no processo de implantação desta Política Nacional.

No âmbito da execução de ações, de forma mais específica, a capacitação buscará preparar os recursos humanos para a operacionalização de um elenco básico de atividades, que incluirá, entre outras, a prevenção de perdas, a manutenção e a recuperação da capacidade funcional da população idosa e o controle dos fatores que interferem no estado de saúde desta população.

A capacitação de pessoal para o planejamento, coordenação e avaliação de ações deverá constituir as bases para o desenvolvimento do processo contínuo de articulação com os demais setores, cujas ações estão diretamente relacionadas com o idoso no âmbito do setor saúde.

Essa capacitação será promovida pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, os quais terão a função específica de capacitar os profissionais para prestar a devida cooperação técnica demandada pelas demais esferas de gestão, no sentido de uniformizar conceitos e procedimentos que se tornarão indispensáveis para a efetivação desta Política Nacional de Saúde do Idoso, bem como para o seu processo contínuo de avaliação e acompanhamento.

3.6. Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais

Nesse âmbito, buscar-se-á desenvolver uma parceria entre os profissionais da saúde e as pessoas próximas aos idosos, responsáveis pelos cuidados diretos necessários às suas atividades da vida diária e pelo seguimento das orientações emitidas pelos profissionais. Tal parceria, como mostra estudos e pesquisas sobre o envelhecimento em dependência, configura a estratégia mais atual e menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional das pessoas que se encontram neste processo.

Nos países onde o envelhecimento da população vem ocorrendo há mais tempo, convencionou-se que há cuidados formais e informais na atenção às pessoas que envelheceram e que, de alguma forma, perderam a sua capacidade funcional. Os sistemas formais de cuidados são integrados por profissionais e instituições, que realizam este atendimento sob a forma de prestação de serviço. Dessa forma, os cuidados são prestados por pessoa ou agências comunitárias contratadas para tal. Já os sistemas informais são constituídos por pessoas da família, amigos próximos e vizinhos, freqüentemente mulheres, que exercem tarefas de apoio e cuidados voluntários para suprir a incapacidade funcional do seu idoso.

Na cultura brasileira, são essas pessoas que assumem para si as funções de provedoras de cuidados diretos e pessoais. O papel de mulher cuidadora na família é normativo, sendo quase sempre esperado que ela assuma tal papel. Os responsáveis pelos cuidados diretos aos seus idosos doentes ou dependentes geralmente residem na mesma casa e se incumbem de prestar a ajuda necessária ao exercício das atividades diárias destes idosos, tais como higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano, por exemplo, ida a bancos ou farmácias.

O modelo de cuidados domiciliares, antes restrito à esfera privada e à intimidade das famílias, não poderá ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos cuja capacidade funcional está comprometida demanda orientação, informação e assessoria de especialistas.

Para o desempenho dos cuidados a um idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive em relação à doença crônico-degenerativa com a qual está eventualmente lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento prescrito.

Essas pessoas deverão, também, receber atenção médica pessoal, considerando que a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos à saúde do cuidador. Por conseguinte, a função de prevenir perdas e agravos à saúde abrangerá, igualmente, a pessoa do cuidador.

Assim, a parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da

capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se, assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento.

Dessa parceria, deverão resultar formas mais efetivas e eficazes de manutenção e de recuperação da capacidade funcional, assim como a participação mais adequada das pessoas envolvidas com alguém em processo de envelhecimento com dependência. O estabelecimento dessa ação integrada será realizado por meio de orientações a serem prestadas pelos profissionais de saúde, do intercâmbio de informações claras e precisas sobre diagnósticos e tratamentos, bem como relatos de experiências entre pessoas que estão exercitando o papel de cuidar de idoso dependente.

3.7. Apoio a estudos e pesquisas

Esse apoio deverá ser levado a efeito pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, resguardadas, nas áreas de conhecimento de suas especialidades, as particularidades de cada um. Esses Centros deverão se equipar, com o apoio financeiro das agências de ciência e tecnologia regionais e ou federais, para organizar o seu corpo de pesquisadores e atuar em uma ou mais de uma linha de pesquisa. Tais grupos incumbir-se-ão de gerar informações com o intuito de subsidiar as ações de saúde dirigidas à população de mais de 60 anos de idade, em conformidade com esta Política. Caberá ao Ministério da Saúde e ao Ministério Ciência Tecnologia, em especial, o papel de articuladores, com vistas a garantir a efetividade de ações programadas de estudos e pesquisas desta Política Nacional de Saúde do Idoso.

As linhas de pesquisa deverão concentrar-se em quatro grandes tópicos de produção de conhecimentos sobre o envelhecimento no Brasil, contemplando as particularidades de gênero e extratos sociais nas zonas urbanas e rurais. O primeiro tópico refere-se a estudos de perfil do idoso, nas diferentes regiões do País, e prevalência de problemas de saúde, incluindo dados sociais, nas formas de assistência e seguridade, situação financeira e apoios formais e informais. Nesse contexto, será estimulada a sistematização das informações produzidas pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, em articulação com os dados das agências governamentais, particularmente aquelas que lidam com estudos demográficos e populacionais.

No segundo tópico, deverão estar concentrados estudos visando a avaliação da capacidade funcional; prevenção de doenças, vacinações; estudos de seguimento; e desenvolvimento de instrumentos de rastreamento.

O terceiro tópico diz respeito aos estudos de modelos de cuidado, na assessoria para a implementação e no acompanhamento e na avaliação das intervenções.

O quarto tópico concentrar-se-á em estudos sobre a hospitalização e alternativas de assistência hospitalar, com vistas à maior eficiência e à redução dos custos no ambiente hospitalar. Para tal, a padronização de protocolos para procedimentos clínicos, exames complementares mais sofisticados e medicamentos deverão constituir pontos prioritários.

Comporão, ainda, esse último tópico estudos sobre orientação e cuidados aos idosos, alta hospitalar e diferentes alternativas de assistência – como assistência domiciliar, centro-dia, já utilizados em outros países –, bem como investigações acerca de formas de articulação de informações básicas em geriatria e gerontologia para os profissionais de todas as especialidades.

(...)