

Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS/UFMA

Cadernos de Saúde da Família

Saúde do Idoso e a Saúde da Família

Organizadoras:
Elza Bernardes Monier
Regimarina Reis Soares



SAÚDE DO IDOSO
E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS/UFMA

SAÚDE DO IDOSO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

São Luís



EDLUFMA

2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof.ª Dra. Nair Portela Silva Coutinho

Reitora

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Vice-Reitor

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação e Inovação

Prof.ª Dra. Sílvia Tereza de Jesus Rodrigues Moreira Lima

Diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Prof.ª Dra. Ana Emília Figueiredo de Oliveira

Coordenadora Geral da UNA-SUS/UFMA

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Jardel Oliveira Santos; Prof.ª Dra. Michele Goulart Massuchin; Prof. Dr. Jadir Machado Lessa; Prof.ª Dra. Francisca das Chagas Silva Lima; Bibliotecária Tatiana Cotrim Serra Freire; Prof.ª Dra. Maria Mary Ferreira; Prof.ª Dra. Raquel Gomes Noronha

Projeto de design

Eurides Florindo de Castro Júnior
Hudson Francisco de Assis Cardoso Santos
Marcio Henrique Sá Netto Costa

Normalização

Eudes Garcez de Souza Silva - 13ª Região Nº Registro 453

Revisão técnica

Claudio Vanucci Silva de Freitas; Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Revisão de texto

Fábio Alex Matos Santos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA.

Saúde do idoso e a saúde da família/Elza Bernardes Monier; Regimarina Reis Soares (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2016.

79p.: il. (Cadernos de Saúde da Família, n. 7).

ISBN: 978-85-7862-582-5

1. Saúde pública. 2. Saúde do idoso. 3. Atenção primária à saúde. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Morais, Adriana Oliveira de Sousa. II. Oliveira, Ana Emília Figueiredo de. III. Matos, Camila Carvalho de Souza Amorim. IV. Pessoa, Fabrício Silva. V. Miranda, Maria José Sanches. VI. Sgambatti, Marília Simon. VII. Título.

CDU 613.9-053.9

INFORMAÇÕES SOBRE OS AUTORES

Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais: Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Faculdade Santa Terezinha (CEST, 2002), doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA, 2014 - em andamento), mestrado em Saúde Materno-infantil (2007), com área de concentração em Saúde da Mulher pela UFMA, especialização em Terapia Ocupacional aplicada à Neurologia Dinâmica pela Faculdade Salesiana de Lins/SP (2005) e em Terapia Ocupacional em Reabilitação Neuro-músculo-esquelética da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo- ISCMSP (2003). Atualmente, é terapeuta ocupacional do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD- UFMA- EBSEH), lotada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), membro da Comissão de Cuidados Paliativos e Membro da Comissão Científica (COMIC). É professora titular da disciplina de Neuroanatomia, de Histologia e Embriologia dos cursos de Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Enfermagem da Faculdade Santa Terezinha (CEST). Foi docente do Departamento de Morfologia (DEMOR) da UFMA. Foi tutora de especialização em Saúde Materno Infantil (2011-2012), de especialização em Saúde Mental (2012), de especialização em Saúde da Pessoa Idosa (2013- 2014), Saúde da Família e Mais Médicos (2014- 2015) da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA). Atualmente, é orientadora de TCC da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Tem experiência na área de Terapia Ocupacional em Neurologia, com ênfase em Neurologia Dinâmica, atuando, principalmente, nos seguintes temas: processo de hospitalização, atividades terapêuticas ocupacionais, reabilitação neuro-músculo-esquelética, reabilitação cognitiva, Neuroanatomia, Anatomia, Neurofisiologia, Neurologia Dinâmica, Hidroterapia, Cuidador Informal Familiar, Envelhecimento e Qualidade de Vida de Mulheres com Hemiparesia.

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira: Professora associada da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF), especialização em Radiologia Odontológica e Endodontia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (UFMA), mestrado e doutorado em Radiologia Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e pós-doutorado/professora visitante pela University of North Carolina/Chapel Hill-EUA. É coordenadora da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA) e coordenadora do PROVAB/UFMA. É presidente do Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde. É docente

permanente do Departamento de Odontologia da UFMA e dos Programas de Pós-Graduação em Odontologia, e em Saúde do Adulto e da Criança da UFMA. É líder do Grupo de Pesquisa SAITE- Tecnologia e Inovação em Educação na Saúde (CNPq/UFMA). É bolsista de Produtividade em Pesquisa da FAPEMA e membro do Comitê Assessor da Rede Universitária de Telemedicina (CA-RUTE). Como pesquisadora, atua principalmente nos seguintes temas: Tecnologia e Inovação em Educação na Saúde, Repercussões das alterações bucais sobre a saúde da mulher, Imaginologia, Atenção Primária em Saúde, Aplicativos para Dispositivos Móveis, Sistemas de Gestão e Acompanhamento Educacional, Inovação aberta.

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos: Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Foi bolsista da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA); National Exchange Officer na International Federation of Medical Students Associations e coordenadora de Estágios e Vivências na Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem). Ex-estagiária do Laboratório de Estudos Genômicos e Histocompatibilidade (LEGH) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). Foi monitora da disciplina de Imunologia e membro das Ligas Acadêmicas de Pediatria (LAPED) e Vascular (LAVASC).

Fabrcio Silva Pessoa: Possui graduação em Medicina pela Escola Latino-Americana de Medicina, em Cuba, com revalidação pelo REVALIDA 2011, com pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade e Saúde da Família. Foi técnico da área médica na UNA-SUS/UFMA. Tem como área de atuação a Estratégia de Saúde da Família, Saúde da Família e Pediatria.

Maria José Sanches Miranda: Possui graduação em Licenciatura Plena em História pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Madre Gertrudes de São José, em licenciatura em Pedagogia pela Uni Saber Colégio e Faculdade, com especialização em Cultura Afro-brasileira pelas Faculdades Integradas de Jacarepaguá (FIJ), em História do Brasil pela FIJ, e em Gestão Educacional com ênfase em Administração pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Alegre (FAFIA). Tem experiência na área de História, com ênfase em História do Brasil.

Marilia Simon Sgambatti: Possui graduação em Licenciatura em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Araras, em São Paulo, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Escola Paulista de Medicina, e mestrado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Atua como professora titular da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), em São Paulo, e coordenadora da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família da FAMEMA, com experiência na área de Enfermagem Clínica, com ênfase em Ciências da Saúde.

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	15
2 POLÍTICAS, PROGRAMAS E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	17
2.1 Políticas e programas internacionais	17
2.2 Políticas, programas e ações nacionais	18
2.2.1 Pacto pela saúde	18
2.2.2 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).....	19
2.2.3 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).....	20
2.2.4 Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso)	24
2.2.5 Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.....	25
2.3 Redes de Atenção à Saúde (RAS) e Rede de Atenção à Saúde do Idoso ...	26
2.3.1 Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	26
2.3.2 Rede de Atenção à Saúde do Idoso	26
2.4 Perfil epidemiológico da saúde do idoso no Brasil	32
2.4.1 Transição demográfica	32
2.4.2 Pirâmide populacional	34
2.4.3 Transição epidemiológica.....	36
2.5 O Idoso na Estratégia de Saúde da Família e NASF	37
2.5.1 Objetivos do atendimento a idosos na APS.....	39
2.5.2 Avaliação de risco para o atendimento a demandas	40
2.5.3 A atuação do NASF na abordagem da Saúde do Idoso	40
2.6 A humanização na atenção à saúde do idoso	42
2.6.1 Acolhimento humanizado da pessoa idosa.....	43
2.6.2 Comunicação com a pessoa idosa.....	44
REFERÊNCIAS.....	46

3	PRINCIPAIS AGRAVOS CRÔNICOS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA	53
3.1	Diabetes	54
3.2	Dislipidemia	58
3.2.1	Tratamento não medicamentoso das dislipidemias	59
3.2.2	Tratamento medicamentoso das dislipidemias.....	60
3.3	Doenças pulmonares	61
3.3.1	Tratamento/cuidado ao portador de DPOC	62
3.4	Câncer	64
3.4.1	Objetivos educacionais no rastreamento do câncer no idoso.....	64
3.4.2	Diagnóstico	66
3.4.3	Tratamento.....	66
3.4.4	Referência e contrarreferência	67
3.5	Hipertensão arterial sistêmica	67
3.5.1	Decisão terapêutica da hipertensão arterial segundo o risco cardiovascular	74
	REFERÊNCIAS	76

PREFÁCIO

A população brasileira está envelhecendo, em função, dentre vários fatores, do aumento da expectativa de vida. As limitações e dependência inerentes à idade fazem com que essa parcela da população, por muitas vezes, esteja sujeita à discriminação social, abandono e maus-tratos familiares.

O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, estabelecida pela Portaria nº 2.558/2016, e considerando a necessidade de que o setor de saúde disponha de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, direciona por intermédio de diretrizes dessa política: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa, divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Caberá aos profissionais de saúde, em todos os níveis, de forma intersetorial e multiprofissional, conforme suas competências, prover os meios para alcançar o propósito dessa política. Para isso, é preciso mudança de práticas. Um novo olhar, de cuidado e respeito, deve ser direcionado aos idosos, dando-lhes dignidade. Os profissionais de saúde, em especial os inseridos na Atenção Básica, exercem papel fundamental nessa mudança.

Este livro tem como objetivo analisar o processo de envelhecimento no Brasil, abordar os programas e políticas de saúde voltados à saúde da pessoa idosa, além de aspectos relacionados às principais condições crônicas que acometem os idosos.

Daniele Meira Conde Marques
Doutora em Odontologia/UFMA

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento, e pode ser considerado como uma consequência natural da redução das taxas de fecundidade e mortalidade associada ao aumento da expectativa de vida.

Estima-se que no Brasil haja, atualmente, mais de 23 milhões de pessoas idosas. As projeções apontam que em 2025, seremos a sexta população mais idosa do mundo e que, em 2050, existam mais de 2 bilhões de pessoas no mundo, ou 22% da população global, com mais de 60 anos de idade.

Essa fase da vida, por vezes denominada terceira idade, velhice, melhor idade, entre outras, traz consigo uma série de peculiaridades que demandam a necessidade de capacitação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família para o atendimento adequado a esse público. Com esse intuito, esta obra abordará os programas e políticas de saúde voltados à saúde da pessoa idosa, além de aspectos relacionados às principais condições crônicas que acometem a faixa etária em questão.

Ementa: Indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde do idoso. Pactos, políticas e programas de saúde do idoso no Brasil e no mundo. Papel dos membros da equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do idoso.

2 POLÍTICAS, PROGRAMAS E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

*Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
Camila Carvalho de Souza Amorim Matos
Fabrício Silva Pessoa*

O objetivo do presente capítulo é analisar o processo de envelhecimento no Brasil e a instituição de programas e políticas que visam garantir o direito à saúde para população idosa.

O conceito de “envelhecimento ativo” surgiu no fim da década de 90, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a compreender o processo de envelhecimento como algo além dos cuidados com a saúde. Esse conceito envolve políticas públicas que promovam melhora da qualidade de vida, em todos os aspectos. Implementar essa nova forma de enxergar o processo de envelhecimento demanda mudança de conceitos: o enfoque deixa de ser baseado em necessidades e, conseqüentemente, deixa de colocar a pessoa idosa como alvo passivo. Apresentaremos e discutiremos políticas e programas importantes para sua prática de trabalho.

2.1 Políticas e programas internacionais

A construção de políticas e programas voltados para atender especificidades do processo de envelhecimento ao encontro do aumento da expectativa de vida e da busca por um envelhecimento saudável.

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas e, especialmente, das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade (MENDES, 2011).

- Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento:

O marco desse Plano de Ação é adotar medidas em todos os níveis, nacional e internacional, em três ações prioritárias: idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice e, por fim, criação de um ambiente propício e favorável e desse modo garantir, em todas as partes, que a população possa envelhecer com segurança e dignidade e que os idosos possam continuar participando em suas respectivas sociedades como cidadãos com plenos direitos (ONU, 2003).

PARA SABER MAIS!

Leia o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento.

- Plano de ação sobre a saúde das pessoas idosas:

A estratégia leva em conta as necessidades dos países membros da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) de gerar respostas adequadas ao envelhecimento da população; é apoiada por ambas as forças atuais e potenciais, com ênfase em atividades que oferecem mais oportunidades de sucesso e focos na capacitação e aprendizagem. Foram identificadas quatro áreas de atuação: saúde dos idosos nas políticas públicas; adequação dos sistemas de saúde para enfrentar os desafios associados; o envelhecimento da população; formação de recursos humanos para enfrentar este desafio e a melhorar a capacidade de gerar informações necessárias para executar e avaliar as ações, a fim de qualificar a saúde da população. Esse Plano de Ação define prioridades para o período 2009-2018 (OPAS; OMS, 2009).

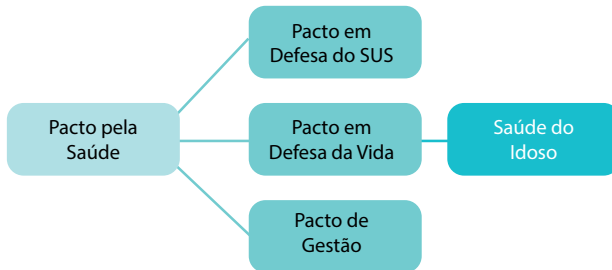
2.2 Políticas, programas e ações nacionais

2.2.1 Pacto pela saúde

O “Pacto pela Saúde” do Ministério da Saúde, de 2006, é constituído por três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o

Pacto de Gestão. O Pacto em Defesa da Vida é de responsabilidade das três esferas do governo e tem seis prioridades, das quais se pode destacar, para o contexto da pessoa idosa, a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2010a).

O esquema abaixo demonstra onde a saúde da pessoa idosa se localiza dentro da estruturação do pacto pela saúde. Lembramos que as ações do pacto pela saúde contemplam várias ações.



PARA SABER MAIS!

Leia a diretriz nº 5: “Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção”, anexa à Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013.

2.2.2 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006, desenvolve um conjunto de ações de saúde que visa à promoção e à proteção, à prevenção de agravos, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação e à manutenção da saúde. A PNAB determina a organização da responsabilidade das esferas governamentais, a infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica, assim com o financiamento da Atenção Básica, que contribuem para a boa implementação do Programa Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL,

2006a). A saúde do idoso no contexto da Atenção Básica será melhor estudada em um item específico deste capítulo.

2.2.3 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), regulamentada pela Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, tem como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando medidas consonantes com os princípios do SUS para esse fim (BRASIL, 2006b).

A PNSPI define as seguintes diretrizes para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas idosas:

Diretrizes PNSPI
Promoção do envelhecimento ativo e saudável.
Atenção integral à saúde da pessoa idosa.
Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.
Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.
Estímulo à participação e fortalecimento do controle social.
Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.
Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.
Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.
Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006b).

Essa política define que a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico e funcional da população idosa deve ser baseada na avaliação da capacidade funcional individual e coletiva. Aqui, a funcionalidade é entendida como algo além das doenças, que considera todos os aspectos funcionais do indivíduo que envelhece, desde a saúde

física e mental até as condições socioeconômicas e a capacidade de autocuidado.

Desse modo, o cuidado integral se torna imprescindível no desenvolvimento das ações de saúde do idoso.

REFLETINDO!

Você sabe como fazer a avaliação da capacidade funcional de um idoso? O estado funcional é a dimensão-base para a avaliação geriátrica. Vários elementos determinam a classificação de um estado funcional. Leia o artigo: “Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso”, publicado em 2005 por Carlos M. Paixão Jr. e Michael E. Reichenheim.

No contexto das ações da Atenção Básica, a avaliação funcional coletiva servirá como base para determinação da pirâmide de risco funcional. Deve-se verificar a distribuição da população da área adstrita à ESF com a finalidade de reconhecer a proporção de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPL), a proporção daqueles com alta dependência funcional – acamados –, a proporção dos que já apresentam alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (AVD) – como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão – e qual a proporção de idosos independentes (BRASIL, 2006b).

Abaixo apresentamos de forma esquemática como reconhecer a capacidade funcional coletiva dos idosos de sua área:

Figura 1 - Capacidade funcional coletiva dos idosos.



Fonte: Elaborada pelos autores.

PARA SABER MAIS!

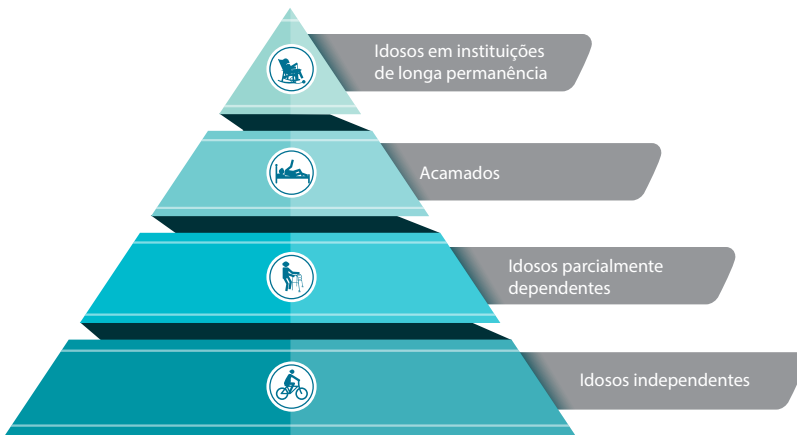
Dispomos de alguns instrumentos para avaliar a capacidade funcional de idosos. Sugerimos a leitura do artigo: “Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz)”, de Valéria Teresa Saraiva Lino e colaboradores, publicado em 2008.

AGORA É COM VOCÊ!

Que tal fazer a análise funcional coletiva de sua área e construir a pirâmide de risco funcional para a população da área? Veja o exemplo:

Após a análise funcional coletiva, detectamos que 80% dos idosos são independentes e conseguem realizar suas atividades diárias sozinhos; 15% têm alguma incapacidade de realizar atividades da vida diária, como a higiene pessoal, gerenciar seus rendimentos ou cuidar da casa; 4% estão acamados e estão sob cuidados da equipe do melhor em casa; e 1% deles vive em instituições de longa permanência e não dispõe de condições para permanecer com a família. A partir desses dados construímos a nossa pirâmide funcional:

Figura 2 - Pirâmide funcional.



Fonte: Elaborada pelos autores.

De acordo com a condição funcional da pessoa idosa, serão estabelecidas ações de atenção primária, de prevenção – primária, secundária e terciária –, de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional e recuperação da saúde. Estarão incluídas nessas ações o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis.

Todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa, quando chamado a atendê-la. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção.

Cabe aos gestores e profissionais da saúde de todos os níveis de atenção do SUS promover a qualidade de vida da pessoa idosa, bem como preservar sua autonomia e independência funcional (SÃO PAULO, 2012).

PARA SABER MAIS!

Leia na íntegra a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.

2.2.4 Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso)

Vimos que o Plano de Ação sobre a saúde das pessoas idosas tem como um de seus objetivos melhorar a capacidade de gerar informações necessárias para executar e avaliar as ações para favorecer a saúde da população. Desse modo, o SISAP-Idoso busca disponibilizar, de forma universal, indicadores de diferentes dimensões da saúde dos idosos relacionando-os com políticas públicas. Nesse sentido, o Sistema compreende os seguintes objetivos centrais:

1. Oferecer aos gestores em saúde informações e indicadores que auxiliem a tomada de decisões e o planejamento de ações voltadas à população idosa, tanto no âmbito municipal como estadual.
2. Sistematizar e acompanhar as políticas, programas e instrumentos de gestão, como o Pacto pela Vida, relacionadas com a saúde do idoso.
3. Oferecer informações acerca das condições de saúde e qualidade de vida da população idosa nos diferentes níveis a pesquisadores e interessados na temática.
4. Propor indicadores diretos ou indiretos de monitoramento de metas e diretrizes pactuadas pelas políticas e programas nacionais e internacionais.
5. Disponibilizar o acesso livre e universal à informação em saúde. Nesse sistema, assim como no Estatuto do Idoso, são considerados idosos todos os indivíduos com 60 anos de idade ou mais (BRASIL, 2016).

2.2.5 Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

A Constituição Federal coloca a saúde como um direito de todos e é um dever do Estado garanti-la. O Ministério da Saúde está disponibilizando agora a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Esse documento faz parte de uma estratégia para o acompanhamento da saúde de nossa população idosa. Nessa Caderneta serão registradas informações importantes sobre as condições de saúde do idoso, que irão auxiliar os profissionais sobre quais as ações necessárias para alcançar um envelhecimento ativo e saudável.

A Caderneta de Saúde do Idoso é uma ferramenta que possibilita a identificação de situações de risco potenciais para a pessoa idosa, assim como registrar importantes agravos e medicações que a pessoa idosa faz uso.

PARA SABER MAIS!

Conheça a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, disponível no site do Ministério da Saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a responsável pela distribuição e correta organização da Caderneta, a qual, porém, deve ser utilizada nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Fique atento para o correto preenchimento da Caderneta. O Ministério da Saúde disponibiliza um manual de orientação voltado para os profissionais da área realizarem esse preenchimento.

2.3 Redes de Atenção à Saúde (RAS) e Rede de Atenção à Saúde do Idoso

2.3.1 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

2.3.2 Rede de Atenção à Saúde do Idoso

A Rede de Atenção à Saúde do Idoso é uma rede integrada que visa adequar a atenção à população idosa de forma a atendê-la plenamente, incluindo suas necessidades sociais. A base para operacionalizar os sistemas de informações em saúde é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que permite ao gestor conhecer a rede assistencial existente e sua potencialidade, bem como disponibilizar informações das condições de infraestrutura e funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas.

Agora veremos que tipos de estabelecimentos de saúde integram a rede de atenção à saúde do idoso no SUS.

▪ Unidades Básicas de Saúde (UBS)



As Unidades Básicas de Saúde são consideradas a “porta de entrada” do SUS e, como tal, espera-se que sejam acolhedoras, receptivas e ofereçam condições mínimas de segurança e conforto, inclusive para os usuários com dificuldade de locomoção, como é o caso de alguns idosos. Porém, sabe-se que muitas

UBS no país funcionam em construções adaptadas, sem o planejamento prévio e fora dos parâmetros e critérios técnicos definidos pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (Norma 9050/2004).

As UBS podem ou não ter equipe de Saúde da Família (e em ambas as situações estão registradas no CNES) e sua infraestrutura e recursos necessários são definidos pela Política Nacional de Atenção Básica, sendo eles:

[...]

III- equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros;

IV- consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica;

V- área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

VI- equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica;

VII- garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

VIII- existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente (BRASIL, 2006c).

▪ Atenção às urgências



Tem sido orientada pela Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída pela Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, e se divide nos componentes: pré-hospitalar (que pode ser fixo ou móvel) e hospitalar.

- **Unidade de atendimento ambulatorial especializado**

O atendimento especializado pode ser extremamente importante para a pessoa idosa, possibilitando a recuperação da saúde por procedimentos específicos de cada especialidade. Bons exemplos são a perda auditiva, que muitas vezes é encarada como “normal da idade”, e a catarata, frequentemente encontrada no paciente idoso, e que pode ser corrigida, melhorando sua qualidade de vida.

O acompanhamento na atenção básica deve ser mantido independentemente do acompanhamento por especialista. É comum o paciente idoso ser acompanhado por diversos médicos especialistas, sem homogeneização dos tratamentos e sem comunicação entre eles, o que, frequentemente, leva à iatrogenia e à polifarmácia. O profissional da atenção básica tem em mãos o poder de gerenciar e harmonizar o tratamento.

- **Unidades de reabilitação**

Ainda estão surgindo no SUS e geralmente estão vinculadas a hospitais universitários, especializados e centros de referência. Sabe-se que preservar a funcionalidade é essencial para a manutenção da condição de saúde do paciente idoso e, portanto, manter ou recuperar função é essencial. Essa reabilitação pode ser física ou cognitiva e conta com diversos profissionais da saúde, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, dentre outros.

- **Atenção Domiciliar e a Saúde do Idoso - Programa Melhor em Casa**



A Atenção Domiciliar (AD), cujas ações são implementadas, no âmbito do Ministério da Saúde, pela Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD), constitui uma nova modalidade de atenção

à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, oferecida no domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde.

A Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que considera:

[...]

I - Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

III - Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (BRASIL, 2013b).

PARA SABER MAIS!

Conheça o Caderno de Atenção Domiciliar, volumes 1 e 2, publicados pelo Ministério da Saúde em 2012 e 2013, respectivamente.

▪ **Atenção hospitalar**

Qualquer ação e serviço de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde realizado em ambiente hospitalar está inserido no item “atenção hospitalar”. Todos os hospitais do SUS, independentemente do tamanho ou complexidade, são registrados no CNES. O ingresso ao atendimento hospitalar geralmente se dá pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que é uma característica comum dessas unidades.

▪ Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (CREASI)



O CREASI atende ao idoso que necessita de atenção especializada na área de geriatria e/ou gerontologia. Deve ter uma organização hierárquica com a atenção básica, organizando a demanda.

O centro oferece à comunidade um serviço especializado na saúde do idoso frágil e também a interlocução com outras instituições, por meio de avaliação multidimensional, por equipe interdisciplinar, com vistas à manutenção ou recuperação da saúde física, mental e funcional, adequando seus déficits às novas realidades, mantendo-o socialmente ativo e dentro do contexto familiar em conformidade com as diretrizes da macropolítica, a saber:

- Atender como referência, casos que necessitem da atenção especializada, prioritariamente os idosos frágeis, na área de geriatria ou gerontologia.
- Promover a autonomia, independência e autocuidado - itens formadores do conceito de saúde.
- Propiciar campo de estágio gerontológico, proporcionado à multiplicação do conhecimento específico.
- Desenvolver a produção científica nas áreas afins.
- Instituir indicadores de atenção ao idoso.
- Estimular projetos de atenção ao idoso.
- Subsidiar instituições e serviços de saúde que atuem com foco na população idosa (BAHIA, 2016).

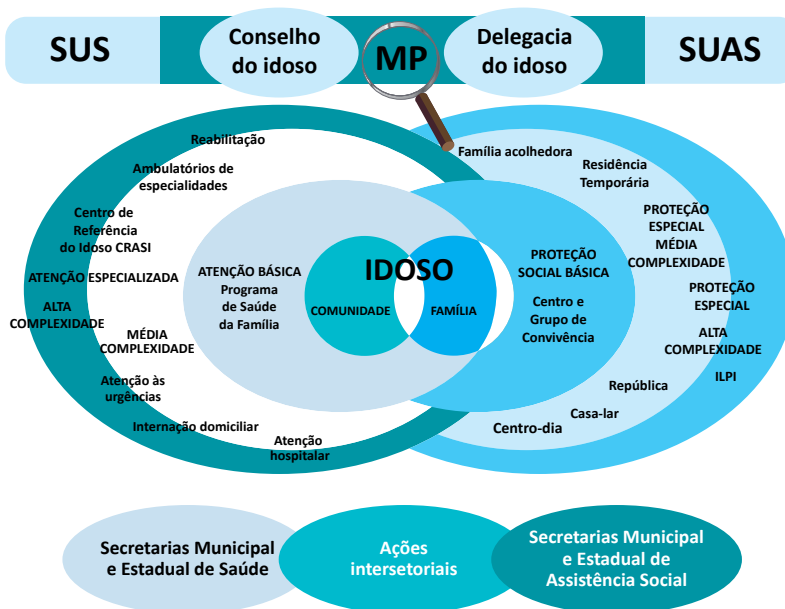
PARA SABER MAIS!

Leia “Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2002.

▪ Unidades de proteção social

O chamado “tripé da Seguridade Social” é composto pela rede de serviços da Política de Assistência Social, junto com a Rede do SUS e com os benefícios garantidos pela Política de Previdência Social. Em resumo, a estrutura de uma rede assistencial à pessoa idosa pode ser observada no esquema abaixo, que representa a interface SUS-SUAS (Sistema Único de Assistência Social):

Figura 3 - Estruturas de uma Rede Assistencial à Pessoa Idosa (Interface SUS-SUAS).



Fonte: Adaptado de: FREITAS, M.P.D.; MORAES, E.N. Estrutura da rede de atenção à saúde da pessoa idosa. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: EAD, ENSP, 2008. 340 p. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_594481029.pdf.

PARA SABER MAIS!

Leia o artigo “Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional”, de Miyata, D.F. et al., 2005.

2.4 Perfil epidemiológico da saúde do idoso no Brasil

A população brasileira, em consonância à tendência global, tem vivido cada vez mais, fato que tem implicações demográficas, epidemiológicas e sociais em toda a extensão do país. Mas quais são essas implicações e de que forma elas são observadas no sistema de saúde?

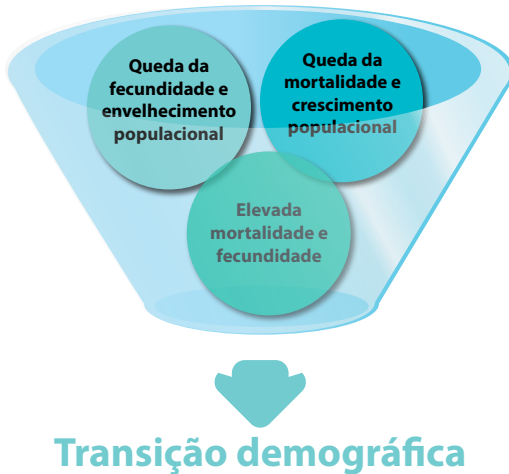
2.4.1 Transição demográfica

Chama-se de transição demográfica a modificação da estrutura etária da população, por meio da qual se observa a tendência clara de envelhecimento populacional. Esse processo geralmente acompanha o progresso socioeconômico do país e é consequente à diminuição das taxas de mortalidade e de fecundidade.

De acordo com o IBGE, existem cerca de 20 milhões de idosos (> 60 anos) no Brasil e, segundo as projeções da Organização Mundial da Saúde, no período de 1950 a 2025 o grupo de idosos deverá aumentar 15 vezes em número, enquanto a população total aumentará cinco vezes. Dessa forma o Brasil ocupará, em 2025, o sexto lugar quanto ao contingente de idosos no mundo (BRASIL, 2010b).

A transição demográfica é uma evolução decorrente de três momentos que envolvem este fenômeno mundial:

Figura 4 - Transição demográfica.



Fonte: Elaborada pelas autoras.

PARA SABER MAIS!

Nas primeiras décadas do século passado, as taxas de fecundidade eram altas e as de mortalidade também, o que levava a uma grande concentração na faixa etária de crianças e adolescentes, enquanto apenas 3% da população era de idosos. A expectativa de vida ao nascer não ultrapassava 40 anos. Entre 1940 e 2000, a mortalidade caiu graças ao progresso, à melhoria das condições de saneamento, habitação, programas de erradicação de doenças, dentre outros fatores. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a queda da mortalidade aconteceu principalmente após o surgimento das imunizações e dos antibióticos (segunda metade do século 20) e levou ao aumento da expectativa de vida. Porém as taxas de fecundidade ainda eram muito elevadas, o que fez aumentar a população e a proporção de jovens no conjunto populacional (CHAIMOWICZ et al., 2009).

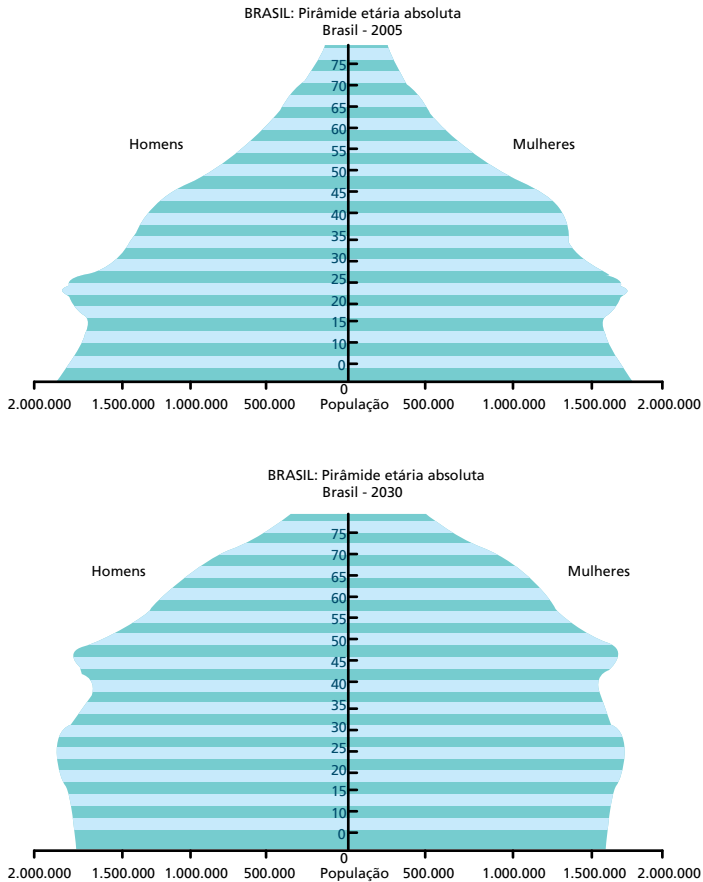
Nesse período, a população brasileira cresceu praticamente 30% a cada década (de 41 para 93 milhões de pessoas entre 1940 e 1970). Desse total, 40% ainda era de jovens e apenas 3% de idosos. Na terceira fase da transição demográfica a fecundidade caiu, levando ao envelhecimento populacional. Entre 1970 e 2000 a taxa de fecundidade caiu 60% e, com isso, a proporção de jovens na população total caiu e a proporção de idosos dobrou (CHAIMOWICZ et al., 2009).

Quando menos de 7% da população de um país tem 65 anos, este é considerado um país jovem. Quando 14% já alcançam os 65 anos o país é considerado envelhecido. Espera-se que o Brasil passe de jovem a envelhecido em 25 anos (entre 2011 e 2036).

2.4.2 Pirâmide populacional

Acompanhe a seguir a evolução da pirâmide populacional no Brasil que demonstra de forma clara os resultados da transição demográfica. Nota-se que a base da pirâmide populacional brasileira vem diminuindo, enquanto a porção superior vem se alargando, indicando a queda na taxa de natalidade e o aumento da qualidade e da expectativa de vida da população do país. Observe a perspectiva de aumento populacional entre 2005 e 2030 nos gráficos abaixo:

Figura 5 - Comparação de pirâmides etárias.



Fonte: Adaptado de: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca3/pdfs/redesAtencao.pdf>>

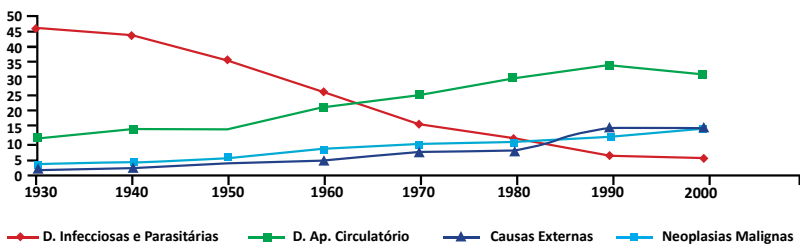
Estima-se ainda que para o ano de 2050 existam cerca de 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento.

Prevê-se que, em 2050, o grupo etário de 0 a 14 anos representará 13,15% da população total, enquanto a população idosa ultrapassará os 22,71%. Em 2008, esses números eram completamente diferentes: as crianças de 0 a 14 anos correspondiam a 26,47% da população e os idosos a apenas 6,53% (BRASIL, 2007).

2.4.3 Transição epidemiológica

A transição epidemiológica consiste na mudança do perfil de morbidade e mortalidade de uma população. Está intimamente relacionada à transição demográfica e caracteriza-se pela diminuição de mortes por doenças infectocontagiosas e aumento das mortes por doenças crônicas: a mortalidade por doenças infectoparasitárias caiu de 46% (em 1930) para 5,3% (em 2000), enquanto as mortes por doenças não transmissíveis chegaram a representar dois terços do total de óbitos por causas conhecidas.

Gráfico 1 - Evolução das causas de mortalidade (%) Brasil, 1930 – 2000.



Fonte: Adaptado de: LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-140, bimestral. 2007. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf> >.

É uma tendência mundial que as principais causas de óbito na população idosa sejam os agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis. No Brasil, isso não é diferente.

Acompanhe a seguir a proporção de óbitos (%) por faixa etária segundo grupo de causas no ano de 2011.

Tabela 1 - Proporção de óbitos (%) por faixa etária segundo grupo de causas.

Proporção de óbitos (%) por faixa etária segundo grupo de causas				
Faixa etária: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos ou mais				
Período: 2011				
Grupo de causas	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos ou mais	total
Total	100,00	100,00	100,00	100,00
Doenças infecciosas e parasitárias	3,78	3,27	3,07	3,32
Neoplasias	24,44	20,01	12,37	17,98
Doenças do aparelho circulatório	35,94	38,50	39,75	38,36
Doenças do aparelho respiratório	10,08	13,96	18,97	15,04
Afecções originadas no período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas	5,06	3,20	3,07	3,63
Demais causas definidas	20,69	21,05	22,77	21,67

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. 2011.

PARA SABER MAIS!

Entenda mais sobre a transição social-econômica na população brasileira lendo o texto “A transição demográfica e as políticas públicas no Brasil: crescimento demográfico, transição da estrutura etária e migrações internacionais”, de autoria de Fausto Brito et al., 2007.

2.5 O Idoso na Estratégia de Saúde da Família e NASF

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa define que a atenção à saúde da população idosa terá como porta de entrada a Atenção Básica, tendo como referência a rede de serviços especializados de média e alta complexidade.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), que surgiu para “reorganizar” a atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, deve substituir a rede de atenção básica tradicional nos territórios em que a equipe de SF atua, bem como deve atuar no território realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações dirigidas aos problemas de saúde da comunidade. Cabe à ESF, a partir do planejamento com base no diagnóstico situacional, desenvolver atividades que tenham como foco a família e a comunidade. A Estratégia de Saúde da Família deve buscar parcerias com instituições e organizações sociais na sua área de abrangência; e, acima de tudo, a ESF deve ser compreendida como um espaço de construção da cidadania (BRASIL, 2007).

Com base no princípio de territorialização, a Atenção Básica/Saúde da Família é responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas da sua área de abrangência, mesmo aquelas que se encontram em instituições (públicas ou privadas). Todas essas pessoas idosas e sua rede social (familiares, cuidadores etc.) devem ser recebidas e atendidas segundo o princípio da humanização. Para isso, é necessário investir na qualificação dos profissionais, com enfoque especial na pessoa idosa.

Deve-se respeitar as culturas locais, as diversidades do processo de envelhecimento e facilitar o acesso ao sistema de saúde. Além disso, os profissionais da saúde também devem estar preparados para romper com a fragmentação da equipe multiprofissional e para reconhecer a integração entre a rede básica e o sistema de referências.

As equipes de saúde na Atenção Básica têm a oportunidade de conhecer a realidade do indivíduo em seu contexto social e intervir nela, ou seja, são importantes instrumentos na promoção da saúde (CARDOSO et al., 2011).

E de que forma essas equipes podem desenvolver seu trabalho? Existem duas formas de efetivar o cuidado à pessoa idosa na atenção básica. A primeira delas é a Atenção Continuada, ou longitudinalidade, que consiste no acompanhamento daquele indivíduo a longo prazo. É de extrema importância para negociar mudanças de hábito gradualmente, perceber

rapidamente intercorrências e reações inadequadas a medicamentos, bem como as corrigindo e, acima de tudo, para estreitar os vínculos entre o usuário e a equipe (BRASIL, 2007).

A segunda forma é a visita domiciliar, momento em que a equipe visita o local de residência dos usuários da comunidade adscrita. Esse momento é único e essencial para determinar as necessidades específicas daquele idoso, baseado no contexto em que está inserido. Além disso, essa atividade possibilita à equipe reconhecer idosos em situação de abandono ou maus-tratos, ou qualquer outra situação em que seus direitos estejam sendo negligenciados (BRASIL, 2007).

A abordagem do paciente idoso em atenção primária à saúde (APS) deve ser um processo diagnóstico com enfoque multidimensional, influenciado por fatores como o ambiente onde o paciente vive, o acesso à atenção à saúde e a qualidade da relação com a equipe de saúde.

2.5.1 Objetivos do atendimento a idosos na APS

A população alvo são as pessoas com 60 anos ou mais, pertencentes à população adscrita da equipe de Saúde da Família com os seguintes objetivos:

- Promover o envelhecimento ativo e saudável.
- Estruturar a atenção à pessoa idosa, garantindo a integralidade do atendimento.
- Monitorar o processo de envelhecimento.
- Identificar fatores de risco para doenças e agravos.
- Envolver a família e a comunidade no cuidado aos idosos.
- Identificar e promover os fatores de proteção e recuperação da saúde.
- Melhorar a qualidade de vida do idoso.
- Promover a avaliação multidimensional do idoso (SOUZA, 2011, p. 199).

2.5.2 Avaliação de risco para o atendimento a demandas

Consiste na identificação de um perfil de fragilização que pode resultar em redução progressiva da capacidade funcional com prejuízo da autonomia e independência da pessoa idosa. Veja como é considerado um idoso frágil:

- Idade \geq 80 anos;
- Idosos \geq 60 anos, apresentando:
 - » Polipatologias (\geq 5 diagnósticos);
 - » Polimedicados (\geq 5 drogas/dia);
 - » Perda parcial ou total da mobilidade;
 - » Incontinência urinária ou fecal;
 - » Instabilidade postural (quedas de repetição);
 - » Incapacidade cognitiva;
 - » Histórico de internações repetidas e/ou após alta hospitalar;
 - » Dependência nas atividades básicas da vida diária;
 - » Situação de vulnerabilidade social (tanto familiar, quanto institucional) (SOUZA, 2011, p. 199).

Além disso, há necessidade de hierarquizar os fatores de risco para a classificação acima. A hierarquização por fatores de risco é definida após a avaliação funcional e consulta médica para identificação do risco:

- Risco 0 \rightarrow risco habitual: ações de acompanhamento, promoção e prevenção em atendimentos programados;
- Risco 2 \rightarrow alto risco: atendimento imediato e ágil para manejo das necessidades identificadas (SOUZA, 2011, p. 199).

2.5.3 A atuação do NASF na abordagem da Saúde do Idoso

O Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), composto por uma equipe que reúne profissionais de diversas áreas (educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social etc.), apoia a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, ampliando as ações da atenção voltadas à saúde do idoso, possibilitando aumentar

resolutividade das demandas na APS por meio do matriciamento e ações básicas à saúde. O NASF não é porta de entrada para atendimentos (BRASIL, 2014).

Figura 6 - Síntese de atividades do NASF.



O NASF pode construir diálogo com diferentes pontos de atenção, a fim de buscar corresponsabilização na condução do PTS. As relações do usuário com sua família, seu território e os diferentes espaços por onde o usuário circula devem ser considerados para a produção do cuidado.

<ul style="list-style-type: none"> - Educação permanente; - Atendimento individual específico; - Atendimento individual compartilhado; - Reunião de equipe, discussão de casos, construção de PTS; - Atendimento em grupo; - Atendimento domiciliar. 	UBS	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão de casos; - Construção compartilhada de PTS; - Atendimento compartilhado; - Apoio matricial do Caps à AB; - Grupos terapêuticos; - Oficinas de geração de renda. 	Caps
<ul style="list-style-type: none"> - Grupos educativos; - Práticas corporais; - Encontros comunitários; - Ações para a promoção de modos de vida saudáveis. 	Academia da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio às ações do PSE; - Ações de educação em Saúde. 	Escola
		<ul style="list-style-type: none"> - Discussão de casos; - Construção compartilhada de PTS; - Ações coletivas para produção de cidadania. 	Cras

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>.

PARA SABER MAIS!

Conheça as atribuições dos profissionais da atenção básica no atendimento à saúde da pessoa idosa no Caderno de Atenção Básica nº 19 - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.

2.6 A humanização na atenção à saúde do idoso

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde propõe que os princípios do SUS sejam concretizados no dia a dia dos serviços de saúde, com a valorização de todos os atores e sujeitos que participam do processo do “gerar saúde”. O conceito de humanizar perpassa por considerar diversos fatores do contexto social em que o indivíduo está inserido, como gênero, geração/idade, origem, etnia, raça/cor, situação econômica, orientação sexual, pertencimento a povos, populações e segmentos culturalmente diferenciados ou vivendo em situações especiais (BRASIL, 2004).

Diversos dispositivos são empregados para o funcionamento da Política Nacional de Humanização, e o principal deles é o acolhimento, que visa receber a todos os que procuram o serviço de saúde dando-lhes a devida atenção, ouvindo suas necessidades e pactuando respostas com os usuários. O acolhimento não é um local nem um horário específico, mas sim uma ação contínua de mudança da relação entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social. Deve funcionar como um compartilhamento de saberes e possibilidades.

2.6.1 Acolhimento humanizado da pessoa idosa

Acompanhe a seguir características para o acolhimento humanizado da pessoa idosa. Deve-se atentar para:

- O estabelecimento de uma relação respeitosa, considerando que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas se tornam em geral mais sábias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso.
- Partir do pressuposto de que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas, nunca se dirigindo primeiramente a seu acompanhante.
- Chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato visual, preferencialmente, de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo;
- A utilização de uma linguagem clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos (BRASIL, 2007, p. 15).

▪ **Características do processo de trabalho das equipes que proporcionam tornar o atendimento humanizado**

Dentre as características do processo de trabalho das equipes, destacam-se:

1. Atenção Continuada ou longitudinalidade - a garantia de efetivação do cuidado ao longo do tempo confere vantagens, especialmente, no acompanhamento da pessoa idosa [...].
2. Visita domiciliar - é um momento único no estabelecimento do cuidado aos usuários da comunidade adscrita. Deve ser sempre planejada pela equipe de maneira a contemplar as necessidades específicas de cada família a ser visitada, por isso cada visita deve ser organizada com um grupo determinado de profissionais de saúde (BRASIL, 2007, p. 15).

2.6.2 Comunicação com a pessoa idosa

A comunicação é um “processo dinâmico que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações” (BRASIL, 2007).

Para aprimorar a comunicação com a pessoa idosa, deve-se:

Quadro 1 - Comunicação com a pessoa idosa.

Use frases curtas e objetivas.
Chame-o pelo próprio nome ou da forma como ele preferir.
Evite infantilizá-la utilizando termos inapropriados como “vovô”, “querido”, ou ainda, utilizando termos diminutivos desnecessários (“bonitinho”, “lindinho” etc).
Pergunte se entendeu bem a explicação, se houve alguma dúvida.
Repita a informação, quando essa for erroneamente interpretada, utilizando palavras diferentes e, de preferência, uma linguagem mais apropriada à sua compreensão.
Fale de frente, sem cobrir sua boca, e não se vire ou se afaste enquanto fala.
Aguarde a resposta da primeira pergunta antes de elaborar a segunda, pois a pessoa idosa pode necessitar de um tempo maior para responder.
Não interrompa a pessoa idosa no meio de sua fala, demonstrando pressa ou impaciência. É necessário permitir que ele conclua o seu próprio pensamento.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcdad19.pdf>>.

A diminuição das capacidades sensorio-perceptivas, que ocorre no processo de envelhecimento, pode afetar a comunicação das pessoas idosas. Tais alterações são manifestadas pela diminuição da capacidade de receber e tratar a informação proveniente do meio ambiente que, se não forem adequadamente administradas, poderão levar ao isolamento do indivíduo. Os idosos muitas vezes tardam em perceber, aceitar e tratar suas dificuldades e, em consequência disso, acabam se afastando do convívio familiar e social para evitar situações constrangedoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo profissional da saúde deve saber que as questões biológicas são parte do processo do adoecimento. As condições sociais e convivência familiar, por exemplo, são determinantes para a progressão ou não de um processo patológico e a forma pela qual um indivíduo encara sua doença.

Ao trabalhar com a saúde das pessoas idosas, percebe-se que os aspectos emocionais que envolvem o adoecimento, na maioria das vezes, estão mais aflorados, e sua abordagem é tão importante quanto a prescrição de um tratamento medicamentoso. Conhecer as políticas que garantem o acesso e a integralidade da assistência é fundamental para esse cuidado integral, universal e equânime.

REFERÊNCIAS

ABNT. **NBR 9050**: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2. ed. Rio de Janeiro, 2004. 97p. Disponível em: < http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_24.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

BAHIA. Governo do Estado. **CREASI**: objetivos. Salvador, 2016. Disponível em: < http://www.saude.ba.gov.br/creasi/index.php?option=com_content&view=article&id=129&Itemid=75>. Acesso em: 9 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 jun. 2013a. Seção 1, p. 63. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Jun/20/resolucao-no-5-de-19-de-junho-de-2013-dispoe-sobre>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

_____. _____. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013b. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 9 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006a. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf >. Acesso em: 9 jun. 2016.

_____. _____. Portaria nº 2.528, de 19 de abril de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-Pessoaldosa.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2016.

_____. _____. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, 6 out. 2003. Seção 1, p. 56. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3259>. Acesso em: 9 jun. 2016.

_____. _____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 9 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

_____. _____. _____. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume12.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2016.

_____. _____. _____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes estaduais de atenção à saúde do idoso:** guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 104 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2016.

_____. _____. Secretaria-Executiva. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

_____. _____. SISAP-IDOSO. **Introdução.** ICICT, FIOCRUZ, 2016. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php?pag=intro>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

BRITO, F. et al. **A transição demográfica e as políticas públicas no Brasil:**

crescimento demográfico, transição da estrutura etária e migrações internacionais. Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <<http://www.sae.gov.br/wp-content/uploads/07demografia1.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

CARDOSO, A.F. et al. Protocolo de atenção à saúde do idoso.

Tubarão: Copiart, 2011. 128p. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14_05_2012_8.47.51.ea16b1f5291407e4d39d30837dfc2809.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

CHAIMOWICZ, F. et al. Saúde do idoso. Belo Horizonte: NESCON, UFMG, COOPMED, 2009. 172p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4470.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

FREITAS, M.P.D.; MORAES, E.N. Estrutura da rede de atenção à saúde da pessoa idosa. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: EAD, ENSP, 2008. 340 p. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_594481029.pdf. Acesso em: 9 jun. 2016.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-140. Bimestral. 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

MIYATA, D.F. et al. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 9, n. 2, p. 135-140, maio./ago. 2005. Disponível em: < <http://observasaudesp.fundap.sp.gov.br/RgMetropolitana/idoso/Documents/Artigos%20e%20Documentos%20Relacionados/PolProgids.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

ONU. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**. Tradução de Arlene Santos. 18. ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. 86p. (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1). Disponível em: < http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2016.

OPAS. OMS. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. In: CONSEJO DIRECTIVO, 49; SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL, 61. 2009, Washington, D.C, EUA, 2009. p. 1-28. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/POLITICASEPROGRAMASINTERNACIONAIS/PlanodeacaosobreausaudeOPAS.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

PAIXÃO Jr., C.M.; REICHENHEIM, M.E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 7-19, jan./fev. 2005. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n1/02.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Documento norteador:** Programa Acompanhante de Idosos. São Paulo, 2012. 130f. Disponível em: < <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoaidosa/DocumentoNorteador-PAI.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

SOUZA, D.M.M. (Org.). **A Prática diária na Estratégia Saúde da Família.** Juiz de Fora: UFJF, 2011. 462p. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/11/A-pr%C3%A1tica-di%C3%A1ria-na-estrat%C3%A9gia-Sa%C3%BAdede-da-Fam%C3%ADlia.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

3 PRINCIPAIS AGRAVOS CRÔNICOS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais

Maria José Sanches Miranda

Marília Simon Sgambatti

Nesta fase da vida, os idosos apresentam baixa reserva funcional, o que os torna mais vulneráveis às alterações no estado de saúde. No cuidado ao idoso, é comum encontrar a condição de multimorbidades e como consequência o uso de múltiplos medicamentos. Sendo assim, ainda que nos tópicos seguintes sejam discutidas as doenças separadamente, ao considerar as condições de saúde do idoso, é importante uma abordagem ampliada, levando em conta a inter-relação dos múltiplos problemas apresentados por eles e as respectivas terapêuticas, assim como as síndromes geriátricas.

Associa-se à fragilidade funcional e à possibilidade da presença concomitante de múltiplas doenças, as condições socioculturais, espirituais e econômicas, muitas vezes desfavoráveis ao adequado cuidado à saúde.

O enfrentamento do aumento das condições crônico-degenerativas advindo do envelhecimento implica na atuação preventiva ao longo do ciclo vital do indivíduo. Hoje, no Brasil, as principais causas de morte são as doenças cardio e cerebrovasculares e câncer. Essas condições têm abordagens preventivas, primárias, secundárias, terciárias e quaternárias apresentadas no módulo sobre prevenção. Sua abordagem implica em um trabalho multiprofissional, na identificação precoce e reabilitação. Neste capítulo serão apresentadas as condições crônicas “diabetes, dislipidemia, doenças pulmonares, câncer e a hipertensão arterial sistêmica”, com grande implicância para o trabalho da Atenção Básica.

3.1 Diabetes

O diabetes mellitus (DM) é caracterizado por elevação anormal da concentração de glicose sanguínea, resultado de defeito na secreção de insulina e/ou defeito na sua ação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Existem dois tipos de diabetes, o tipo 1, que representa 8% dos casos entre a população em geral, com início na infância e adolescência, quando ocorre a destruição total das células produtoras de insulina, e o tipo 2, o mais comum e com significativa relação com a genética, envelhecimento, excesso de peso e sedentarismo. O diabetes tipo 2 incide em, aproximadamente, 40% dos indivíduos com mais de 65 anos (BRASIL, 2006).

Entre os idosos, portanto, a presença do diabetes tipo 2 deve ser atentamente considerada, uma vez que de 45% a 50% das pessoas com diabetes não sabem que a tem. Acrescenta-se a isso que o diabetes, quando mal controlado, ao longo do tempo, causa complicações como cegueira, amputação de membros e insuficiência renal, que se desenvolvem silenciosamente (BRASIL, 2006).

Recomenda-se o rastreamento de diabetes em adultos assintomáticos com pressão arterial (PA) sustentada (tratada ou não) maior que 135/80 mmHg, não se aplicando a outros critérios, como obesidade, história familiar e faixa etária. Essa conduta leva em consideração as evidências do elevado risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares que podem decorrer da associação das duas condições (VILLAS BOAS; MONDELLI; VALE, 2010).

No quadro 1, observa-se os valores plasmáticos da glicose que devem ser considerados ao fazer o diagnóstico.

Quadro 1 - Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos.

Categoria	Jejum*	2 horas após 75 g de glicose	Casual**
Glicemia normal	< 100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	> 100 a < 126	≥ 140 a < 200	
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)***
<p>*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo oito horas. **Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição. ***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e perda não explicada de peso.</p>			

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf.

Dessa forma, o diagnóstico de DM deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

A meta de tratamento para as pessoas diabéticas é manter os níveis de glicemia os mais próximos possíveis do normal, o que significa alcançar uma hemoglobina glicosilada em torno de 7%. Geralmente, isso corresponde a uma glicemia de jejum menor que 140 mg/dL. Porém, o grande benefício do tratamento está em manter controle também dos níveis pressóricos, ou seja, uma PA menor ou igual a 135/80. Dessa forma, pode-se reduzir a morbimortalidade cardiovascular nesses pacientes. O diabetes lidera como causa de cegueira, doença renal e amputação e expõe a um aumento de mortalidade, principalmente, por eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

É importante destacar que o valor da hemoglobina glicada em idosos não é consenso, mas são aceitos valores distintos do adulto jovem. Segundo BROWN et al. (2003), são aceitos valores < 7% em idosos robustos e 8% em idosos frágeis ou com expectativa de vida < 5 anos (BROWN et al., 2003).

No cuidado ao idoso portador de diabetes, lembre-se que:

- O DM2 pode ser prevenido ou, pelo menos, retardado, por meio de intervenção em portadores de pré-diabetes.
- O principal objetivo é controlar a hiperglicemia, visando prevenir as complicações agudas e, principalmente, as crônicas. Alcançar a meta de controle glicêmico e incentivar práticas de autocuidado dependerá do empenho da equipe de saúde em manter a motivação e participação ativa do paciente.
- A base do tratamento do diabetes é o estilo de vida saudável, incluindo exercícios físicos regulares e moderados (por exemplo, 150 minutos de caminhada por semana), alimentação adequada, controle do peso corporal (redução de ao menos 5% a 10% do peso corporal, caso apresentem sobrepeso ou obesidade), evitar cigarro e bebida alcoólica, podendo ser acrescido ou não de medicação.
- Embora o paciente seja o maior responsável por seu quadro clínico, a adesão ao tratamento depende, entre outros fatores, da habilidade da equipe para encorajá-lo a se dedicar, o que se obtém por meio do vínculo e responsabilização (SILVA; VIDAL, 2011).

No tratamento medicamentoso, a abordagem inclui a utilização de hipoglicemiantes orais e das insulinas, devendo-se estar atento para as características funcionais próprias desta faixa etária, bem como a presença de comorbidades e da polifarmácia (FREITAS, 2006).

PARA SABER MAIS!

Conheça o “Posicionamento Oficial SBD nº 01/2014 - Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2: Algoritmo SBD 2014”.

O idoso tem maior risco de desenvolver hipoglicemia, devido a efeitos colaterais da medicação; nutrição deficiente, diminuição cognitiva, insuficiência renal e disfunção autonômica. Os sinais e sintomas podem se manifestar de forma distinta, incluindo tontura, confusão mental, delírio, além de suor, taquicardia e tremores.

Importante ter clareza de que a melhor intervenção é a prevenção da doença e das suas complicações, portanto as equipes de saúde, especialmente da atenção básica, devem investir em mudanças no estilo de vida da população por meio, principalmente, do estímulo à atividade física e alimentação saudável. A inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, professores de educação física, assistentes sociais, psicólogos e odontólogos é de fundamental importância (BRASIL, 2006).

O envolvimento dos familiares no tratamento é uma condição essencial quando se trata dos idosos, considerando que muitos deles demandam algum tipo de ajuda para realização dos cuidados. Além disso, em qualquer circunstância, a família se constitui em uma forma de apoio.

O portador de diabetes deve ser sistematicamente avaliado e acompanhado pela equipe de saúde, com vistas ao acompanhamento dos níveis glicêmicos e à detecção precoce de complicações.

▪ **Referência e contrarreferência**

Em situações mais complexas de manejo na atenção domiciliar/básica, como nos casos de diabetes de difícil controle ou na decorrência de complicações, com a finalidade de garantir a atenção integral ao portador, haverá a necessidade de uma consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária. Nesses casos, deve ser estabelecida uma rede de referência e contrarreferência que conte com efetiva comunicação entre os profissionais (BRASIL, 2006).

REFLETINDO!

- Como identificar os critérios para diagnóstico do DM?
- É possível reconhecer as principais medidas para o manejo do idoso portador de diabetes?
- Como escolher os medicamentos mais utilizados para o tratamento do DM e suas complicações no idoso?

3.2 Dislipidemia

Ao longo da vida, por causa de alterações hormonais, ocorrem mudanças no metabolismo das lipoproteínas que levam à redução da síntese endógena do colesterol, caracterizando as dislipidemias, um fator relevante para o desenvolvimento da aterosclerose. Evidências epidemiológicas contundentes relacionam baixos níveis de colesterol nas partículas de HDL (HDL-C) com maior risco de morbimortalidade por doenças coronarianas, assim como a elevação de triglicerídeos e LDL colesterol (LDL-C) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013). Para a determinação do perfil lipídico, deve ser mantida a dieta habitual, estado metabólico e peso estáveis por pelo menos duas semanas antes da realização do exame. Além disso, devem-se evitar ingestão de álcool e atividade física vigorosa nas 72 e 24 horas que antecedem a coleta de sangue, respectivamente. Os valores referenciais do perfil lipídico são apresentados na tabela abaixo.

Tabela 1 - Valores referenciais do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos.

Lípides	Valores (mg/dl)	Categoria
CT	< 200	Desejável
	200-239	Limítrofe
	≥ 240	Alto
LDL-C	< 100	Ótimo
	100-129	Desejável
	130-159	Limítrofe
	160-189	Alto
	≥ 190	Muito alto
	HDL-C	> 60
< 40		Baixo
TG	< 150	Desejável
	150-200	Limítrofe
	200-499	Alto
	≥ 500	Muito alto
Colesterol não HDL	< 130	Ótimo
	130-159	Desejável
	160-189	Alto
	≥ 190	Muito alto

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol.*, v. 101, n. 4, supl. 3, p. 1-22, 2013. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.pdf>.

A partir de evidências científicas:

- Recomenda-se avaliação de rotina em mulheres com idade maior de 45 anos se apresentar risco aumentado para doença arterial coronariana.
- Recomenda-se avaliação de rotina em homens com idade de 35 anos ou mais.
- National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III (ATP III) e American Heart Association recomendam dosagem para adultos com 20 anos de idade a cada cinco anos. American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda avaliação de rotina em mulheres acima de 45 anos a cada cinco anos; a avaliação de mulheres com 19 a 44 anos deve ser baseada nos fatores de risco (VILAS BOAS; MONDELLI; VALE, 2010).

3.2.1 Tratamento não medicamentoso das dislipidemias

- ❖ Terapia nutricional deve sempre ser adotada (lembrando que os níveis séricos de colesterol e TG se elevam em função do consumo alimentar aumentado de colesterol, de carboidratos, de ácidos graxos saturados, de ácidos graxos trans e de excessiva quantidade de calorias);
- ❖ Perda de peso;
- ❖ Atividade física;
- ❖ Cessação do tabagismo.

Quadro 2 - Recomendações dietéticas para a redução da hipercolesterolemia.

Preferir		Consumir com moderação	Ocasionalmente em pouca quantidade
Cereais	Grãos integrais	Pão refinado, arroz e massas, biscoitos, cereais açucarados	Pães doces, bolos, tortas, croissants
Vegetais	Vegetais crus e cozidos	Vegetais preparados na manteiga ou creme	
Legumes	Todos, incluindo soja e proteína de soja		
Frutas	Frescas ou congeladas	Frutas secas, geleia, compotas, sorvetes	
Doces e adoçantes	Adoçantes não calóricos	Mel, chocolates, doces	Bolos e sorvetes
Carnes e peixes	Peixe magro e oleoso, frango sem pele	Cortes de carne bovina magra, carne de porco, frutos do mar	Salsichas, salames, toucinho, costelas, vísceras
Alimentos lácteos e ovos	Leite e iogurte desnatados, clara de ovos	Leite semidesnatado, queijos brancos e derivados magros	Queijos amarelos e cremosos, gema de ovo, leite e iogurte integrais
Molhos para temperar e cozinhar	Vinagre, ketchup, mostarda, molhos sem gordura	Óleos vegetais, margarinas leves, molhos de salada, maionese	Manteiga, margarinas sólidas, gorduras de porco e trans, óleo de coco
Nozes e sementes	Todas	Coco	
Preparo dos alimentos	Grelhados, cozidos e no vapor	Assados e refogados	Fritos

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol.*, v. 101, n. 4, supl. 3, p. 1-22, 2013. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.pdf.

3.2.2 Tratamento medicamentoso das dislipidemias

Nos idosos, as estatinas são a primeira escolha. A tolerância é boa, embora efeitos indesejáveis, como dores musculares, câimbras e fraqueza, por vezes confundidas com doença osteomuscular, possam ocorrer mesmo com doses baixas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

3.3 Doenças pulmonares

O sistema respiratório, assim como os demais sistemas do organismo, sofre alterações com o processo de envelhecimento, tanto anatômicas como no funcionamento do tórax, tornando-o mais suscetível às doenças. Entre as principais afecções, as mais comuns nos idosos são: asma, bronquite, gripe, pneumonia e enfisema.

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) caracteriza-se pela presença de obstrução crônica e progressiva do fluxo aéreo, associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões, por causa da inalação de partículas ou gases tóxicos, principalmente o tabagismo. A inflamação crônica pode produzir inflamação na árvore brônquica (asma/bronquite), bronquíolos (bronqueolite obstrutiva) e parênquima pulmonar (enfisema). Embora a DPOC comprometa os pulmões, ela também produz consequências sistêmicas significativas. No Brasil, estima-se que 12% da população acima de 40 anos apresentam a doença, sendo a sexta principal causa de morte (TELLES FILHO, 2016).

A tosse é o sintoma mais frequente. A dispneia é geralmente progressiva, referida em fase mais avançada da doença e constitui o principal sintoma associado à incapacidade, redução da qualidade de vida e pior prognóstico. Para a confirmação do diagnóstico, além da história clínica, a espirometria com a curva de volume-tempo é obrigatória, pois permite a avaliação de parâmetros clínicos importantes como a CVF (capacidade vital forçada), o VEF1 (volume expiratório forçado no primeiro segundo) e a relação VEF1/CVF. A existência de limitação do fluxo aéreo é definida pela presença da relação VEF1/CVF abaixo de 0,70 pós-broncodilatador.

Na DPOC, deve-se solicitar, rotineiramente, uma radiografia simples de tórax nas posições pósterio-anterior e perfil, com a finalidade principal de afastar outras doenças pulmonares e identificar bolhas, com possível indicação cirúrgica. No diagnóstico diferencial, lembrar que:

ASMA BRÔNQUICA: É DOENÇA QUE MAIS SE CONFUNDE COM A DPOC.

Suas características diferenciais são:

- **Início na infância ou adolescência**
- **Histórico familiar**
- **Não tabagista**
- **Variação acentuada do grau de sintomas e sinais**
- **Reversibilidade completa da limitação do fluxo aéreo**
- **Boa resposta ao corticoide inalado**

PARA SABER MAIS!

Leia “Asma Brônquica: asma no idoso”, de Pierre d’Almeida Telles Filho, 2016.

3.3.1 Tratamento/cuidado ao portador de DPOC

- Inaladores (broncodilatadores) para abrir as vias aéreas, tal como brometo de ipratrópio (Atrovent) e Beta-2 agonista de curta duração (fenoterol e terbutalina).
- Os corticoides apresentam ação benéfica em muitos idosos, tanto por sua ação anti-inflamatória quanto por possível potencialização da ação dos broncodilatadores.
- Antibióticos - quando tiver pelo menos duas das seguintes alterações: aumento do volume de escarro; alteração do seu aspecto para purulento; aumento da intensidade da dispneia.
- Exercícios de reabilitação pulmonar auxiliam os idosos a respirar melhor, para que eles possam permanecer menos sintomáticos e mais ativos.
- Evitar o ar muito frio.
- Reduzir a poluição ambiental, eliminando fumaça de lareira, fogão de lenha e, principalmente, fumaça de cigarro.
- É importante que o portador de DPOC tenha um acompanhamento periódico de um especialista.

- A oxigenoterapia deve ser utilizada quando os pacientes apresentarem hipoxemia franca. O número de horas necessárias/dia é indicado com base nos resultados da gasometria arterial em ar ambiente, sendo que uma PaO_2 (pressão parcial de oxigênio) < 55 mmHg ou SaO_2 (saturação de oxigênio) $< 88\%$, por exemplo, tem uma indicação de 15 horas diárias ou mais (TELLES FILHO, 2016).

No manejo domiciliar, deve-se ficar atento aos sinais de piora, como: piora da falta de ar; piora da tosse, aumento da expectoração ou dor torácica; tosse com expectoração sanguinolenta, com cheiro forte, de cor amarelada ou verde; inchaço nos pés, tornozelos ou nas mãos; piora da sensação de fadiga; câimbras ou fraqueza muscular; e despertar noturno com falta de ar.

▪ Plano de cuidados com idosos com distúrbios respiratórios

- ✓ A atuação multidisciplinar é imprescindível.
- ✓ Analisar mais detalhadamente os recursos familiares desses pacientes e propor que eles apoiem o tratamento.
- ✓ Embora os idosos tenham incorporado um estilo de vida com fatores de risco para o surgimento dessas doenças, a equipe de saúde deve buscar alternativas de melhoria das condições de vida e saúde, tendo como premissa o respeito e a autonomia, com propostas compartilhadas de intervenções que possibilitem mudanças nos hábitos que levam ao agravamento das enfermidades.
- ✓ O hábito do tabagismo precisa ser desaconselhado.
- ✓ Manter o ambiente arejado.
- ✓ Manter uma ingesta hídrica regular.

- ✓ Orientar para a realização de exercícios de fortalecimento pulmonar.
- ✓ A alimentação precisa ser balanceada e fracionada.
- ✓ A forma adequada de utilizar o oxigênio deve ser informada ao idoso e seus familiares.

3.4 Câncer

3.4.1 Objetivos educacionais no rastreamento do câncer no idoso

- Identificar o câncer nas suas mais diversas naturezas.
- Classificar os diferentes tipos de câncer.
- Reconhecer as principais medidas para o manejo desse agravo.
- Aprender os tratamentos mais utilizados para esse agravo em idosos.

O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, essas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (INCA, 2016b).

As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma sociedade. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas e estão ligadas à capacidade do organismo de defender-se das agressões externas.

Os tumores podem ter início em diferentes tipos de células. Quando começam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso,

músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas. Outra característica que diferencia os diversos tipos de câncer entre si é a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástases) (INCA, 2016b).

PARA SABER MAIS!

Leia sobre a definição, causas e surgimento do câncer no site do INCA.

No Brasil, foram estimados em 2011, 489.270 casos novos de câncer, sendo 236.240 para o sexo masculino e 253.030 para o sexo feminino. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão os cânceres de próstata e de pulmão, no sexo masculino; e os cânceres de mama e do colo do útero, no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina, sendo estimado que o câncer de pele do tipo não melanoma (114 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (52 mil), mama feminina (49 mil), cólon e reto (28 mil), pulmão (28 mil), estômago (21 mil) e colo do útero (18 mil) (BRASIL, 2009).

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), é exatamente a parcela mais velha da população a mais atingida pelo câncer. Estima-se que 60% dos pacientes oncológicos no país tenham 65 anos ou mais e que 70% das mortes decorrentes da doença ocorram nessa fase da vida (VIEIRA, 2011).

Atualmente, o câncer tem sido considerado um problema de saúde pública, por sua incidência, contexto da doença, seu impacto frente ao diagnóstico, confirmação e tratamento (INCA, 2016b).

3.4.2 Diagnóstico

Em virtude da grande diversidade de localização, tipo, estágio, sinais e sintomas, o câncer é um agravo de difícil diagnóstico, geralmente descoberto por desconforto dos mais variados possíveis ou às vezes ao acaso.

Diante dessa dificuldade de diagnóstico, quando desconfortos são constatados, geralmente já possuem comprometimentos importantes. Os profissionais de saúde, quando procurados por pacientes com suspeitas palpáveis, devem ser muito cuidadosos, avaliando-os de forma ampliada e contando sempre com avaliações interdisciplinares, para que o diagnóstico possa ser o mais fidedigno possível, ajudando assim no enfrentamento dessa doença, em face das mais diversas condutas terapêuticas.

3.4.3 Tratamento

Há diferentes tipos de tratamento para o câncer, entre eles a quimioterapia é o mais frequente, associada ou não à radioterapia, cirurgia, imunoterapia e hormonioterapia. O protocolo de tratamento é instituído de acordo com o tipo de tumor, seu comportamento biológico, localização, extensão da doença, idade e condições gerais do paciente (INCA, 2008).

A maior limitação dos quimioterápicos, agentes químicos utilizados no tratamento do câncer, diz respeito à sua inespecificidade celular, ou seja, os seus efeitos afetam tanto as células normais como as neoplásicas. A toxicidade é variável para os diversos tecidos e depende da droga utilizada. Nem todos os quimioterápicos ocasionam efeitos indesejáveis, porém esses efeitos existem; os mais comuns são os hematológicos, gastrointestinais, cardíacos, hepáticos, pulmonares, neurológicos, disfunção reprodutiva, toxicidade vesical e renal, alterações metabólicas, toxicidade dermatológica, reações alérgicas e anafilaxia (INCA, 2008).

Tendo em vista a complexidade no tratamento do câncer, a internação hospitalar faz-se necessária em muitas situações. Uma das limitações dessa modalidade de tratamento é o fato de que isola o

indivíduo de seu ambiente social, interrompe suas atividades, proporciona pouca ou nenhuma oportunidade de fazer com que lide com o impacto da doença em seu cotidiano. Além disso, o paciente fica exposto a riscos que podem vir a fragilizar mais sua saúde, assim como o convívio prolongado com outros indivíduos que sofrem com a mesma doença, em fases mais adiantadas ou semelhantes, que o torna mais vulnerável ao sofrimento decorrente do receio da terminalidade (PELAEZ DORÓ et al., 2004).

3.4.4 Referência e contrarreferência

Em 2010, existiam 276 hospitais habilitados no tratamento do câncer. Todos os estados brasileiros têm pelo menos um hospital habilitado em Oncologia, onde o paciente de câncer encontrará desde um exame até cirurgias mais complexas. Mas, para ser atendido nessas unidades, é necessário o encaminhamento por um médico com o diagnóstico já confirmado de câncer por laudo de biópsia ou punção (exame histopatológico), à exceção das áreas de neurocirurgia e cirurgia torácica, nas quais basta exame de imagem com suspeita de tumor maligno. Cabe às secretarias estaduais e municipais de saúde organizar o atendimento dos pacientes na rede assistencial, definindo para quais hospitais os pacientes deverão ser encaminhados a fim de receberem o atendimento do câncer na rede do SUS (INCA, 2016a).

PARA SABER MAIS!

Leia sobre o tratamento do câncer pelo Sistema Único de Saúde no site do INCRA.

3.5 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão

arterial (PA). Associa-se, frequentemente, a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A pressão arterial depende de mecanismos reguladores interligados, que sofrem alterações decorrentes do processo de envelhecimento. Diante disso, estudos de prevalência indicam que 50% dos indivíduos entre 60 a 69 anos e 75% dos indivíduos acima de 75 anos apresentam níveis pressóricos maior ou igual a 140/90 mmHg. A HAS apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O diagnóstico correto e a persistência dos pacientes no acompanhamento são fatores-chave muito importantes para atingir a meta ideal de tratamento e reduzir a morbimortalidade cardiovascular (VI DBD, 2010).

A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. A medida da PA deve ser realizada em toda consulta feita por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde. A verificação da PA é um procedimento simples e valioso, no entanto, recomendam-se alguns cuidados para que sua medida seja realizada de forma correta, conforme segue:

▪ **Preparo do paciente:**

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos cinco minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.

2. Certificar-se de que o paciente NÃO: está com a bexiga cheia; praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos; fumou nos 30 minutos anteriores.
 3. Posicionamento do paciente: deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).
- **Para a medida propriamente:**
1. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
 2. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
 3. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.
 4. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
 5. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação.
 6. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).
 7. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraca, seguida de batidas regulares e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
 8. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).

9. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.
10. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica / diastólica / zero.
11. Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida.
12. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente.
13. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

▪ **Guarde esta classificação:**

Tabela 2 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Fonte: Adaptado de: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.*, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.

A medida da PA no idoso pode sofrer influência de fatores que interferem na obtenção de resultados fidedignos. A pseudo-hipertensão, o hiato auscultatório e a hipotensão postural podem ser fatores intervenientes

na medida da PA no idoso, implicando diretamente no correto diagnóstico e tratamento da HAS.

Além da aferição em consultório, a HAS pode ser diagnosticada e acompanhada pela automedida da pressão arterial; MRPA (monitorização residencial da pressão arterial); e MAPA 24 horas (monitorização ambulatorial da pressão arterial de 24 horas). Deve-se também realizar uma anamnese detalhada sobre os hábitos de vida e alimentares, comorbidades, utilização atual ou prévia de medicamentos ou drogas, além de história familiar para HAS e/ou doenças cardiovasculares. No exame físico, deve-se buscar identificar possíveis lesões de órgão-alvo.

Os exames laboratoriais iniciais incluem: urina I, potássio plasmático, creatinina plasmática, glicemia de jejum, colesterol total, HDL, triglicérides e ácido úrico, exames não laboratoriais. Valores de microalbuminúria e hemoglobina glicada em indivíduos com diabetes mellitus, síndrome metabólica com um ou dois fatores de risco auxiliam na estratificação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As condutas para o tratamento e controle da HAS são classificadas em medicamentosas e não medicamentosas. No entanto, o aspecto mais importante do tratamento da HAS é a adesão dos pacientes, uma vez que, quando ela não acontece, é a causa principal da PA não controlada, representando assim um risco significativo de eventos cardiovasculares. Entende-se que o tratamento é um processo multifatorial, estruturado a partir da relação entre quem cuida e quem é cuidado, e envolve a constância, a perseverança e a frequência (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005; BASTOS-BARBOSA, 2012).

Quadro 3 - Principais determinantes da não adesão ao tratamento anti-hipertensão.

1.	Falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica.
2.	Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar e baixa autoestima.
3.	Relacionamento inadequado com a equipe de saúde.
4.	Tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço.
5.	Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis.
6.	Interferência na qualidade de vida após início do tratamento.

Fonte: Adaptado de: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.*, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf

Quadro 4 - Principais sugestões para melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

1.	Educação em saúde, com especial enfoque sobre conceitos de hipertensão e suas características.
2.	Orientações sobre os benefícios dos tratamentos, incluindo mudanças de estilo de vida.
3.	Informações detalhadas e compreensíveis aos pacientes sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos prescritos e necessidades de ajustes psicológicos com o passar do tempo.
4.	Cuidados e atenções particularizadas em conformidade com as necessidades.
5.	Atendimento médico facilitado, sobretudo no que se refere ao agendamento de consultas.

Fonte: Adaptado de: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.*, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf

As principais recomendações não medicamentosas para prevenção e controle da HAS são: buscar uma alimentação saudável e balanceada; controlar o peso corporal; reduzir o consumo de sal e gorduras; moderar ou abster-se do consumo de álcool; realizar atividade física regular; abandonar o tabagismo; e controlar o estresse psicoemocional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As recomendações são para todos os pacientes acometidos por esse agravo, independentemente da idade, não havendo recomendações específicas para idosos. Ressaltamos que as metas para níveis pressóricos em idosos são controversas.

PARA SABER MAIS!

Conheça as “II Diretrizes de Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia”, 2010.

Já o tratamento farmacológico é indicado para hipertensos moderados e graves e para aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos-alvo. No entanto, a terapia medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos valores pressóricos da morbidade e da mortalidade, tem alto custo e pode ter efeitos colaterais, motivando o abandono do tratamento (ZAITUNE et al., 2006). É importante considerar que a dose inicial deve ser mais baixa e o incremento de doses ou a associação de novos medicamentos deve ser feito com mais cuidado, especialmente, em idosos frágeis.

Deve-se considerar todos os fatores de risco, pois eles devem nortear a escolha do anti-hipertensivo inicial. A maioria, porém, necessita de terapia combinada, principalmente para o controle adequado da pressão sistólica. Os diferentes agentes podem melhorar a morbimortalidade: diuréticos, tiazídicos, betabloqueadores em combinação, bloqueadores de canais de cálcio de ação longa, inibidores da ECA e bloqueadores do receptor AT1 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Evidências científicas sugerem que o tratamento da hipertensão no idoso reduz a incidência de déficit cognitivo e demência. Há de se considerar também o alto índice de idosos fazendo uso de polifármacos, favorecendo a presença de hipotensão postural ou ortostática, além de efeitos colaterais adversos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

3.5.1 Decisão terapêutica da hipertensão arterial segundo o risco cardiovascular

Quadro 5 - Decisão terapêutica da hipertensão arterial segundo o risco cardiovascular.

Categoria de risco	Estratégia
Sem risco adicional	Tratamento não medicamentoso isolado
Risco adicional baixo	Tratamento não medicamentoso isolado por até seis meses. Se não atingir a meta, associar tratamento medicamentoso
Risco adicional médio	Tratamento não medicamentoso + medicamentoso
Risco adicional alto	Tratamento não medicamentoso + medicamentoso
Risco adicional muito alto	Tratamento não medicamentoso + medicamentoso

Fonte: Adaptado de: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.*, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.

REFLETINDO!

Vamos discutir os critérios para diagnóstico e a classificação da HAS.

- Você sabe identificar as medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas no tratamento da HAS em idosos e como fazê-las?
- Sabe identificar os principais efeitos colaterais dos medicamentos utilizados pelos idosos?
- Sabe quais são os exames que devem ser solicitados para rastreamento de lesões de órgãos-alvo?
- Sabe reconhecer a importância da adesão ao tratamento no controle da HAS e suas complicações?
- Sabe realizar rastreamento de HAS em idosos da nossa área de abrangência em busca de acompanhamento e adesão ao plano terapêutico?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo foram apresentadas algumas condições crônicas que acometem, frequentemente, a população idosa assistida pela atenção básica, tais como: diabetes, dislipidemia, doenças pulmonares, câncer e hipertensão arterial sistêmica e suas peculiaridades. Foram destacados aspectos fundamentais para o reconhecimento desses agravos nas pessoas idosas, seu manejo e sua terapêutica, contribuindo assim, no aumento da autonomia e independência dessa população.

Reconhecer esses agravos no âmbito de atuação da Atenção Básica é uma estratégia indispensável na redução de complicações, mortalidade e principalmente em melhores condições de qualidade de vida à pessoa idosa. Esperamos que você tenha percebido a importância destas temáticas para o processo de saúde da pessoa idosa, servindo de subsídio para sua prática na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

BASTOS-BARBOSA, R. G. et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 99, n. 1, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001000009>. Acesso em: 13 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_2010_incidencia_cancer.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diabetes mellitus**. 2006. 64 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em: 13 mar. 2016.

_____. _____. _____. **Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf>.

BROWN A. F. et al. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. **J Am Geriatr Soc**. n. 51. p. 265-280. 2003.

FREITAS, E.V. Diabetes Mellitus. In: _____. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 776-86.

INCA. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

INCA. **Tratamento pelo Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, 2016a. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/ondetratarsus>. Acesso em: 13 jun. 2016.

_____. **O que é câncer?** Rio de Janeiro, 2016b. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322. Acesso em: 13 jun. 2016.

PELAEZ DORO, M. et al. O câncer e sua representação simbólica. **Psicol. cienc. prof.**, v. 24, n. 2, p.120-133, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000200013. Acesso em: 13 jun. 2016.

SILVA, C. M. G.; VIDAL, E.C.F. Idosos com diabetes mellitus: práticas de autocuidado. **Cad. Cult. Ciênc.**, ano. 6, v. 10, n. 2, dez. 2011.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v. 9, n. 16, p. 91-104, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.**, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso em: 13 mar. 2016.

_____. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq Bras Cardiol.**, v. 101, n. 4, supl. 3, p. 1-22, 2013. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.pdf. Acesso em: 22 out. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento da Diabetes Mellitus**: diretrizes da SBD 2007. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.

TELLES FILHO, P.A. **Asma brônquica**: asma no idoso. 2016. Disponível em: < http://www.asmabronquica.com.br/medical/asma_idoso.html>. Acesso em: 13 jun. 2016.

VIEIRA, S. A vez da Oncogeriatría. **Revista Onco & - Oncologia para todas as especialidades**. ano. 2, n. 8, out./nov. 2011. Disponível em: < http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2011/10/ONCO_8.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

VILAS BOAS, P. J. F.; MONDELLI, A. L.; VALE, A. P. Recomendações para prevenção clínica: aspectos relevantes em idosos. **Geriatría & Gerontologia**, v. 4, n. 2, p. 113-19, 2010.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285-294, feb. 2006. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0425.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

Leitura Complementar:

BORGES, J.L. **Manual de cardiogeriatría**. BBS, 2005.

McCULLOCH, D. K. **Treatment of type 2 diabetes mellitus in the elderly patient**: literature review current through. mayo. 2013. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-type-2-diabetes-mellitus-in-the-elderly-patient>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

SCALA, L. C. N.; PÓVOA, R.; PASSARELLI JUNIOR, O. O que mudou na VI Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Revista Factores de Risco**, n. 24, p. 14-21, jan./mar. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Algoritmo para o tratamento do diabetes tipo 2**: atualização 2011. São Paulo, 2011. 32 p.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M.; HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-80, 2012.

