

MANUAL

Orientações sobre a avaliação centrada na
pessoa e roteiros para a atenção primária

MANUAL

Orientações sobre a avaliação centrada na
pessoa e roteiros para a atenção primária

Versão oficial em português da obra original em Inglês Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. WHO/FWC/ALC/19.1

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2020

OPAS/FPL/HL/20-0004A



Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-Compartilhável 3.0 OIG de Creative Commons; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.pt>.

De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada, como indicado abaixo. Em nenhuma circunstância deve-se dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado.

Adaptação. No caso de adaptação desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As perspectivas e opiniões expressadas na adaptação são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es) da adaptação e não têm o endosso da OPAS”.

Tradução. No caso de tradução desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta tradução não foi elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não é responsável pelo conteúdo ou rigor desta tradução”.

Referência bibliográfica sugerida. Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE). Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados da catalogação na fonte (Cataloging in Publication - CIP).

Os dados da CIP estão disponíveis em <http://iris.paho.org>.

Vendas, direitos e licenças. Para adquirir publicações da OPAS, acesse <http://publications.paho.org>. Para solicitar uso comercial e indagar sobre direitos e licenças, acesse <http://www.paho.org/permissions>.

Materiais de terceiros. Para a utilização de materiais nesta obra atribuídos a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe ao usuário a responsabilidade de determinar a necessidade de autorização e de obtê-la devidamente do titular dos direitos autorais. O risco de indenização decorrente do uso irregular de qualquer material ou componente da autoria de terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

Termo geral de isenção de responsabilidade. As denominações utilizadas e a maneira de apresentar o material nesta publicação não manifestam nenhuma opinião por parte da OPAS com respeito ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, ou de suas autoridades, nem tampouco à demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam as fronteiras aproximadas para as quais pode ainda não haver acordo definitivo.

A menção a determinadas empresas ou a produtos de certos fabricantes não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante não mencionados. Salvo erros ou omissões, os nomes de produtos patenteados são redigidos com a inicial maiúscula.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para verificar as informações constantes desta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem nenhum tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a OPAS será responsável por prejuízos decorrentes de sua utilização.

Design e layout desenvolvido por Erica Lefstad.

Impresso na Suíça.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| Agradecimentos | iv |
| Abreviaturas | v |
| 1. ATENÇÃO INTEGRADA PARA A PESSOA IDOSA (ICOPE) | 1 |
| 2. OTIMIZAÇÃO DE CAPACIDADES E HABILIDADES: RUMO AO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL PARA TODOS | 5 |
| 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DA PESSOA IDOSA E ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADOS PERSONALIZADO | 9 |
| 4. Roteiros de atenção para manejo do declínio cognitivo | 19 |
| 5. Roteiros de atenção para melhorar a mobilidade | 25 |
| 6. Roteiros de atenção para manejo nutricional | 33 |
| 7. Roteiros de atenção para manejo da deficiência visual | 41 |
| 8. Roteiros de atenção para manejo da perda auditiva | 51 |
| 9. Roteiros de atenção para manejo dos sintomas depressivos | 59 |
| 10. Roteiros de atenção para assistência e apoio social | 67 |
| 11. Roteiros de atenção para apoiar o cuidador | 75 |
| 12. ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADOS PERSONALIZADO | 78 |
| 13. COMO OS SISTEMAS DE SAÚDE E CUIDADOS DE LONGO PRAZO PODEM APOIAR A IMPLEMENTAÇÃO DA ABORDAGEM ICOPE DA OMS | 81 |
| Referências | 86 |

AGRADECIMENTOS

Este manual baseia-se no trabalho de muitas pessoas ao redor do mundo dedicadas à assistência e apoio aos idosos. Islene Araújo de Carvalho e Yuka Sumi, do departamento de envelhecimento e curso de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), lideraram a preparação deste manual. O núcleo responsável por redigi-lo e elaborar os roteiros incluiu Islene Araújo de Carvalho, John Beard, Yuka Sumi, Andrew Briggs (Curtin University, Austrália) e Finbarr Martin (King's College London, Reino Unido). Sarah Johnson e Ward Rinehart da Jura Editorial Services foram responsáveis pela redação final do texto.

Muitos outros colaboradores da OMS, nos escritórios regionais e em vários departamentos, contribuíram com seções específicas relevantes para suas áreas de trabalho e para o desenvolvimento dos roteiros de atenção: Shelly Chadha (Departamento de Doenças Não Transmissíveis, Incapacidade, Violência e Prevenção de Lesões da OMS), Neerja Chowdhary (Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS), Tarun Dua (Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias), Maria De Las Nieves Garcia Casal (Departamento de Nutrição para Saúde e Desenvolvimento da OMS), Zee A Han (Departamento de Doenças Não Transmissíveis, Incapacidade, Violência e Prevenção de Lesões), Dena Javadi (Aliança de Pesquisa em Políticas e Sistemas de Saúde da OMS), Silvio Paolo Mariotti (Departamento de Doenças Não Transmissíveis, Incapacidade, Violência e Prevenção de Lesões), Alarcos Cieza (Departamento de Doenças Não Transmissíveis, Incapacidade, Violência e Prevenção de Lesões), Alana Margaret Officer (Departamento de Envelhecimento e Curso de Vida

da OMS), Juan Pablo Peña-Rosas (Departamento de Nutrição para Saúde e Desenvolvimento), Taiwo Adedamola Oyelade (Unidade de Saúde Familiar e Reprodutiva, Escritório Regional da OMS para a África), Ramez Mahaini (Saúde Reprodutiva e Materna, Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental), Karen Reyes Castro (Departamento de Doenças Não Transmissíveis, Incapacidade, Violência e Prevenção de Lesões), Enrique Vega Garcia (Unidade de Curso de Vida Saudável, Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS).

O manual também se beneficiou dos ricos aportes de vários especialistas e acadêmicos que contribuíram para a redação de capítulos específicos: Matteo Cesari (Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Itália), Jill Keeffe (Centro Colaborador da OMS para Prevenção da Cegueira, Índia), Elsa Dent (Universidade de Queensland, Austrália), Naoki Kondo (Universidade de Tóquio, Japão), Arunee Laiteerapong (Universidade Chulalongkorn, Tailândia), Mikel Izquierdo (Universidade Pública de Navarra, Espanha), Peter Lloyd-Sherlock (University of East Anglia, Reino Unido), Luis Miguel Gutierrez Robledo (Institutos Nacionales de Salud de México, México), Catherine McMahon (Universidade Macquarie, Austrália), Serah Ndegwa (Universidade de Nairóbi, Quênia), Hiroshi Ogawa (Universidade Niigata, Japão), Hélène Payette (Université de Sherbrooke, Canadá), Ian Philp (Universidade de Stirling, Reino Unido), Leocadio Rodriguez-Mañas (Hospital Universitario de Getafe, Espanha), John Starr (Universidade de Edimburgo, Reino Unido), Kelly Tremblay (Universidade de Washington, Estados

Unidos), Michael Valenzuela (Universidade de Sydney, Austrália), Bruno Vellas (Centro Colaborador da OMS para a Fragilidade, Pesquisa Clínica e Formação em Geriatria – Gérontopôle, Hospital Universitário de Toulouse, França), Marjolein Visser (Vrije Universiteit Amsterdam, Países Baixos), Kristina Zdanys (Universidade de Connecticut, Estados Unidos) e os Centros Colaboradores da OMS para a Fragilidade, Pesquisa Clínica e Formação em Geriatria (Gérontopôle, Hospital Universitário de Toulouse, França) e Aspectos de Saúde Pública da Saúde Osteomuscular e do Envelhecimento (Universidade de Liège, Bélgica).

O Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa Médica da Austrália, a Aliança Global para Saúde Osteomuscular (Global Alliance for Musculoskeletal Health) e a Universidade Chulalongkorn da Tailândia apoiaram o desenvolvimento dessas orientações, dispondo de pessoal para desenvolver seu conteúdo e organizando reuniões de especialistas.

Também nos beneficiamos dos aportes dos participantes que compareceram à reunião anual do Consórcio Clínico sobre Envelhecimento Saudável da OMS, em dezembro de 2018.

O Departamento de Envelhecimento e Curso de Vida da OMS reconhece o apoio financeiro do Governo do Japão, do Governo da Alemanha e do Governo da Prefeitura de Kanagawa no Japão.

Editoração: Green Ink.

ABREVIATURAS

| | |
|--------------|---|
| AVD | Atividades de vida diária |
| AVC | Acidente vascular cerebral |
| IMC | Índice de massa corporal |
| TCC | Terapia cognitivo-comportamental |
| ICOPE | Atenção Integrada para a Pessoa Idosa |
| MAN | Miniavaliação nutricional |
| SNO | Suplementação nutricional oral |
| SPPB | Bateria breve de desempenho físico [Short Physical Performance Battery] |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ★ | Indica que são necessários conhecimentos e habilidades especializadas. |



ICCOPE

1

1. ATENÇÃO INTEGRADA PARA A PESSOA IDOSA (ICOPE)

PONTOS-CHAVE

- ✓ Do ponto de vista do sistema de saúde, a chave para apoiar o envelhecimento saudável de todas as pessoas é otimizar sua capacidade intrínseca e habilidade funcional, mesmo sabendo que o envelhecimento as reduz gradualmente.
- ✓ É possível evitar a dependência de cuidados se certas condições prioritárias associadas ao declínio da capacidade intrínseca forem prontamente diagnosticadas e controladas.
- ✓ Ao seguir as orientações aqui contidas, os profissionais de saúde e assistência social a nível da atenção básica podem, na comunidade, identificar os idosos com perda de capacidade e providenciar atenção adequada para reverter ou retardá-la. Essa abordagem é simples e de baixo custo.
- ✓ As afecções associadas ao declínio da capacidade intrínseca estão inter-relacionadas. Portanto, sua avaliação e manejo exigem uma abordagem integrada e centrada na pessoa.

O Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde, de 2015, define como o objetivo do envelhecimento saudável ajudar as pessoas a desenvolver e manter a habilidade funcional de modo a permitir o bem-estar. A habilidade funcional é definida como “atributos relacionados à saúde que permitem que as pessoas sejam ou façam o que é importante para elas”. A habilidade funcional consiste na capacidade intrínseca do indivíduo, no ambiente em que o indivíduo se insere e nas interações entre o indivíduo e o ambiente. A capacidade intrínseca é “a combinação de todas as capacidades físicas e mentais que um indivíduo tem a seu dispor” (1).

Esse conceito de envelhecimento saudável inspira um novo foco para os cuidados de saúde na — um foco na otimização da capacidade intrínseca e da habilidade funcional das pessoas à medida que envelhecem.

Em outubro de 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um documento sobre a Atenção Integrada para a Pessoa Idosa: diretrizes sobre intervenções na comunidade para manejar a perda de capacidade intrínseca (2). Essas diretrizes estabelecem 13 recomendações baseadas em evidências para os profissionais de saúde e assistência, visando ajudar a desenvolver e prestar Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE), centrada no indivíduo, em âmbito comunitário. A abordagem ICOPE incorpora o foco na otimização da capacidade intrínseca e habilidade funcional como a chave para o envelhecimento saudável. Essas recomendações podem servir de base para diretrizes nacionais. Também podem ser usadas para apoiar a incorporação de serviços para prevenir a dependência de cuidados aos programas de atenção primária e pacotes de cuidados essenciais para a cobertura universal de saúde.

As orientações deste manual ajudarão os profissionais de saúde e assistência da comunidade a colocar em prática as recomendações ICOPE. Oferecem roteiros de atenção para o manejo de afecções prioritárias associadas ao declínio da capacidade intrínseca: perda de mobilidade, má nutrição, deficiência visual, perda auditiva, declínio cognitivo e sintomas depressivos. Cada roteiro começa com um teste de triagem para identificar os idosos que provavelmente já sofreram alguma perda de capacidade intrínseca. Os profissionais de saúde e assistência social podem realizar essa triagem facilmente na comunidade. A triagem serve como porta de entrada para uma avaliação mais profunda das necessidades de saúde e assistência social das pessoas idosas. Essa avaliação, por sua vez, leva a um plano de atendimento personalizado que integra estratégias para reverter, retardar ou impedir novas perdas de capacidade, tratar doenças e atender às necessidades de assistência social. A avaliação centrada na pessoa e o desenvolvimento do plano de assistência geralmente exigem profissionais de saúde treinados em um ambiente de atenção primária à saúde, como médicos e enfermeiros da atenção primária. Porém, a perda de capacidade intrínseca geralmente pode ser manejada na comunidade onde vivem os idosos e seus cuidadores, com o apoio de uma equipe multidisciplinar.

POR QUE PRECISAMOS DA ATENÇÃO INTEGRADA PARA A PESSOA IDOSA (ICOPE)?

Os idosos constituem, mais do que nunca, uma grande parcela da população mundial. Em 2017, havia aproximadamente 962 milhões de pessoas com 60 anos de idade ou mais no mundo, o que corresponde a 13% da população global (3). Esse percentual aumentará rapidamente nas próximas décadas, principalmente nos países de baixa e média renda. Até 2050, uma em cada cinco pessoas terá 60 anos de idade ou mais. Essa tendência começou há cerca de 50 anos. Ela reflete o impacto combinado da queda acelerada das taxas de fertilidade e do aumento da expectativa de vida em grande parte do mundo, em geral acompanhando o desenvolvimento socioeconômico.

Manter a saúde dos idosos é investir em capital humano e social, além de corroborar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas (4). Ao mesmo tempo, cuidar de uma população idosa cada vez maior cria desafios para os sistemas de saúde. Os recursos de saúde precisarão ser reequilibrados entre as faixas etárias. É necessária uma mudança fundamental nas abordagens de saúde pública ao envelhecimento.

As abordagens convencionais aos cuidados de saúde para idosos se concentram em condições médicas, tendo por foco o diagnóstico e o manejo destas. O tratamento dessas doenças é mesmo importante, mas focar demais nelas tende a ignorar as dificuldades de audição, visão, memória, mobilidade e outras perdas de

capacidade intrínseca que comumente acompanham o envelhecimento. Em algum momento da vida, o bem-estar de cada pessoa beneficiar-se-á da identificação e manejo desses problemas. A atenção à capacidade intrínseca dos idosos em todo o sistema de saúde contribuirá em larga escala para o bem-estar de uma parte grande (e cada vez maior) da população.

A maioria dos profissionais de saúde não possui treinamento e orientação para reconhecer e manejar efetivamente a perda de capacidade intrínseca. À medida que as populações envelhecem, há uma necessidade premente de desenvolver abordagens comunitárias integrais que incluam intervenções para evitar a perda de capacidade intrínseca, promover o envelhecimento saudável e apoiar os cuidadores de idosos. O enfoque ICOPE da OMS aborda essa necessidade.

QUAL É O PÚBLICO-ALVO DESSA ORIENTAÇÃO?

O público-alvo primário deste manual são os profissionais de saúde e assistência social atuantes na comunidade e nos serviços de atenção primária. As orientações também podem informar os profissionais de saúde cujo conhecimento especializado será solicitado, conforme necessário, para avaliar e planejar o atendimento a pessoas com perda da capacidade intrínseca e habilidade funcional.

Além disso, os responsáveis pela elaboração de cursos de formação e capacitação nas áreas de medicina, enfermagem, saúde pública e outras carreiras da saúde

podem se basear nos conceitos e abordagens práticas aqui descritas. Outros públicos incluem os gestores de saúde e formuladores de políticas (por exemplo, gestores de programas nacionais, regionais e subnacionais encarregados de planejar e organizar serviços de saúde), agências de fomento que financiam e/ou executam programas de saúde pública e organizações não governamentais e filantrópicas que atendem idosos na comunidade

PRINCÍPIOS ORIENTADORES

Os princípios que sustentam esta orientação são os seguintes:

- ✓ Os idosos têm direito à melhor saúde possível.
- ✓ Os idosos devem ter a mesma oportunidade de acesso aos determinantes do envelhecimento saudável independentemente de sua condição socioeconômica, local de nascimento ou residência ou outros fatores sociais.
- ✓ A atenção deve ser prestada igualmente a todos, sem discriminação, especialmente sem discriminação com base no sexo ou na idade.

O QUE ESSA ORIENTAÇÃO OFERECE?

Esta orientação visa ajudar os profissionais de saúde e assistência social atuantes na comunidade a detectar e manejar a perda de capacidade intrínseca, com base nas *diretrizes da OMS sobre intervenções em nível comunitário para manejo da perda de capacidade intrínseca (2)*, e atender às necessidades de saúde e assistência social dos idosos de forma integral.

Essa orientação descreve como:

- definir metas centradas na pessoa (**capítulo 2**);
- apoiar o autocuidado (**capítulo 2**);
- desenvolver um plano de cuidados que inclua múltiplas intervenções para manejo das condições associadas à perda de capacidade intrínseca (**capítulo 3**);
- realizar triagem da perda de capacidade intrínseca e avaliar as necessidades de saúde e assistência social (**capítulo 4–10**);
- dar apoio aos cuidadores (**capítulo 11**); e
- desenvolver um plano de cuidados personalizado (**capítulo 12**).

A ABORDAGEM ICOPE EM CONTEXTO

A **cobertura universal de saúde** é a base para alcançar o objetivo de saúde dos ODS (4). Para alcançar o ODS3, as necessidades de saúde e assistência social dos idosos devem ser tratadas de maneira integrada e com a continuidade dos cuidados em longo prazo. A *estratégia mundial e plano de ação da OMS sobre o envelhecimento e a saúde (5)* descreve o papel dos sistemas de saúde na promoção do envelhecimento saudável, mediante a otimização da capacidade intrínseca. As recomendações ICOPE (2) e esta orientação contribuem para alcançar os objetivos dessa estratégia.

Esta orientação também é uma ferramenta de implementação da estrutura da OMS para os serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas (6). A estrutura exige mudar a maneira como os serviços de saúde são geridos e prestados, rumo a uma abordagem integrada e centrada nas pessoas. No contexto desse documento, a ICOPE propõe a atenção aos idosos com base em:

- **avaliação** das necessidades, preferências e objetivos individuais;
- elaboração de um **plano de cuidados personalizado**;
- **serviços coordenados**, voltados para o objetivo único de manter a capacidade intrínseca e a habilidade funcional e prestados o máximo possível por meio de atenção primária na comunidade.



2

OTIMIZAÇÃO DE CAPACIDADES E HABILIDADES: RUMO AO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL PARA TODOS

O relatório mundial sobre envelhecimento e saúde da OMS define o envelhecimento saudável como “desenvolver e manter a habilidade funcional funcional que permite o bem-estar” (1).

Esta orientação apoia o envelhecimento saudável ao abordar as seguintes condições prioritárias associadas à perda de capacidade intrínseca em seus vários domínios (Figura 1), as necessidades de assistência social dos idosos e as necessidades dos cuidadores.

- **Declínio cognitivo** (capítulo 4)
- **Mobilidade reduzida** (capítulo 5)
- **Má nutrição** (capítulo 6)
- **Deficiência visual** (capítulo 7)
- **Perda auditiva** (capítulo 8)
- **Sintomas depressivos** (capítulo 9)
- **Assistência e apoio social** (capítulo 10)
- **Apoio ao cuidador** (capítulo 11)

FIGURA 1.
PRINCIPAIS DOMÍNIOS DA CAPACIDADE INTRÍNSECA



"COMO A CAPACIDADE INTRÍNSECA MUDA AO LONGO DA VIDA?"

A **Figura 2** mostra o padrão típico da capacidade intrínseca e da habilidade funcional ao longo da vida adulta. A capacidade intrínseca e a habilidade funcional decaem com o avanço da idade, como resultado do processo de envelhecimento e em consequência das doenças de base. Esse padrão típico pode ser dividido em três períodos comuns: um período de capacidade relativamente alta e estável, um período de declínio da capacidade e um período de perda significativa de capacidade, caracterizada pela dependência de cuidados.

A capacidade intrínseca pode variar muito em relação a esse padrão médio. Tais diferenças são evidentes tanto dentro dos países como entre eles. Elas se traduzem em diferenças persistentes na expectativa de vida, que varia de 82 anos ou mais em países como Austrália, Japão e Suíça a menos de 55 anos em países como República Centro-Africana, Chade e Somália.

A variação da capacidade intrínseca é muito maior entre as pessoas mais velhas do que entre os mais jovens. Essa diversidade é uma das características do envelhecimento. Um indivíduo pode ter uma diferença de idade de 10 anos ou mais em comparação com outra pessoa, mas uma capacidade intrínseca e/ou habilidade funcional semelhante. É por isso que a idade cronológica é um mau indicador do estado de saúde.



CAPACIDADE INTRÍNSECA E HABILIDADE FUNCIONAL

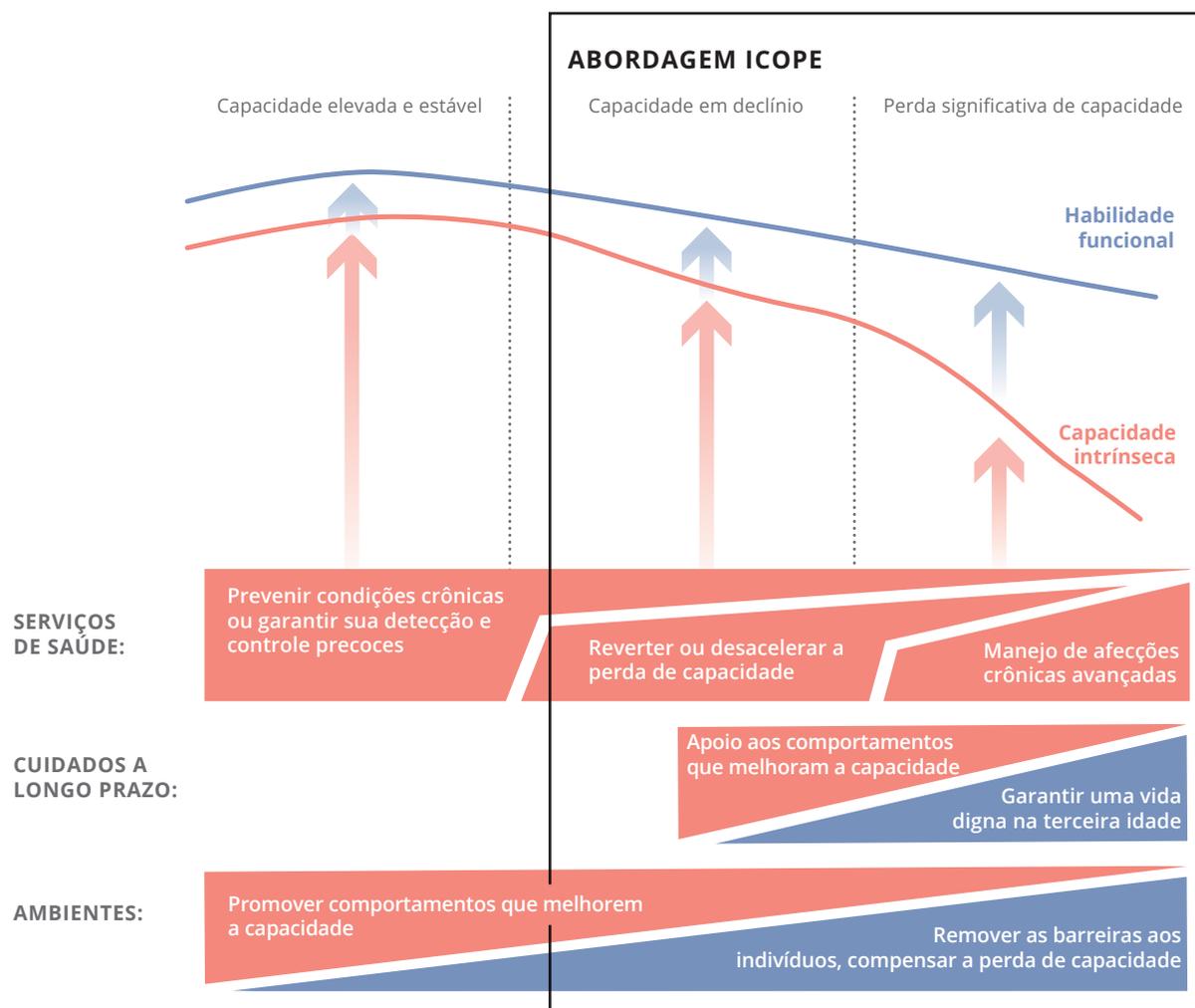
A OMS define capacidade intrínseca como a combinação das capacidades físicas e mentais (inclusive psicológicas) do indivíduo. A habilidade funcional é a combinação e interação da capacidade intrínseca com o ambiente no qual a pessoa está inserida.

INTERVENÇÕES PARA OTIMIZAR A CAPACIDADE INTRÍNSECA

A identificação de condições associadas à perda de capacidade intrínseca oferece uma oportunidade de intervir para desacelerar, interromper ou reverter este declínio (**Figura 2**). Os profissionais de saúde em ambiente clínico e na comunidade podem detectar condições que servem como indicadoras do declínio da capacidade intrínseca. Avaliações repetidas ao longo do tempo tornam possível monitorar quaisquer alterações maiores que o esperado, possibilitando oferecer intervenções específicas antes que a habilidade funcional seja efetivamente perdida.

Dessa maneira, as intervenções realizadas em ambientes comunitários podem impedir que uma pessoa se torne frágil ou dependente de cuidados. As intervenções multicomponentes parecem ser as mais eficazes.

**FIGURA 2. UMA ESTRUTURA DE SAÚDE PÚBLICA PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL:
OPORTUNIDADES DE AÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA AO LONGO DA VIDA**



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2015 (1).

Muitas das características que determinam a capacidade intrínseca são modificáveis. Isso inclui os comportamentos relacionados à saúde e a presença de doenças. Portanto, há uma forte justificativa para a implementação de intervenções eficazes visando otimizar a capacidade intrínseca. Essa é a lógica fundamental da abordagem ICOPE e desta orientação.

Os diferentes problemas de saúde associados à perda de capacidade intrínseca interagem em vários níveis. A perda auditiva, por exemplo, está associada ao declínio cognitivo. A nutrição aumenta o efeito do exercício e tem um impacto direto no aumento da massa e força muscular. Essas interações tornam necessária uma abordagem integrada à triagem, avaliação e manejo da perda de capacidade intrínseca.



3

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DA PESSOA IDOSA E ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADOS PERSONALIZADO

PONTOS-CHAVE

- ✓ A identificação de idosos na comunidade que sofrem de condições prioritárias associadas à perda de capacidade intrínseca pode ser realizada com o auxílio da ferramenta de triagem ICOPE.
- ✓ Os idosos assim identificados são encaminhados à unidade básica de saúde para uma avaliação mais aprofundada, que servirá de apoio para a elaboração de um plano de cuidados personalizado.
- ✓ Esse plano de cuidados pode incluir várias intervenções para o manejo da perda de capacidade intrínseca e a otimização da habilidade funcional, como exercícios físicos, suplementação nutricional oral, estimulação cognitiva e adaptações domiciliares para evitar quedas.

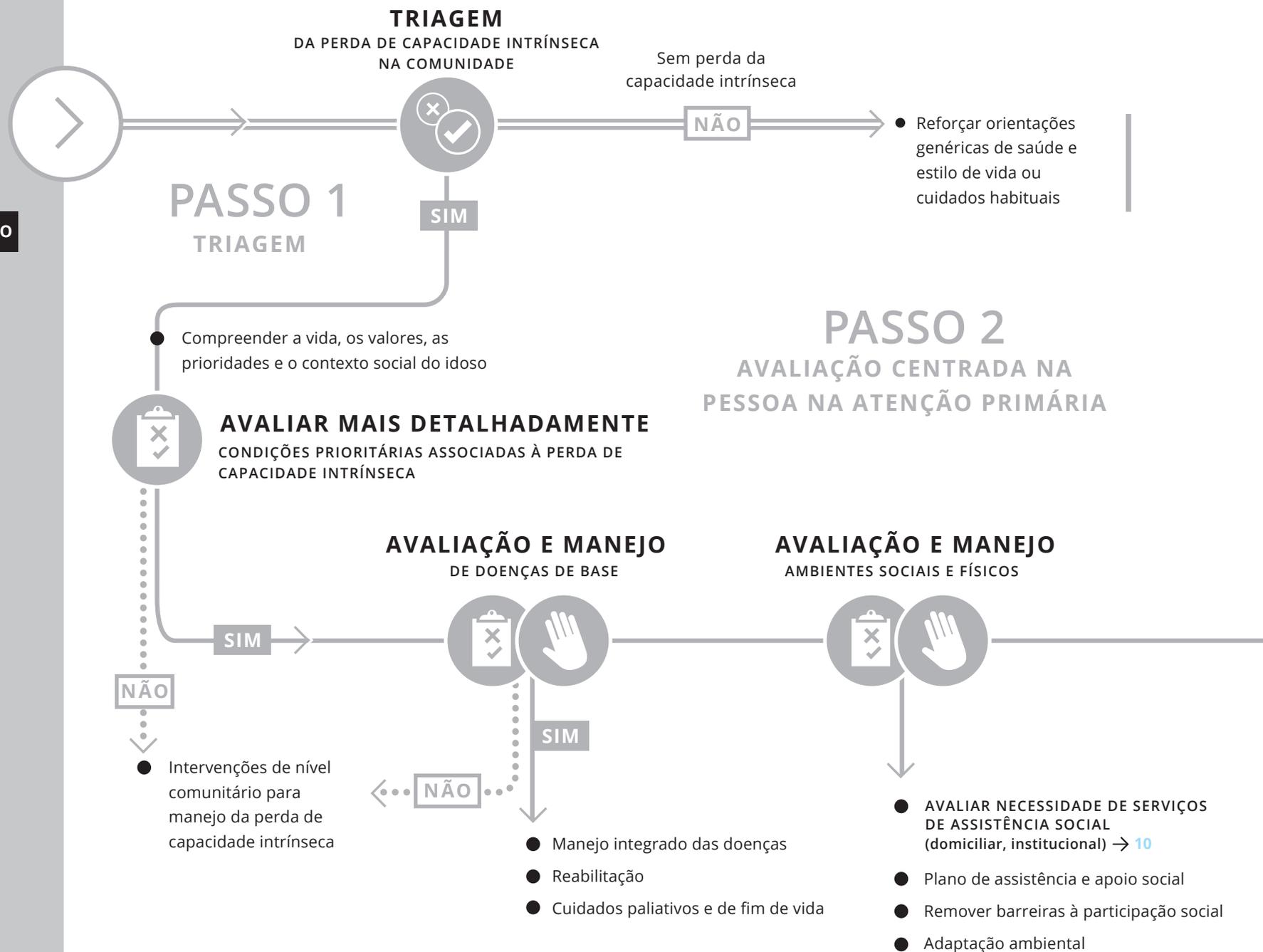
O cuidado centrado na pessoa baseia-se na perspectiva de que os idosos são mais do que portadores de problemas de saúde ou doenças; todas as pessoas, independentemente da idade, são indivíduos com experiências, necessidades e preferências únicas. O cuidado centrado na pessoa atende às necessidades de saúde e assistência social das pessoas, em vez de ser voltado para problemas de saúde ou sintomas isolados. Uma abordagem integrada e centrada na pessoa também abrange o contexto da vida cotidiana, inclusive o impacto da saúde e das necessidades de um indivíduo sobre as pessoas próximas e suas comunidades.

Há cinco passos para atender às necessidades de saúde e assistência social dos idosos com uma abordagem de atenção integrada, como mostra o roteiro geral a seguir.

3

Roteiro genérico de atenção

Avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária



PASSO 3

ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADOS PERSONALIZADO

- Definição de metas centradas na pessoa
- Equipe multidisciplinar
- Elaborar um plano de cuidados que inclua intervenções multicomponentes, manejo de doenças de base, autocuidado e autogestão, assistência e apoio

PASSO 5

ENVOLVER AS COMUNIDADES E APOIAR OS CUIDADORES

PASSO 4

GARANTIR VIA DE REFERÊNCIA E MONITORAMENTO DO PLANO DE CUIDADOS

COM VÍNCULO PARA ATENÇÃO GERIÁTRICA ESPECIALIZADA



TABELA 1.

FERRAMENTA DE TRIAGEM ICOPE DA OMS

| Condições prioritárias associadas à perda de capacidade intrínseca | Testes/exames | Avalie detalhadamente todos os domínios com o círculo marcado |
|--|---|---|
| DECLÍNIO COGNITIVO (Capítulo 4) | 1. Lembre-se de três palavras: flor, porta, arroz (por exemplo) | <input type="radio"/> |
| | 2. Orientação no tempo e no espaço: Qual é a data completa de hoje? Onde você está agora (em casa, na clínica, etc.)? | <input type="radio"/> Errou ou não soube responder qualquer uma das perguntas |
| | 3. Você se lembra das três palavras? | <input type="radio"/> Não conseguiu se lembrar das três palavras |
| MOBILIDADE REDUZIDA (Capítulo 5) | Teste de levanta-se da cadeira: Levante-se da cadeira cinco vezes sem usar os braços. A pessoa conseguiu se levantar cinco vezes da cadeira em 14 segundos? | <input type="radio"/> Não |
| MÁ NUTRIÇÃO (Capítulo 6) | 1. Perda de peso: Você perdeu mais de 3 kg sem querer nos últimos três meses? | <input type="radio"/> SIM |
| | 2. Perda de apetite: Você vem tendo perda de apetite? | <input type="radio"/> SIM |
| DEFICIÊNCIA VISUAL (Capítulo 7) | Você tem algum problema nos olhos? Tem dificuldade de enxergar de longe, dificuldade de ler, doenças oculares ou está atualmente em tratamento médico (por exemplo, para diabetes ou pressão alta)? | <input type="radio"/> SIM |
| PERDA AUDITIVA (Capítulo 8) | Ouve sussurros (teste do sussurro) <i>ou</i> Audiometria de triagem constatou 35 dB ou menos <i>ou</i> Passa em teste automático (em aplicativo) de dígitos com ruído | <input type="radio"/> Não |
| SINTOMAS DEPRESSIVOS (Capítulo 9) | Ao longo das duas últimas semanas, você se sentiu incomodado(a) por | <input type="radio"/> Sim |
| | - sentir-se para baixo, deprimido ou sem esperança? - ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? | <input type="radio"/> Sim |

PASSO 1

TRIAGEM DA PERDA DE CAPACIDADE INTRÍNSECA

Usando o processo e as ferramentas contidos nesta orientação, profissionais de saúde capacitados podem realizar a identificação inicial de pessoas com perdas de capacidade intrínseca na comunidade ou em casa. Para tal, basta usar a ferramenta de triagem ICOPE (**Tabela 1**). A ferramenta de triagem ICOPE é o primeiro passo de cada um dos roteiros de atenção apresentados nos **Capítulos 4-9** e abrange seis condições relevantes aos domínios da capacidade intrínseca (**Figura 1, página 5**). Estratégias de acolhida na comunidade, como visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde e autoavaliação com apoio de tecnologias de telefonia móvel, podem ser usadas para busca ativa de casos.

Aqueles que apresentam sinais ou relatos de perda de capacidade já nesse primeiro passo devem passar por uma avaliação completa. É provável que a avaliação completa exija profissionais de saúde com treinamento específico — geralmente, mas não necessariamente, um médico.

Os profissionais de saúde e assistência social devem garantir que qualquer limitação de capacidade identificada pela ferramenta de triagem ICOPE seja seguida de uma avaliação mais aprofundada. Os resultados dessa avaliação devem servir de aporte para a elaboração do plano de cuidados personalizado.

PASSO 2

REALIZAR UMA AVALIAÇÃO CENTRADA NA PESSOA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A avaliação das necessidades de saúde e assistência social centrada na pessoa idosa, realizada na atenção primária, é fundamental para otimizar a capacidade intrínseca.

2A. Compreender a vida do idoso

Uma avaliação centrada na pessoa idosa começa não apenas com uma anamnese convencional, mas sim com uma compreensão completa da vida, valores, prioridades e preferências da pessoa em relação à sua saúde e ao manejo desta

2B. Avaliação detalhada das condições associadas à perda de capacidade intrínseca

A avaliação também examina mais detidamente as condições associadas à perda de capacidade intrínseca. Os roteiros de atenção para as principais condições que afetam os diferentes domínios da capacidade intrínseca, apresentados nos **Capítulos 4-9**, geralmente são organizados em três componentes: triagem na comunidade no início, avaliação na atenção primária no meio e plano de cuidados personalizado no fim.

2C. Avaliação e manejo das doenças de base

Possíveis doenças crônicas de base devem ser investigadas, assim como a polifarmácia (uso de múltiplos medicamentos). A polifarmácia e quaisquer efeitos

adversos dela resultantes podem causar perda em vários domínios da capacidade intrínseca e, portanto, sempre merecem investigação (**consulte o quadro Polifarmácia, página 18**).

O diagnóstico de qualquer doença de base, como doença de Alzheimer, depressão, osteoartrite, osteoporose, catarata, diabetes e hipertensão, é fundamental para a avaliação centrada na pessoa. Esses diagnósticos podem exigir exames complexos que nem sempre estão disponíveis na unidade básica de saúde. Dependendo do local, pode ser necessário encaminhar o paciente para um serviço geriátrico especializado de nível secundário ou terciário.

2D. Avaliação dos ambientes social e físico e da necessidade de assistência e apoio social

A avaliação dos ambientes social e físico e a identificação de quaisquer necessidades de serviços sociais e de apoio são fundamentais para pessoas com perda de capacidade intrínseca. Essa é uma parte essencial da avaliação centrada na pessoa do idoso na atenção primária. Para identificar necessidades de assistência social, pode-se perguntar ao idoso se ele ou ela consegue executar as variadas atividades da vida diária sem a ajuda de terceiros. O roteiro apresentado no **Capítulos 10** inclui um apanhado de perguntas para avaliar e determinar as necessidades de assistência social em geral. Além disso, cada roteiro de atendimento apresentado nos **Capítulos 4-9** indica possíveis necessidades de assistência social específicas a cada condição prioritária de saúde.

3

O apoio ao autocuidado envolve proporcionar aos idosos as informações, habilidades e ferramentas necessárias para manejar suas condições de saúde, evitar complicações, maximizar sua capacidade intrínseca e manter a qualidade de vida.

Isso não significa esperar do idoso que “se vire sozinho”, nem impor ao idoso demandas excessivas ou insensatas. Em vez disso, reconhece sua autonomia e capacidade de direcionar seus próprios cuidados, num processo de consulta e parceria com profissionais de saúde, parentes e cuidadores.

A iniciativa de saúde móvel da OMS para envelhecimento (**mAgeing**) pode complementar o atendimento de rotina dos profissionais de saúde, apoiando o autocuidado e a autogestão. Ao fornecer informações, conselhos e lembretes sobre saúde através dos telefones celulares, a iniciativa incentiva comportamentos saudáveis e ajuda os idosos a melhorar e manter sua capacidade intrínseca.

Para mais informações sobre como configurar um programa de mAgeing e sugestões de mensagens de texto, consulte <https://www.who.int/ageing/health-systems/mAgeing>. Disponível em língua inglesa



PASSO 3

DEFINIR A META DE CUIDADO E ELABORAR UM PLANO DE CUIDADOS PERSONALIZADO

3A. Definir a meta de cuidado juntamente com o idoso

A meta unificadora de otimizar as de otimizar a capacidade intrínseca e a habilidade funcional ajuda a garantir a integração dos cuidados, além de oferecer a oportunidade de monitorar a evolução do idoso e o impacto das intervenções. É essencial que idoso e cuidador estejam envolvidos na tomada de decisões e definição de metas desde o início, e que as metas sejam definidas e priorizadas de acordo com as prioridades, necessidades e preferências da pessoa.

3B. Elaborar um plano de cuidados

A avaliação centrada na pessoa serve como aporte para a elaboração de um plano de cuidados personalizado. O plano de cuidados personalizado usa uma abordagem integrada para implementar intervenções que abordam a perda em vários domínios da capacidade intrínseca. Todas as intervenções devem ser consideradas e aplicadas em conjunto.

Roteiro genérico de atenção

Avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária

Essa abordagem integrada é importante porque a maioria das condições de saúde prioritárias associadas à perda de capacidade intrínseca compartilham os mesmos determinantes fisiológicos e comportamentais de base. Por conseguinte, as intervenções têm benefícios em vários domínios. Por exemplo, o exercício resistido intensivo é a principal intervenção para evitar a perda de mobilidade. Ao mesmo tempo, o exercício resistido indiretamente protege o cérebro contra a depressão e o declínio cognitivo e ajuda a prevenir quedas. A nutrição aumenta os efeitos do exercício e simultaneamente aumenta a massa e força muscular. Por meio de uma abordagem integrada e unificada, pode ser possível alterar o conjunto de fatores que aumentam o risco de dependência de cuidados.

O plano de cuidados personalizado terá vários componentes, que podem incluir:

- um pacote multicomponente de intervenções para controle da perda de capacidade intrínseca. A maioria dos planos de cuidados inclui intervenções para melhorar a nutrição e incentivar o exercício físico;
- Manejo e tratamento de doenças de base, multimorbidade e síndromes geriátricas. A OMS desenvolveu diretrizes clínicas que abordam a maioria das doenças crônicas relevantes que podem contribuir para a perda de capacidade intrínseca (2).

Todo profissional de saúde deve ter acesso a essas diretrizes;

- apoio ao autocuidado e à autogestão;
- manejo de quaisquer doenças crônicas avançadas (cuidados paliativos, reabilitação) ou para assegurar que os idosos possam continuar vivendo vidas com propósito e dignidade;
- assistência e apoio social, inclusive adaptações do entorno para compensar quaisquer perdas funcionais; e
- um plano para atender às necessidades de assistência social com a ajuda de familiares, amigos e serviços comunitários.

Os profissionais de saúde e assistência social podem apoiar a implementação do plano de cuidados na comunidade ou na atenção primária. A autogestão, apoiada por orientação, educação e incentivo de um profissional de saúde na comunidade, pode modificar alguns dos fatores responsáveis pela perda de capacidade intrínseca. Uma parceria envolvendo os idosos, profissionais da atenção primária, famílias e a comunidade ajudará a manter o bem-estar das pessoas à medida que envelhecem.

3

Roteiro genérico de atenção

Avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária

PASSO 4

GARANTIR UMA VIA DE REFERÊNCIA E ACOMPANHAMENTO DO PLANO DE CUIDADOS, VINCULADA A SERVIÇOS DE ATENÇÃO GERIÁTRICA ESPECIALIZADA

O acompanhamento periódico e regular, com integração entre os diferentes níveis e tipos de serviços, é essencial para a implementação das intervenções recomendadas neste guia. Essa abordagem promove a detecção precoce de complicações ou alterações no estado funcional, prevenindo emergências desnecessárias e economizando custos mediante intervenção precoce.

O acompanhamento regular também oferece a oportunidade de monitorar a evolução do plano de cuidados, bem como um meio do idoso obter apoio adicional quando necessário. O acompanhamento e o apoio podem ser especialmente importantes após grandes mudanças no estado de saúde, no plano de cuidados ou no papel ou situação social da pessoa (por exemplo, mudança de casa ou morte do cônjuge).

É importante haver vias de referência robustas para garantir o acesso rápido à atenção de urgência e emergência em caso de eventos imprevistos e agudos, como quedas, bem como aos cuidados paliativos no fim da vida ou após a alta hospitalar.

Também é essencial que haja um vínculo a um serviço de atenção geriátrica especializada. Os sistemas de saúde precisam garantir que as pessoas tenham acesso oportuno a serviços especializados e de urgência e emergência sempre que necessário. Há boas evidências de que unidades geriátricas especializadas em cuidados agudos oferecem atenção de qualidade superior com internação mais curta e custos mais baixos do que as unidades hospitalares gerais.

O PAPEL DA ATENÇÃO GERIÁTRICA ESPECIALIZADA

Os geriatras concentram seu conhecimento em idosos com afecções complexas de longa evolução, como síndromes geriátricas (incontinência, quedas, delirium, etc.), polifarmácia, doenças como demência e atendimento de pessoas com limitações para as atividades de vida diária. A multimorbidade aumenta conforme a idade avança, resultando em quadros clínicos complexos; nesses casos, o médico da atenção primária deve buscar a orientação de um geriatra.

Na abordagem ICOPE, os geriatras fazem parte de uma equipe multidisciplinar responsável pelo atendimento a idosos, auxiliam na supervisão das equipes de atenção primária e intervêm quando é necessário atendimento especializado.

PASSO 5

ENVOLVER AS COMUNIDADES E APOIAR OS CUIDADORES

Cuidar de pessoas pode ser exaustivo. Os cuidadores de idosos com perda de capacidade geralmente se sentem isolados e correm alto risco de sofrimento psíquico e depressão. O plano de cuidados personalizado deve incluir intervenções baseadas em evidências para apoiar os cuidadores. Os cuidadores também precisam de informações básicas sobre as condições de saúde da pessoa idosa e treinamento para desenvolver várias habilidades práticas, tais como transferir a pessoa de uma cadeira para a cama com segurança ou ajudar no banho.

O idoso e o cuidador devem receber informações sobre os recursos comunitários disponíveis para eles. Oportunidades para envolver comunidades e bairros mais diretamente no apoio aos cuidados devem ser exploradas, principalmente incentivando o voluntariado e permitindo que os idosos da comunidade contribuam. Muitas vezes, tais atividades podem ocorrer em associações e grupos que atraem e congregam idosos.

O **capítulo 11** apresenta um roteiro de assistência para avaliar a carga do cuidador e atender às necessidades dos cuidadores informais (não remunerados) para cuidarem de si mesmos e se sustentar.

A abordagem ICOPE é baseada no nível comunitário ou da atenção primária, onde pode ser acessível ao maior número de pessoas. Ao mesmo tempo, a abordagem exige fortes vínculos com os níveis de atenção especializada (secundária e terciária), como nutricionistas e farmacêuticos, para aqueles que precisam.



APLICATIVO DO MANUAL ICOPE

Aplicativos móveis estarão disponíveis para orientar os profissionais de saúde e assistência social em todos os passos a serem seguidos, desde a triagem e avaliação até a criação do plano de cuidados personalizado. O aplicativo também gerará um resumo dos resultados da avaliação e intervenções a serem incluídas no plano de assistência em formato PDF, que pode ser impresso.

3

Roteiro genérico de atenção

Avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária

POLIFARMÁCIA

A polifarmácia é geralmente descrita como o uso de cinco ou mais medicamentos ao mesmo tempo, e está frequentemente associada a reações adversas aos medicamentos. Esse uso de múltiplos medicamentos aumenta o risco de consequências negativas para a saúde, pode resultar em perdas desnecessárias de capacidade intrínseca e é causa comum de internações hospitalares agudas. Idosos que se consultam com vários profissionais de saúde ou que foram hospitalizados recentemente correm maior risco de polifarmácia. Uma pessoa idosa com multimorbidade provavelmente será mais afetada pelas alterações fisiológicas relacionadas à idade que podem alterar a farmacocinética e a farmacodinâmica.

Como a polifarmácia pode contribuir para perdas em vários domínios de capacidade intrínseca, as avaliações centradas na pessoa devem incluir uma revisão dos medicamentos que o idoso está tomando.

Para reduzir a polifarmácia, podem-se suspender quaisquer medicamentos desnecessários e ineficazes, bem como medicamentos com efeito duplicado.

Como prescrever adequadamente e reduzir erros de medicação:

- obter um histórico completo dos medicamentos usados;
- considerar se algum medicamento pode afetar a capacidade;
- evitar prescrever antes do diagnóstico, exceto em caso de dor aguda e grave;
- revisar os medicamentos regularmente e sempre antes de prescrever um novo medicamento;
- conhecer as ações, efeitos adversos, interações medicamentosas, requisitos de monitoramento e toxicidade dos medicamentos prescritos;
- tentar usar um só medicamento para tratar duas ou mais condições;
- criar uma planilha de controle de medicamentos para o paciente; e
- educar o paciente e o cuidador a respeito de cada medicamento

Caso não esteja claro se um medicamento pode ser interrompido com segurança, deve-se consultar um especialista apropriado.

4

Capacidade cognitiva

Roteiros de atenção para manejo do declínio cognitivo



O declínio cognitivo se manifesta por esquecimento cada vez maior, perda de atenção e redução da capacidade de resolver problemas. Embora a causa exata seja desconhecida, o declínio cognitivo pode estar relacionado ao envelhecimento do cérebro, a doenças (por exemplo, doenças cardiovasculares como hipertensão e derrame, ou doença de Alzheimer) ou até a fatores ambientais, como falta de exercício físico, isolamento social e baixa escolaridade.

O declínio cognitivo se torna fonte de preocupação quando começa a interferir na capacidade da pessoa de funcionar efetivamente em seu entorno — ou seja, quando a pessoa desenvolve demência.

Este roteiro destina-se a idosos que apresentem algum grau de declínio cognitivo, mas não demência. Os profissionais de saúde também devem avaliar a necessidade de assistência e apoio social (ver **Capítulo 10**).

PONTOS-CHAVE

- A perda de capacidade cognitiva pode ser mitigada e às vezes até revertida por uma abordagem geral que vise um estilo de vida mais saudável, estímulo cognitivo e engajamento social.
- O tratamento de doenças como diabetes e hipertensão pode prevenir o declínio da capacidade cognitiva.
- Perdas em outros domínios da capacidade intrínseca, como na capacidade auditiva e locomotora, podem prejudicar a cognição e devem também ser avaliadas e abordadas.
- Em caso de demência, é necessária atenção especializada para planejar e realizar intervenções complexas.

4

Capacidade cognitiva

Roteiros de atenção para manejo do declínio cognitivo

Teste simples de memória e orientação

1. Lembrança de três palavras:

Peça à pessoa que se lembre de três palavras que você dirá. Use palavras simples e concretas, como flor, porta, arroz.

2. Orientação no tempo e no espaço:

Em seguida, pergunte: Qual é a data completa hoje? E Onde você está agora? (em casa, no posto de saúde etc.)?

3. Recordatório de três palavras:

Agora, peça à pessoa que repita as três palavras que você disse.

Aprovado ou reprovado?

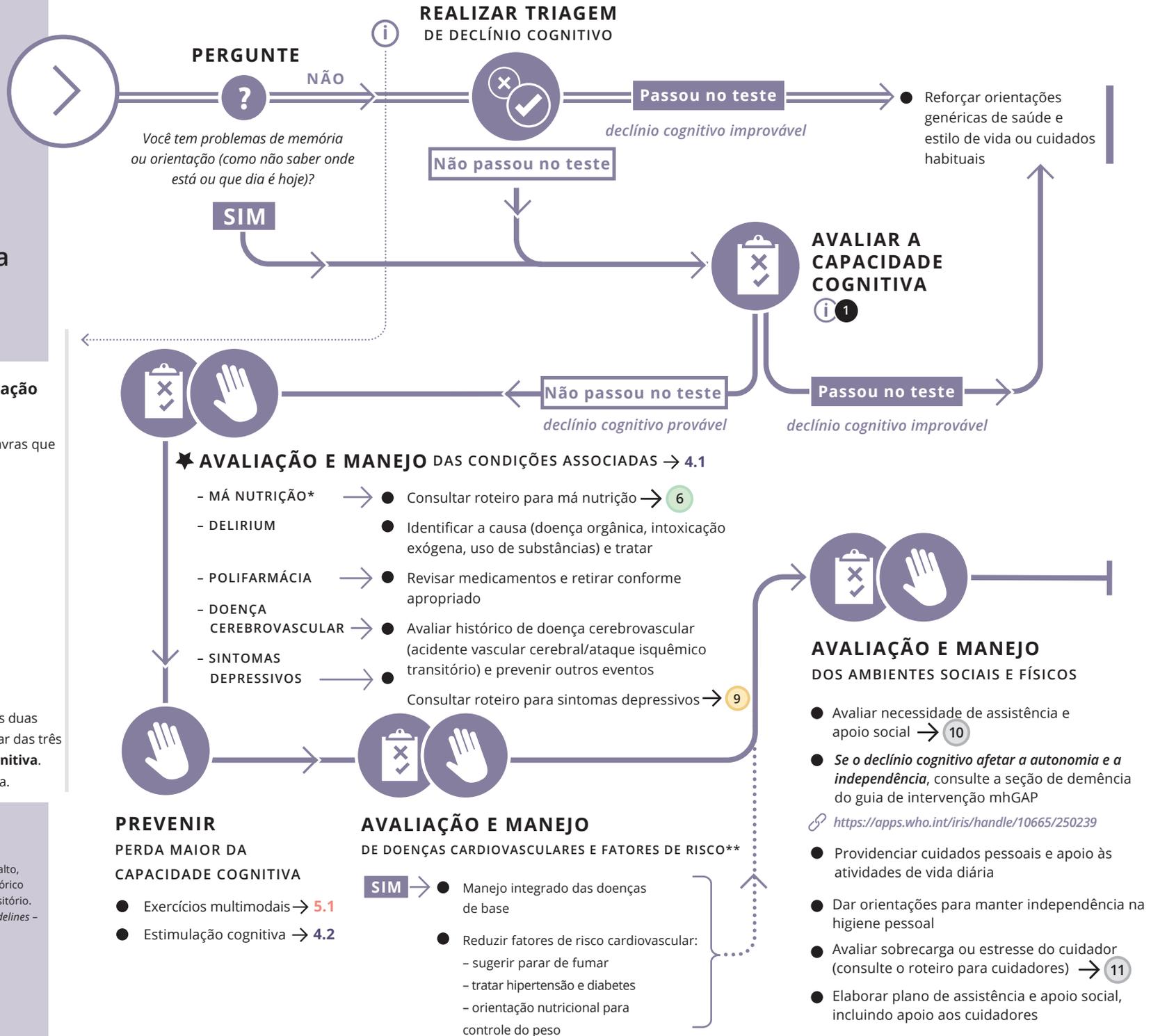
Se o idoso não conseguir responder a uma das duas perguntas sobre orientação **OU** não se lembrar das três palavras, é provável que haja uma **perda cognitiva**. É necessária uma avaliação mais aprofundada.

* Deficiência vitamínica, desequilíbrio eletrolítico, desidratação grave

** Fatores de risco cardiovascular: hipertensão, colesterol alto, diabetes, tabagismo, obesidade, doenças cardíacas, histórico de acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório. *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO Guidelines* - <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180>

OPAS

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
CONFEDERAÇÃO DAS AMÉRICAS



Capacidade cognitiva

Roteiros de atenção para
manejo do declínio
cognitivo

AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO

Uma avaliação mais detalhada da capacidade cognitiva deve usar uma ferramenta validada localmente, se possível. Abaixo, à direita, há uma lista de opções de instrumentos para avaliar a cognição em idosos na unidade básica de saúde.

Falta de escolaridade. Quase todas as avaliações cognitivas padrão usadas para a triagem ou diagnóstico de comprometimento cognitivo pressupõem uma escolaridade mínima. Se o paciente tiver menos de 5 ou 6 anos de estudo ou não tiver escolaridade alguma, a avaliação cognitiva pode ficar prejudicada. Em vez disso, é necessário confiar na anamnese e no julgamento do clínico. Para esses indivíduos, é altamente recomendável se matricular em um programa de alfabetização de adultos (se disponível), pois isso promove a saúde cognitiva.

Se um instrumento de avaliação padrão não estiver disponível ou não for apropriado, o profissional de saúde pode perguntar à pessoa—e também a alguém que a conhece bem—sobre problemas de memória, orientação, fala e linguagem, além de quaisquer dificuldades na realização das funções essenciais e atividades diárias.

Ser reprovado em uma avaliação cognitiva ou relatar problemas de memória ou orientação sugere comprometimento cognitivo. Nesses casos, também deve-se avaliar a possibilidade de dificuldades com atividades da vida diária (AVD) ou atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Essas informações são importantes para o planejamento de assistência social e apoio como parte do plano de cuidados personalizado.

Se o declínio cognitivo afetar a habilidade do idoso de funcionar efetivamente em seu entorno, pode ser necessária uma avaliação especializada para diagnosticar demência ou doença de Alzheimer (a causa mais comum de demência). Os protocolos para avaliação e manejo da demência podem ser encontrados no Guia de Intervenção mhGAP da OMS:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

QUANDO A ATENÇÃO ESPECIALIZADA SE FAZ NECESSÁRIA

- Diagnóstico e tratamento da demência.
- Manejo de afecções associadas, como delírium, doenças cerebrovasculares e cardiovasculares.

EXEMPLOS DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO COGNITIVA PARA USO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

| INSTRUMENTO/TESTE | VANTAGENS | DESVANTAGENS | DURAÇÃO |
|--|---|--|-----------|
| Mini-Cog http://mini-cog.com/wp-content/uploads/2015/12/Universal-Mini-Cog-Form-011916.pdf | Rápido; o viés linguístico, racial e de escolaridade é mínimo | O uso de listas de palavras diferentes pode afetar a pontuação | 2–4 min |
| Montreal cognitive assessment (MoCA) https://www.mocatest.org/ | Capaz de identificar comprometimento cognitivo leve; disponível em vários idiomas | Viés de escolaridade e cultural; poucos dados publicados | 10–15 min |
| Mini mental state examination (MMSE) https://www.parinc.com/products/pkey/237 | Largamente utilizado e estudado | Sujeito a viés cultural e de idade, efeitos teto | 7–10 min |
| General practitioner assessment of cognition (GPCOG) http://gpcog.com.au/index/downloads | Viés cultural e de escolaridade mínimo; disponível em vários idiomas | Pode ser difícil obter informações sobre o idoso avaliado | 5–6 min |

O que é a demência?

A demência é uma síndrome crônica e progressiva provocada por alterações no cérebro. A demência resulta em perda da função cognitiva e interfere nas atividades de vida diária, como lavar-se, vestir-se, comer, fazer higiene pessoal e usar o banheiro.

Mais informações: Guia de Intervenção mhGAP da OMS
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>)

4

Capacidade cognitiva

Roteiros de atenção para manejo do declínio cognitivo

Descobrir uma causa médica reversível de declínio cognitivo exige uma investigação diagnóstica completa. Pode ser necessário explorar várias possíveis explicações diferentes dos sintomas para chegar a uma abordagem precisa para o plano de cuidados.



AValiação e Manejo Doenças Associadas

Um passo importante antes de qualquer processo para diagnosticar declínio cognitivo é avaliar a presença de possíveis condições associadas e tratá-las primeiro.

★ 4.1 CONDIÇÕES QUE PROVOCAM SINTOMAS COGNITIVOS

Condições comuns e reversíveis que podem causar declínio cognitivo incluem desidratação, má nutrição, infecções e problemas com medicamentos. Com o tratamento adequado dessas condições, os sintomas cognitivos devem desaparecer.

Desidratação grave. Desidratação grave e outros problemas nutricionais podem causar delirium (que se assemelha a demência) e, em casos graves, óbito.

Delirium. O delirium é uma perda repentina e drástica da capacidade de concentrar a atenção. A pessoa fica extremamente confusa a respeito de onde está e que horas são. O delirium surge em um curto período de tempo e tende a oscilar ao longo do dia. Pode resultar de causas orgânicas agudas, como infecção, medicamentos, alterações metabólicas (como hipoglicemia ou hiponatremia), intoxicação exógena ou abstinência de substâncias.

Polifarmácia. Dois ou mais medicamentos podem interagir e causar efeitos colaterais adversos (ver caixa no Capítulo 3, p. 18). Sedativos e hipnóticos são os medicamentos mais frequentemente responsáveis por distúrbios cognitivos em idosos.

Cirurgia de grande porte e anestesia geral. Cirurgia de grande porte e anestesia geral sabidamente são fatores de risco para piora cognitiva. O profissional de saúde deve perguntar se o declínio cognitivo da pessoa ocorreu após uma cirurgia de grande porte. Em caso positivo, essa pessoa apresentará maior risco de um declínio cognitivo ainda mais acentuado após qualquer cirurgia de grande porte. Esse maior risco precisa ser identificado e discutido com a equipe cirúrgica e anestésica antes de quaisquer cirurgias ou anestésias futuras.

Doença cerebrovascular. A doença vascular no cérebro está intimamente associada ao declínio cognitivo. Se o paciente tem histórico de acidente vascular cerebral (AVC), “derrame” ou ataque isquêmico transitório, a prevenção de outros eventos é fundamental para impedir mais perda de cognição.

Roteiros de atenção para manejo do declínio cognitivo



MANEJO DECLÍNIO COGNITIVO

- Em pessoas com declínio cognitivo, a **estimulação cognitiva** pode ser benéfica
- Outras intervenções ICOPE, como **exercícios multimodais** (consulte o capítulo 5, Mobilidade reduzida), também contribuem para a saúde do cérebro. → 5
- Perdas em outros domínios da capacidade intrínseca, principalmente audição, visão e humor, podem afetar a cognição. Para obter os melhores resultados, pode ser necessário abordá-los. Pessoas com declínio cognitivo apresentam um padrão diferente de declínio nos outros domínios.

4.2 ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

A *estimulação cognitiva* pode *desacelerar o declínio da capacidade cognitiva* (7). A estimulação cognitiva visa estimular o paciente através de atividades cognitivas e lembranças, estímulo de múltiplos sentidos e contato com outras pessoas.

A estimulação cognitiva pode ser oferecida individualmente ou em grupo. Em grupo pode ser melhor para algumas pessoas; o contato social no grupo pode ajudar. Os grupos também podem ser adequados e eficientes se os membros do grupo tiverem um objetivo em comum, como melhorar a alfabetização em saúde.

A abordagem em grupo padrão envolve até 14 sessões temáticas de cerca de 45 minutos cada, realizadas duas vezes por semana. As sessões são conduzidas por um facilitador. Normalmente, uma sessão pode começar com alguma atividade de aquecimento não cognitiva e depois passar para uma variedade de tarefas

cognitivas, inclusive orientação à realidade (por exemplo, um quadro que exiba informações como local, data e hora). As sessões se concentram em diferentes temas, tais como, infância, uso de dinheiro, rostos ou cenas. Essas atividades geralmente evitam recordações objetivas dos fatos, mas concentram-se em perguntas como: “O que essas [palavras ou objetos] têm em comum?”

Quem pode realizar a estimulação cognitiva? Nos países de alta renda, geralmente são psicólogos que realizam a terapia de estimulação cognitiva. Com adaptação, ela pode ser realizada por leigos devidamente treinados e apoiados. Porém, elaborar e implementar uma intervenção personalizada para uma pessoa com declínio significativo pode exigir avaliação e planejamento mais detalhados — tarefas que requerem capacitação especializada. Portanto, os protocolos locais devem incluir critérios para encaminhamento a especialistas em saúde mental para terapia de estimulação cognitiva.

Os familiares e cuidadores podem desempenhar papéis importantes na estimulação cognitiva. É importante incentivar os membros da família e os cuidadores a darem regularmente aos idosos informações como dia, data, hora, tempo, nome das pessoas e assim por diante. Essas informações os ajudam a permanecer orientados ao tempo e ao local. Além disso, fornecer materiais como jornais, programas de rádio e TV, álbuns de família e utensílios domésticos pode promover a comunicação, orientar o idoso aos acontecimentos da atualidade, estimular memórias e permitir que ele compartilhe e valorize suas experiências.

4

Capacidade cognitiva

Roteiros de atenção para manejo do declínio cognitivo



AVALIAÇÃO E MANEJO AMBIENTES SOCIAIS E FÍSICOS

Se o declínio cognitivo limitar a autonomia e a independência de uma pessoa, é provável que essa pessoa tenha grandes necessidades de assistência social. Um profissional de saúde pode ajudar os cuidadores a elaborar um plano de atividades da vida diária que maximize as atividades independentes, melhore a funcionalidade, ajude o idoso a se adaptar e desenvolver habilidades e minimize a necessidade de apoio.

Os familiares e cuidadores podem:

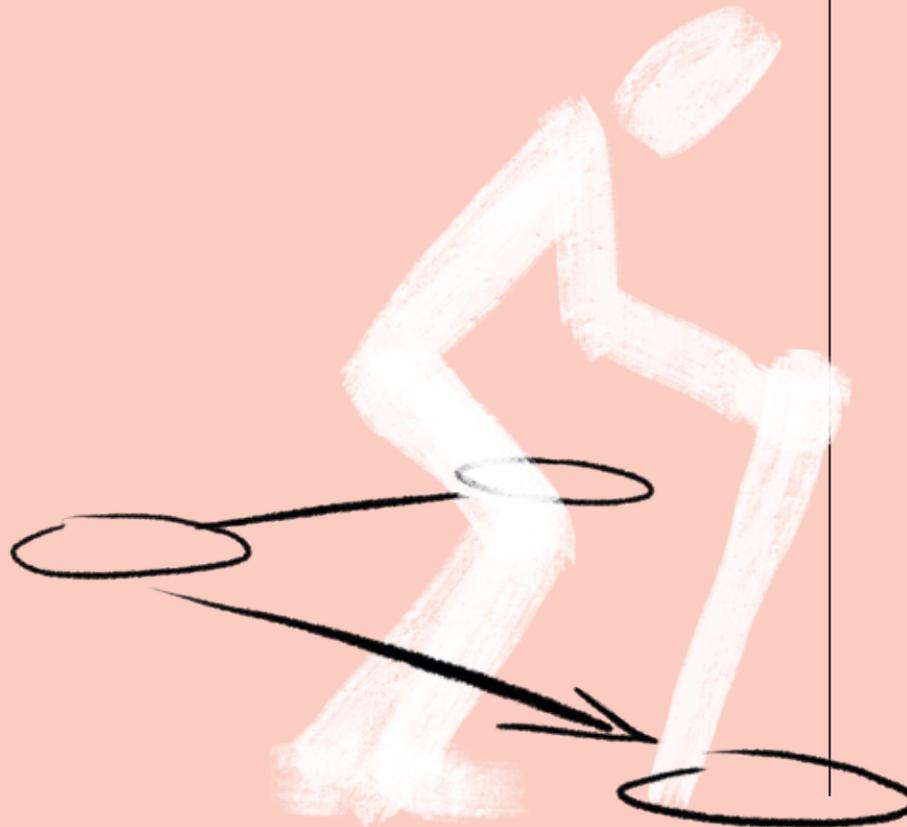
- dar informações que ajudem a orientar o idoso, como data, eventos atuais da comunidade, identidade dos visitantes, clima e tempo, notícias dos membros da família;
- incentivar e organizar contatos com amigos e familiares em casa e na comunidade;
- tornar e manter a casa segura para reduzir o risco de quedas e lesões;
- colocar placas em casa — por exemplo, no banheiro, no quarto, na porta da rua — para ajudar a pessoa a encontrar os caminhos e a identificar os ambientes; e
- organizar e participar de atividades ocupacionais (conforme apropriado às capacidades da pessoa).

Os cuidadores de pessoas com declínio cognitivo grave lidam com demandas muito pesadas. Esse estresse pode colocar sua saúde em risco. Leia o Capítulo 11 sobre como atender às necessidades dos cuidadores. → 11

5

Capacidade locomotora

Roteiros de atenção para melhorar a mobilidade



A mobilidade é um fator determinante crítico do envelhecimento saudável. É importante para manter a autonomia e evitar a dependência de cuidados. A capacidade física da pessoa em se deslocar de um lugar para outro é denominada capacidade locomotora.

Muitos idosos e suas famílias consideram inevitáveis a perda da capacidade locomotora e a dor associada. Mas não o são. Muito pelo contrário, existem estratégias eficazes para melhorar e manter a mobilidade na terceira idade.

PONTOS-CHAVE

- A mobilidade reduzida é comum em idosos, mas não é inevitável.
- Os profissionais de saúde que atuam na comunidade podem usar testes simples para realizar triagem da mobilidade reduzida.
- Um programa de exercícios regulares, adaptado às capacidades e necessidades individuais, é a abordagem mais importante para melhorar ou manter a capacidade locomotora.
- A adaptação do ambiente e o uso de tecnologias assistivas são boas maneiras de manter a mobilidade apesar de uma capacidade locomotora reduzida.

QUANDO A ATENÇÃO ESPECIALIZADA SE FAZ NECESSÁRIA

A capacidade locomotora deve ser avaliada juntamente com outros aspectos da capacidade intrínseca, como cognição, sensibilidade, vitalidade e capacidades psicológicas. Se houver perda significativa de capacidade física ou mental ou comorbidades que tornem a prescrição de exercícios mais complexa, pode ser necessário conhecimento especializado para elaborar um programa de exercícios adequado. Considerar encaminhamento para um serviço de reabilitação.



TESTE DE LEVANTAR-SE DA CADEIRA

Um teste simples pode decidir se um idoso precisa de mais avaliações por suspeita de mobilidade reduzida.

Instruções: Pergunte à pessoa: "Você acha que seria seguro tentar levantar-se de uma cadeira cinco vezes sem usar os braços?" (Demonstre à pessoa.)

Se SIM, peça ao idoso que:

- sente-se no meio da cadeira
- cruze os braços e mantenha-os sobre o peito
- levante-se completamente e sente novamente
- repita cinco vezes o mais rápido possível, sem parar.

Cronometre o teste. Se a pessoa não **conseguir se levantar cinco vezes em 14 segundos**, necessária uma avaliação mais detalhada.



BATERIA BREVE DE DESEMPENHO FÍSICO (SPPB)

Embora haja vários testes de desempenho físico disponíveis, recomenda-se o SPPB, pois possui propriedades de medição superiores e é útil para avaliação de várias habilidades. O SPPB mede o desempenho cronometrado em três tarefas, cada uma com quatro pontos. A pontuação final vai de zero (pior desempenho) a 12 (melhor desempenho).

Primeiro, descreva cada teste e pergunte se a pessoa se sente capaz de fazê-lo. Caso contrário, marque de acordo e passe para a próxima etapa.

1. Testes de equilíbrio: Ficar em pé por 10 segundos com os pés em cada uma das três posições a seguir. Use a soma das pontuações das três posições.

2. Teste de velocidade da marcha: Tempo para levantar-se de uma cadeira cinco vezes

| | |
|---------------------------------|----------|
| Tempo para andar quatro metros: | |
| <4,82 segundos | 4 pontos |
| 4,82 – 6,20 segundos | 3 pontos |
| 6,21 – 8,70 segundos | 2 pontos |
| >8,70 segundos | 1 pontos |
| Incapaz de completar | 0 pontos |

3. Teste de levantar-se da cadeira: Tempo para levantar-se de uma cadeira cinco vezes

| | |
|--------------------------------------|----------|
| <11,19 segundos | 4 pontos |
| 11,2 – 13,69 segundos | 3 pontos |
| 13,7 – 16,69 segundos | 2 pontos |
| 16,7 – 59,9 segundos | 1 pontos |
| >60 segundos ou incapaz de completar | 0 pontos |

Pontuação final do SPPB = soma das pontuações dos três testes acima.

Mais detalhes sobre o SPPB:

http://hdcs.fullerton.edu/csa/research/documents/spbinstructions_scoresheet.pdf

5

Capacidade locomotora

Roteiros de atenção para melhorar a mobilidade



A. Pés juntos

| | |
|---------------------------------|----------|
| Conseguiu ficar 10 segundos | 1 ponto |
| Não conseguiu ficar 10 segundos | 0 pontos |
| Não tentou | 0 pontos |

Se o paciente não tentou, termine aqui os testes de equilíbrio.



B. Posição semi-tandem

| | |
|---------------------------------|----------|
| Conseguiu ficar 10 segundos | 1 ponto |
| Não conseguiu ficar 10 segundos | 0 pontos |
| Não tentou | 0 pontos |

Se o paciente não tentou, termine aqui os testes de equilíbrio.



C. Posição tandem

| | |
|--------------------------------------|----------|
| Conseguiu ficar 10 segundos | 2 pontos |
| Conseguiu ficar de 3 a 9,99 segundos | 1 ponto |
| Conseguiu ficar < 3 segundos | 0 pontos |
| Não tentou | 0 pontos |

5

Capacidade locomotora

Roteiros de atenção para melhorar a mobilidade



AVALIAÇÃO MOBILIDADE

A mobilidade pode ser avaliada mais detalhadamente quantificando-se o desempenho da pessoa em três testes simples. Juntos, esses testes são conhecidos como SPPB (do inglês *Short Physical Performance Battery*, ou bateria breve de desempenho físico).

O teste de levantar-se da cadeira é um desses testes. Deve ser repetido após os outros dois testes:

- **o teste de equilíbrio** – ficar parado por 10 segundos em cada uma de três posições ortostáticas;
- **o teste da velocidade de caminhada** – quanto tempo leva para caminhar 4 metros.

As pontuações de cada teste são somadas. Pontuações totais mais baixas significam mobilidade reduzida. Este roteiro descreve duas rotas diferentes para o manejo, dependendo da pontuação total.

Mais informações sobre os testes e como calcular a pontuação podem ser encontradas na página anterior.

★ QUANDO É NECESSÁRIA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (MAIS INFORMAÇÕES)

A atenção especializada também pode ser necessária para uma pessoa com:

- dor persistente que afeta o humor ou outras áreas da funcionalidade
- deficiência significativa da função osteoarticular
- fratura óssea após um traumatismo mínimo
- riscos de segurança (consulte o quadro na página oposta)
- necessidade de ajuda para escolher um dispositivo assistivo adequado para auxílio à mobilidade.



MANEJO

MOBILIDADE REDUZIDA

5

Capacidade locomotora

Roteiros de atenção para melhorar a mobilidade

5.1 PROGRAMA DE EXERCÍCIOS MULTIMODAL

Para pessoas com mobilidade reduzida, um programa de exercícios multimodal deve ser adaptado às suas capacidades e necessidades individuais.

Um programa de exercícios multimodal para pessoas com mobilidade reduzida pode incluir:

- **treinamento de força/exercícios resistidos**, que exigem que os músculos trabalhem sob carga, usando pesos, faixas de resistência ou a própria massa corporal, como agachamento, afundo e exercícios de sentar e levantar;
- **treinamento aeróbico/cardiovascular**, como caminhadas rápidas ou ciclismo, que aumenta a frequência cardíaca até que a pessoa esteja levemente sem fôlego, mas ainda seja capaz de conversar;
- **treinamento de equilíbrio**, que desafia o sistema de equilíbrio, e inclui exercícios estáticos e dinâmicos; pode progredir para superfícies diferentes, com os olhos abertos e fechados; por exemplo, ficar em uma perna só de cada vez e andar em linha reta colocando um pé na frente do outro; e.
- **treinamento de flexibilidade**, que melhora a extensibilidade dos tecidos moles, como músculos, e a amplitude de movimento articular; exemplos são alongamentos, exercícios de ioga e Pilates.

O projeto Vivifrail oferece um guia prático para a elaboração de um programa de exercícios personalizado.

<http://www.vivifrail.com/resources>.

Nutrição. O aumento da ingestão de proteínas e outras intervenções nutricionais podem aumentar os benefícios de um programa de exercícios. Consulte o Capítulo 6 sobre má nutrição. → 6

Segurança dos exercícios. Antes de dar conselhos sobre exercícios ou planejar um programa de exercícios, pergunte sobre condições de saúde que afetariam a duração ou a intensidade da atividade.

Se a pessoa responder sim a qualquer uma das perguntas a seguir, deve-se procurar um profissional de saúde qualificado para elaborar um programa de exercícios personalizado.

- *Você já teve dor no peito em repouso?*
- *Teve um ataque do coração (infarto) nos últimos seis meses?*
- *Desmaiou ou perdeu a consciência?*
- *Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?*
- *Quebrou algum osso no último mês?*
- *Fica sem fôlego ao fazer atividades do cotidiano em casa, como se vestir?*
- *Tem alguma doença das articulações ou músculos que dificulta se exercitar?*
- *Algum profissional de saúde disse para você limitar os exercícios?*

5

Capacidade locomotora

Roteiros de atenção para melhorar a mobilidade

Manejo das limitações. Quando a dor limitar a mobilidade, dividir a atividade física em blocos de tempo suportáveis e aumentar lentamente as tarefas físicas ajuda a aumentar a resiliência do organismo e controlar a dor. Para pessoas com mobilidade extremamente reduzida, exercícios físicos realizados na cama ou cadeira podem ser um ponto de partida. Para pessoas com limitações cognitivas, como demência, um programa de exercícios simples e menos estruturado pode ser mais adequado.

5.2 APOIO À AUTOGESTÃO

O apoio à autogestão aumenta a aderência e os benefícios de um programa de exercícios multimodal. Pessoas com pontuação entre 10 e 12 no SPPB podem se exercitar em casa e na comunidade. Pessoas com restrições de mobilidade mais graves podem precisar de supervisão e orientação durante o exercício.

O manual da iniciativa de saúde móvel da OMS para envelhecimento (mAgeing) explica como um aplicativo de celular pode complementar o atendimento de rotina dos profissionais de saúde, apoiando o autocuidado e a autogestão. Informação disponível em língua inglesa.

 Mais informações:

<http://www.who.int/ageing/health-systems/mAgeing>

RECOMENDAÇÕES GLOBAIS DA OMS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA

Todos os idosos podem se beneficiar de conselhos sobre a atividade física recomendada para a idade, levando em consideração suas condições de saúde. Este quadro resume as recomendações globais da OMS sobre atividade física para pessoas idosas.

-  Ao longo da semana, faça pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos de atividade aeróbica intensa ou uma combinação equivalente.
-  Exercite-se por pelo menos 10 minutos de cada vez.
-  Para ter ainda mais benefícios, faça 300 minutos de exercício aeróbico de intensidade moderada por semana ou 150 minutos de atividade aeróbica intensa por semana, ou uma combinação equivalente.
-  Faça atividades para fortalecer os músculos dois dias por semana ou mais.
-  Se a sua mobilidade for reduzida, faça atividades físicas que melhorem o equilíbrio três dias por semana ou mais.
-  Se você não conseguir se exercitar o recomendado, seja o mais ativo possível.



Mais informações:

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>



AVALIAÇÃO E MANEJO CONDIÇÕES ASSOCIADAS

5

Capacidade locomotora

Roteiros de atenção para melhorar a mobilidade

★ 5.3 POLIFARMÁCIA

Alguns medicamentos podem prejudicar a mobilidade ou interferir no equilíbrio, mas às vezes são desnecessários ou ineficazes para um indivíduo específico (8). Esses incluem, entre outros:

- anticonvulsivantes
- benzodiazepínicos
- hipnóticos não benzodiazepínicos
- antidepressivos tricíclicos
- antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS)
- antipsicóticos
- opioides.

Suspender medicamentos desnecessários e ineficazes, bem como medicamentos com efeito duplicado, reduz o risco de polifarmácia. **Caso não esteja claro se um medicamento pode ser interrompido com segurança, deve-se consultar um especialista apropriado.**

★ 5.4 DOR

Avaliação da dor. A dor intensa associada ao movimento pode limitar ou até impedir o exercício. É útil avaliar a gravidade da dor relacionada à mobilidade, tanto para ajudar na elaboração de um programa de exercícios quanto para controlar a dor. Para isso, você pode usar o Inventário Breve de Dor: https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0015/212910/Brief_Pain_Inventory_Final.pdf.

Manejo da dor (9). As afecções osteomusculares que prejudicam a mobilidade geralmente envolvem dor persistente. Porém, raramente é possível determinar uma causa biológica específica. A melhor abordagem para o manejo da dor, portanto, aborda vários fatores que podem estar associados fatores físicos (como força muscular, amplitude de movimento e resistência), bem-estar psicológico, nutrição e sono. Se a dor representar uma barreira significativa ao movimento e à atividade, um profissional de saúde especializado em dor deve elaborar um plano para tratamento específico.

As intervenções para dor incluem:

- autogestão; → 5.2
- exercícios e outras atividades físicas
- Medicamentos, que variam desde paracetamol e anti-inflamatórios não esteroidais até gabapentina e opioides
- psicoterapia e terapia cognitivo-comportamental (consulte o Capítulo 9 sobre sintomas depressivos)
- terapias manuais como massagem, manipulação articular e mobilização articular
- acupuntura → 9
- infiltração na coluna/injeção no espaço peridural
- denervação por radiofrequência.

Algumas dessas intervenções podem ser disponibilizadas na comunidade. Outras provavelmente exigiriam encaminhamento para um serviço de referência.

5

Capacidade locomotora

Roteiros de atenção para melhorar a mobilidade

Qualquer perda de capacidade intrínseca pode aumentar o risco de quedas. O entorno físico e a maneira como a tarefa ou atividade estava sendo executada também podem ser fatores de risco.



Além de avaliar o entorno físico, uma avaliação completa do risco de quedas deve incluir:

- uma anamnese dirigida ao histórico de quedas, inclusive detalhes das atividades que estavam sendo realizadas no momento da queda;
- avaliação da marcha, equilíbrio, mobilidade e função e flexibilidade muscular e articular;
- avaliação do medo de cair, visão, cognição, condição cardiovascular e neurológica e presença de urgência urinária ou noctúria (acordar para urinar à noite); e
- revisão dos medicamentos em uso para detectar polifarmácia (consulte o Capítulo 3 sobre avaliação e elaboração de plano).

Alguns pacientes precisarão de avaliação e manejo adicionais de problemas como síncope (desmaios), epilepsia e distúrbios neurodegenerativos (por exemplo, doença de Parkinson).



AVALIAÇÃO E MANEJO AMBIENTES SOCIAIS E FÍSICOS

Pessoas com mobilidade reduzida podem precisar de ajuda para lidar com as atividades do dia-a-dia. O primeiro passo é avaliar as necessidades de assistência social (ver Capítulo 10). As necessidades específicas de assistência social de idosos com perda de mobilidade podem incluir aquelas reveladas por uma avaliação de seu entorno físico ou pela necessidade de dispositivos assistivos. Um programa de exercícios pode ajudar a prevenir quedas.

★ 5.5 AVALIAÇÃO DO ENTORNO FÍSICO PARA REDUZIR O RISCO DE QUEDAS

A avaliação do entorno físico envolve inspecionar a residência para encontrar possíveis perigos e oferecer sugestões. Os exemplos podem incluir reduzir o acúmulo de objetos, remover tapetes soltos, nivelar pisos e degraus, mover móveis de lugar para criar passagens amplas e desobstruídas, melhorar a iluminação e melhorar o acesso ao banheiro, especialmente à noite (adicionando corrimão ou barras de apoio na parede, por exemplo). Uma rampa para a porta principal facilitará o acesso para pessoas que usam cadeiras de rodas e outras pessoas com dificuldade para subir degraus. As limitações de mobilidade específicas de cada indivíduo devem guiar quais adaptações do entorno são mais importantes.

Com treinamento específico, um prestador de atenção primária que atua na comunidade ou em uma unidade de saúde pode

realizar tais inspeções domiciliares. Se uma visita domiciliar não for possível, um profissional de saúde da atenção primária poderá dar instruções gerais à pessoa ou a um cuidador sobre como criar um ambiente doméstico mais seguro.

A avaliação completa e manejo do risco de queda exigem conhecimento especializado.

★ 5.6 CONSIDERAR E DISPONIBILIZAR TECNOLOGIAS ASSISTIVAS

Pessoas com limitações de mobilidade podem precisar de tecnologias assistivas para se movimentar. Tecnologias assistivas são aquelas cujo objetivo principal é manter ou melhorar a habilidade funcional e a independência de um indivíduo para facilitar sua participação em atividades e melhorar o bem-estar geral (10): Elas incluem bengalas, muletas, andadores, cadeiras de rodas, próteses e órteses. As opções podem ser limitadas pela disponibilidade e pelo custo, mas um profissional de saúde com conhecimento em fisioterapia, se disponível, é a pessoa mais capacitada para orientar a escolha do dispositivo mais apropriado e dar instruções sobre como usá-lo com segurança.

6

Vitalidade

Roteiros de atenção para manejo nutricional



A OMS usa o termo vitalidade para descrever os fatores fisiológicos que contribuem para a capacidade intrínseca do indivíduo. Eles podem incluir o balanço energético e o metabolismo. Este manual concentra-se em uma das principais causas de perda de vitalidade na terceira idade: a má nutrição.

PONTOS-CHAVE

- Os profissionais de saúde da atenção primária podem facilmente realizar uma avaliação inicial do estado nutricional. Ela deve fazer parte de toda avaliação da saúde da pessoa idosa. Uma avaliação completa do estado nutricional requer conhecimento especializado e, algumas vezes, exames de sangue.
- Tanto a nutrição inadequada quanto a menor atividade física levam à perda de massa e força muscular.
- Ingestão de uma dieta equilibrada em quantidades adequadas geralmente fornece as vitaminas e minerais necessários para os idosos, mas as deficiências de vitaminas D e B12 são comuns.
- A má nutrição geralmente leva à perda de peso, mas nem sempre. A massa gorda pode substituir a massa magra (muscular), deixando o peso inalterado.
- Outro aspecto da má nutrição é a obesidade, que não foi abordada nesta orientação.

6

Vitalidade

Roteiros de atenção para manejo nutricional

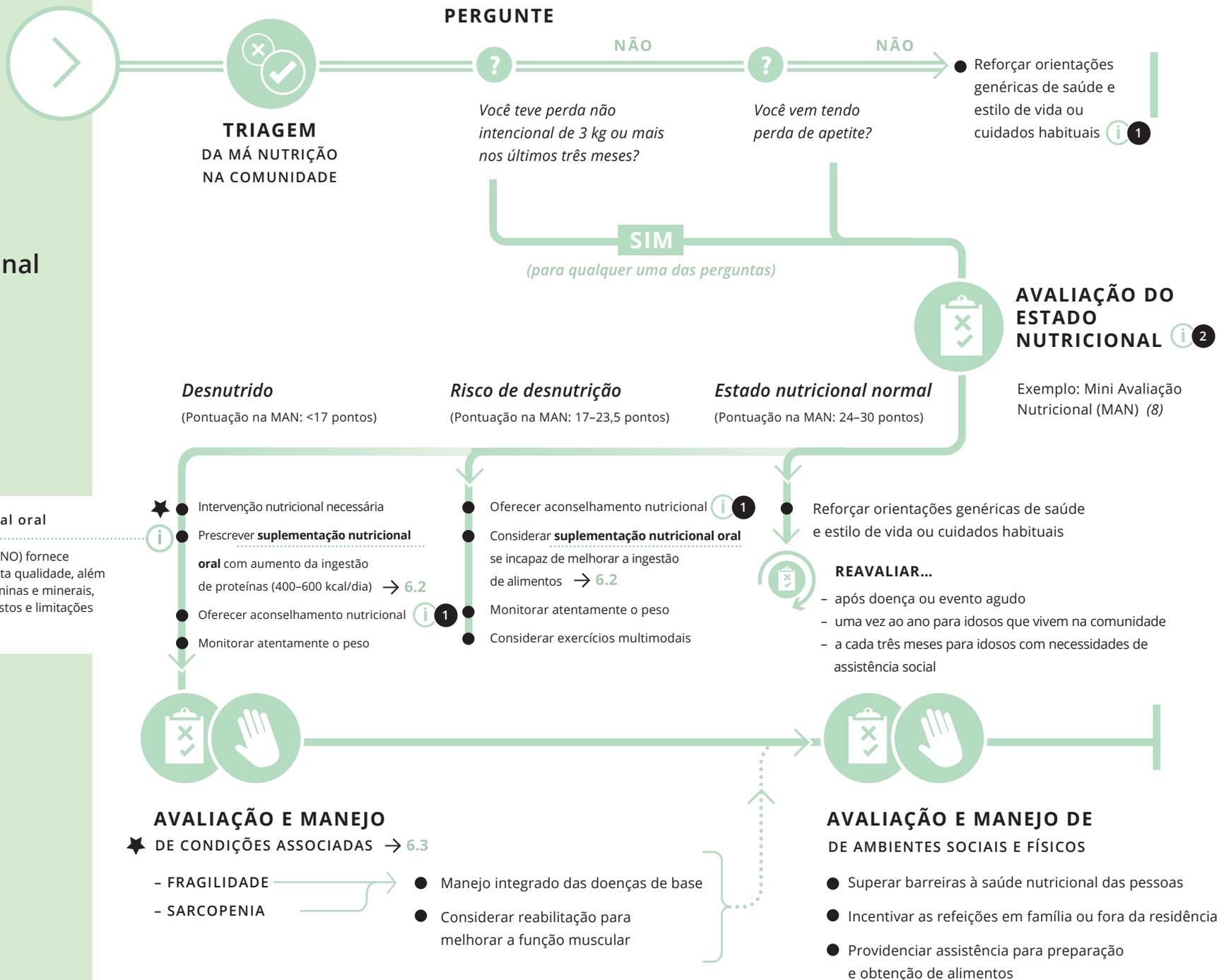
★ Suplementação nutricional oral

A suplementação nutricional oral (SNO) fornece proteínas e calorias adicionais de alta qualidade, além de quantidades adequadas de vitaminas e minerais, de acordo com as necessidades, gostos e limitações físicas do indivíduo.

★ Necessidade de atenção especializada

OPAS

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
COOPERATIVAS AMÉRICAS





ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

- Os profissionais de saúde da atenção básica podem dar orientação aos idosos e incentivar uma alimentação saudável. Todos os idosos podem se beneficiar destas orientações, estejam em risco ou já afetados pela má nutrição, precisando ou não de cuidados especializados. Seguir uma alimentação saudável é mais fácil para as pessoas que registram o que comem em uma planilha todos os dias — nas refeições e entre as refeições.
- Ajude o idoso a identificar alimentos específicos disponíveis localmente e que forneçam energia (carboidratos), proteínas e micronutrientes adequados, como vitaminas e minerais. Dê orientações a respeito das quantidades adequadas desses alimentos.
- Como a absorção de proteínas diminui com a idade, aconselhe os idosos a ingerir bastante proteína. Recomenda-se a ingestão de 1,0 a 1,2 g de proteína por kg de peso corporal para idosos saudáveis. Idosos que estejam se recuperando de uma perda de peso ou doença ou lesão aguda podem precisar de até 1,5 g por kg de peso corporal. A função renal precisa ser monitorada, pois a ingestão elevada de proteínas pode levar ao aumento da pressão intraglomerular e à hiperfiltração glomerular.
- Aconselhe a atividade física, que permite a incorporação das proteínas pelos músculos e aumenta o apetite.
- Incentive a exposição à luz solar para fazer a pele produzir vitamina D. A vitamina D dos alimentos não é suficiente para que os idosos mantenham níveis ideais. É necessário um exame de sangue para medir se o nível de vitamina D de uma pessoa está adequado.
- Muitas vezes, os idosos não comem o suficiente. Para ajudar um idoso a comer mais, sugira refeições em família e fora da residência, principalmente para pessoas idosas que moram sozinhas ou são socialmente isoladas.

LEMBRE-SE!

O profissional de saúde precisa informar os familiares e outros cuidadores, não só o idoso.

QUANDO A CAPACITAÇÃO ESPECIALIZADA SE FAZ NECESSÁRIA

Os profissionais de saúde da comunidade e das unidades básicas de saúde podem oferecer orientação e apoio para ajudar todos os idosos a manter uma dieta saudável. Pessoas com má nutrição ou com alto risco de má nutrição precisam de um profissional com conhecimento especializado, capaz de procurar causas e fatores de risco e prescrever um plano de nutrição personalizado.

Se houver indicação, faça ou solicite uma avaliação adicional das possíveis condições de base que podem levar à má nutrição—mesmo que o estado nutricional atual pareça adequado. Sinais dessas possíveis condições incluem caquexia, perda acelerada de peso, dor oral, dor ou dificuldade em engolir, vômito ou diarreia crônicos e dor abdominal.



AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Há boas ferramentas disponíveis para ajudar a avaliar o estado nutricional (11). Por exemplo:

[Mini Avaliação Nutricional \(MAN\) \(8\)](#)

[Avaliação de risco nutricional DETERMINE \(https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf\)](https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf)

[Malnutrition Universal Screening Tool \(https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf\)](https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf)

[Seniors in the community risk evaluation for eating and nutrition questionnaire \(https://www.flintbox.com/public/project/2750/\)](https://www.flintbox.com/public/project/2750/)

[Short nutritional assessment questionnaire 65+ \(SNAQ65+\) \(http://www.fightmalnutrition.eu/toolkits/summary-screening-tools.\)](http://www.fightmalnutrition.eu/toolkits/summary-screening-tools/)

6

Vitalidade

Roteiros de atenção para manejo nutricional

O roteiro de atenção na página oposta baseia-se na **Mini Avaliação Nutricional (MAN)**.

6

Vitalidade

Roteiros de atenção para manejo nutricional



AVALIAÇÃO ESTADO NUTRICIONAL

A maioria das ferramentas de avaliação nutricional pergunta sobre:

- ingestão de alimentos e líquidos
- perda de peso recente (questão de busca ativa)
- mobilidade
- estresse psicológico ou doença aguda recente
- problemas psicológicos
- situação de vida.

Além disso, registram:

- peso
- altura
- índice de massa corporal (IMC, ou seja, peso em kg/ altura em m²)
- circunferência do braço e da panturrilha.

COMPOSIÇÃO DA MASSA CORPORAL E ENVELHECIMENTO

Geralmente, após cerca de 70 anos de idade, a massa muscular pode diminuir, com efeitos importantes potencialmente prejudiciais à vitalidade. Tanto a nutrição inadequada quanto o exercício físico inadequado levam à perda de massa e força muscular.

Ao mesmo tempo, a massa adiposa pode aumentar. O peso corporal pode diminuir ou permanecer inalterado, mascarando essas possíveis alterações prejudiciais.

Portanto, uma pessoa desnutrida pode ter perdido massa magra essencial e ainda assim ter um IMC no intervalo da normalidade ou até estar acima do peso.

Qualquer profissional treinado pode avaliar com confiança a função muscular e assim detectar a desnutrição proteica, usando uma ferramenta (por exemplo, um dinamômetro manual) para medir a força de preensão. O dinamômetro manual mede o quanto o paciente consegue apertar a ferramenta com uma só mão. Pouca força de preensão manual indica necessidade de exercícios e uma dieta que inclua mais proteína.



MANEJO MÁ NUTRIÇÃO NA TERCEIRA IDADE

Déficits sensoriais (diminuição do paladar e do olfato), problemas de saúde bucal (como problemas de mastigação e deglutição), isolamento, solidão, baixa renda e doenças crônicas complexas de longa duração aumentam o risco de má nutrição na terceira idade.

6.1 PARA IDOSOS COM RISCO DE MÁ NUTRIÇÃO

Idosos com risco de má nutrição (por exemplo, pontuação de 17 a 23,5 na MAN) podem se beneficiar de orientação nutricional (consulte o quadro na página 35). Uma pessoa com risco de má nutrição também deve, de preferência, receber uma intervenção nutricional para evitar o desenvolvimento de má nutrição.

6.2 PARA IDOSOS COM MÁ NUTRIÇÃO JÁ ESTABELECIDA

Para idosos nos quais foi identificada má nutrição (por exemplo, pontuação abaixo de 17 na MAN), deve-se iniciar uma intervenção nutricional imediatamente. O profissional de saúde da atenção primária pode dar imediatamente orientações nutricionais padrão (consulte o quadro na página 35). O mais rapidamente possível, um profissional de saúde especializado também deve oferecer aconselhamento nutricional e, se necessário, prescrever suplementação nutricional oral (ver abaixo).

A intervenção deve fazer parte de um plano de cuidados abrangente, abordando os fatores subjacentes que contribuem para a má nutrição, juntamente com outras intervenções que abordem outros domínios da capacidade intrínseca, como mobilidade reduzida. Em particular, a ingestão adequada de calorias e proteínas tornará os programas multimodais de exercícios físicos mais eficazes (consulte o Capítulo 5 sobre mobilidade reduzida). → 5

Suplementação nutricional oral

A suplementação nutricional oral (SNO) fornece proteínas e calorias adicionais de alta qualidade, além de quantidades adequadas de vitaminas e minerais. É necessário conhecimento especializado para desenvolver um plano de

6

Vitalidade

Roteiros de atenção para manejo nutricional

SNO adaptado às necessidades, gostos e limitações físicas de cada indivíduo. A avaliação permite a escolha do melhor método de suplementação—seja por alimentos ricos em nutrientes, suplementos vitamínicos ou minerais em comprimidos, produtos comerciais especializados ou formulações nutricionais não comerciais. Um profissional de saúde da comunidade pode auxiliar e monitorar a pessoa que está tomando SNO (consulte o quadro).

A suplementação nutricional oral só deve ser prescrita quando o paciente não puder consumir alimentos normais com densidade adequada de calorias e nutrientes ou como estratégia temporária, além da alimentação normal, para aumentar a ingestão calórica.

Exames de sangue

Os exames de sangue proporcionam informações para elaborar um plano nutricional personalizado. Um exame de sangue pode identificar deficiências de vitaminas e minerais específicos. Suplementos orais ou injeções específicas dos nutrientes faltantes podem tratar essas deficiências. Por exemplo, são necessários comprimidos ou injeções para tratar as deficiências de vitaminas D e B12, que são comuns.

PONTOS-CHAVE SOBRE A SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL ORAL

- ✓ Os alimentos vêm em primeiro lugar. A menos que a necessidade de SNO seja urgente, deve-se primeiro tentar melhorar a dieta, se possível, e fazer refeições mais frequentes.
- ✓ A SNO suplementa a alimentação normal. Não deve substituir os alimentos. Uma pessoa que toma SNO deve entender a necessidade de continuar comendo da melhor maneira possível.
- ✓ As pessoas precisam de instruções sobre como preparar a SNO, quanto tomar de cada vez e quando tomar.
- ✓ A SNO deve ser tomada entre as refeições, não no horário das refeições.
- ✓ As pessoas geralmente precisam de apoio e incentivo contínuos (de familiares, cuidadores e profissionais de saúde) para continuar tomando SNO e para continuar comendo da melhor maneira possível.
- ✓ Depois de um tempo, a pessoa pode cansar do sabor e da textura de um tipo de SNO. Variar os sabores e mudar periodicamente de suplemento podem ajudar.
- ✓ O peso deve ser monitorado e registrado regularmente.
- ✓ O objetivo ideal é interromper a SNO assim que o risco de má nutrição tiver passado e a dieta fornecer nutrição adequada.



AValiação e Manejo Condições Associadas

★ 6.3 SARCOPENIA E FRAGILIDADE

Sarcopenia e fragilidade são condições que podem cursar associadas à má nutrição. Intervenções no estilo de vida, inclusive melhor alimentação e exercício físico, podem ajudar a melhorar ou evitar as duas.

Sarcopenia. O termo sarcopenia descreve uma perda geral e progressiva da massa, força e função muscular. Pode resultar de doença, má nutrição ou falta de atividade física (ficar acamado, por exemplo), ou pode não ter nenhuma causa óbvia e estar associada ao processo de envelhecimento.

Fragilidade. A fragilidade pode envolver perda de peso, fraqueza muscular, baixos níveis de atividade física, exaustão e lentidão (caminhar devagar, por exemplo). A fragilidade pode resultar de estresse físico ou psicológico, como trauma, doença ou perda de um ente querido. Pessoas com fragilidade podem perder habilidades funcionais e se tornar dependentes de cuidados.



AValiação e Manejo Ambientes Sociais e Físicos

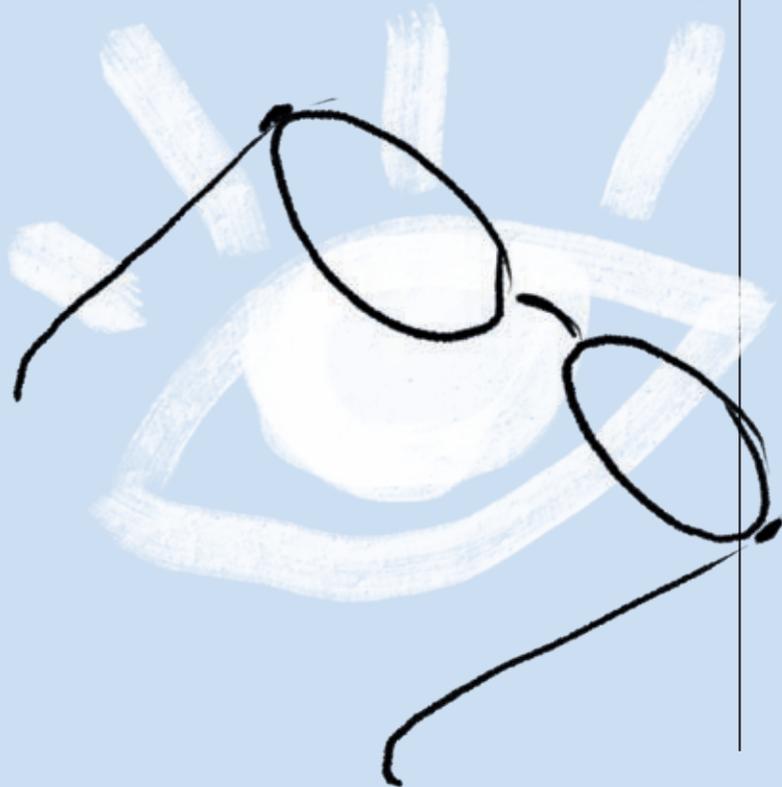
Os cuidadores e as comunidades podem ajudar a superar barreiras à saúde nutricional dos idosos. Por exemplo, organizações comunitárias podem organizar eventos sociais que promovam refeições para idosos.

Os profissionais de saúde da comunidade podem facilitar o acesso a alimentos, ajudar com o gerenciamento das finanças ou acesso a fontes de apoio à renda, facilitar a assistência para preparar alimentos ou receber alimentos já preparados, como por meio de um serviço comunitário de entrega de refeições.

7

Capacidade visual

Roteiros de atenção para manejo da deficiência visual



A visão é um componente crítico da capacidade intrínseca. Permite que a pessoa se desloque e interaja com segurança com seus pares e com o ambiente. Algumas causas de deficiência visual tornam-se mais comuns com o envelhecimento: miopia e hipermetropia (capacidade de enxergar perto ou longe), catarata, glaucoma e degeneração macular.

A deficiência visual pode causar dificuldades em manter as relações familiares e outras relações sociais, acessar informações, deslocar-se com segurança (especialmente no contexto de equilíbrio e risco de quedas) e realizar tarefas manuais. Tais dificuldades podem levar à ansiedade e à depressão.

O exame da visão é um componente essencial da avaliação centrada na pessoa.

PONTOS-CHAVE

- Usando uma simples tabela de visão, os profissionais de saúde atuantes na atenção primária e na comunidade podem detectar perdas significativas de visão.
- Muitas pessoas com perda de visão têm afecções tratáveis. É importante perguntar, avaliar ou verificar a presença de doença ocular estabelecida.
- Os óculos geralmente corrigem a perda de visão para perto ou para longe.
- Tecnologias assistivas (lupas, lunetas) podem ajudar pessoas com perda de visão que não pode ser corrigida com óculos.
- Em casa e na comunidade, medidas simples (como uma iluminação melhor) podem melhorar a habilidade funcional de pessoas idosas com perda de visão.

7

Capacidade visual

Roteiros de atenção para manejo da deficiência visual

A perda de visão para longe *sempre* exige encaminhamento para atendimento especializado.

DEFICIÊNCIA VISUAL (14)

Comprometimento da visão para longe:

- Leve – acuidade visual pior que 6/12
- Moderada – acuidade pior que 18/6
- Grave – acuidade pior que 6/60
- Cegueira – acuidade pior que 3/60.

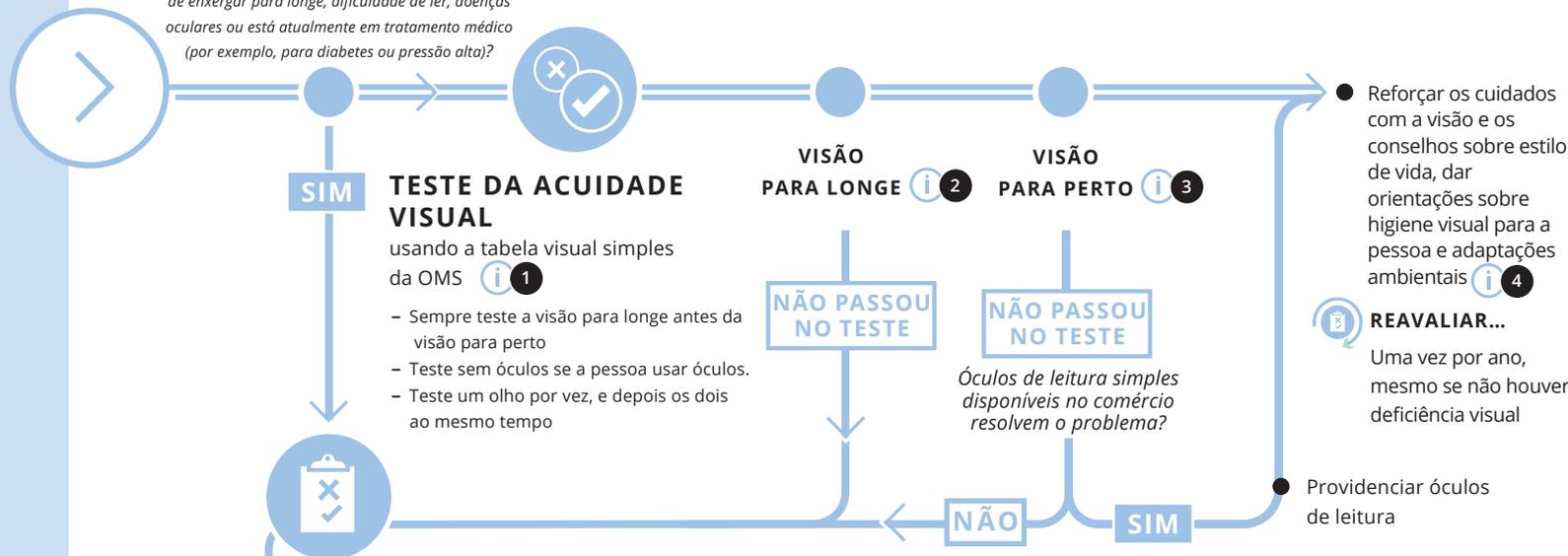
Comprometimento da visão para perto:

- Melhor acuidade visual corrigida para perto inferior a N6 ou M.08.

★ Necessidade de atenção especializada

PERGUNTE

Você tem algum problema com os olhos? Dificuldade de enxergar para longe, dificuldade de ler, doenças oculares ou está atualmente em tratamento médico (por exemplo, para diabetes ou pressão alta)?



★ AVALIAR DEFICIÊNCIA VISUAL E DOENÇAS OCULARES → 7.4

- Tratar doenças oculares
- Cuidar da deficiência visual
- Revisar e atualizar a receita dos óculos ou providenciar novos óculos
- Considerar a reabilitação ocular, inclusive com dispositivos assistivos, como lentes de aumento de mesa e lupas portáteis → 7.5



AVALIAÇÃO E MANEJO DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS

- HIPERTENSÃO → **SIM** ● Controlar fatores de risco cardiovascular:
- DIABETES → ● Encaminhar a oftalmologista especializado para exame de retina anual
- USO DE CORTICOIDES → ● Revisar a medicação para evitar efeitos adversos dos medicamentos nos olhos → 7.9



★ AVALIAÇÃO E MANEJO DOS AMBIENTES SOCIAIS E FÍSICOS

- Orientar sobre a vida cotidiana com baixa visão
- Providenciar adaptações domiciliares (iluminação, cores contrastantes) para evitar quedas → 7.10
- Retirar quaisquer obstáculos do caminho usual da pessoa

QUANDO A ATENÇÃO ESPECIALIZADA SE FAZ NECESSÁRIA

Se uma pessoa tem doença ocular já estabelecida ou é identificada como portadora de doença ocular, cabe ao oftalmologista decidir a frequência e os tipos de exames que devem ser realizados para controle.

i 1

TESTE DA ACUIDADE VISUAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

- A triagem simples da perda de visão deve ser realizada **pelo menos uma vez por ano para pessoas a partir dos 50 anos de idade.**
- A triagem pode ser realizada usando a tabela visual simples **OMS para testar a visão** para longe e para perto. As instruções aparecem à direita.
- Um profissional de atenção primária pode realizar a triagem. Não requer nenhum treinamento formal em exame oftalmológico (13).
- Se os óculos de leitura disponíveis no comércio resolverem o problema de visão da pessoa, talvez não seja necessário um exame mais detalhado.

i 4

HIGIENE VISUAL

A higiene visual envolve o ambiente e a pessoa. Fatores e comportamentos ambientais podem facilitar a função da visão (por exemplo, iluminação, contraste, uso de cores) ou podem ser prejudiciais (por exemplo, observação prolongada de telas de aparelhos eletrônicos, muito tempo usando a visão para perto). A higiene pessoal inclui todos os comportamentos de higiene ocular, como lavar as mãos com frequência, não esfregar os olhos, usar apenas sabão neutro nas pálpebras e evitar uso de cosméticos ao redor dos olhos.

i 2

**EXAME DA VISÃO PARA LONGE
COM A TABELA VISUAL SIMPLES DA OMS**

Demonstre junto à pessoa como fazer o teste dos "E", mostrando para qual direção cada letra E aponta. Teste dos "E" pequenos para os "E" grandes.

1. Teste com os quatro E pequenos a 3 metros. 7.1

A acuidade visual é 6/18 ou melhor se a pessoa conseguir discernir a orientação de pelo menos três de cada quatro "E" (**APROVADA** no exame de triagem da visão para longe).

Se não conseguir discernir pelo menos três dos "E" grandes (**REPROVADA** no exame de triagem da visão para longe), é necessário avaliar a deficiência visual e possíveis doenças oculares. Os testes adicionais a seguir podem ajudar a estimar a acuidade visual.

2. Teste com os E grandes a 3 metros. 7.2

Se a pessoa conseguir enxergar os "E", a acuidade visual é de 6/60.

Se não conseguir enxergar pelo menos três "E" grandes a 3 metros

3. Teste com os E grandes a 1,5 metros. 7.2

Se a pessoa conseguir enxergar pelo menos três dos quatro "E", a visão é 3/60.

i 3

**EXAME DA VISÃO PARA PERTO
COM A TABELA VISUAL SIMPLES DA OMS 7.3**

Deixe a pessoa segurar o cartão de teste de visão para perto à distância que ela quiser. Teste dos maiores para os menores "E".

Se a pessoa conseguir discernir a orientação de pelo menos três dos quatro "E" maiores, ela passou no exame de triagem da visão para perto.

Caso contrário, verifique se os óculos de leitura disponíveis no comércio são capazes de ajudar. Se não conseguir discernir pelo menos três dos "E" grandes usando óculos de leitura (**REPROVADA** no exame de triagem da visão para perto), é necessário avaliar a deficiência visual e possíveis doenças oculares. O tamanho médio é semelhante à fonte usada em livros. O tamanho menor é semelhante à fonte pequena usada em livros e revistas (não é necessário enxergar).



7

Capacidade visual

Roteiros de atenção
para manejo da
deficiência visual



7.1 TABELA DE VISÃO SIMPLES DA OMS (QUATRO “E”S PEQUENOS, VISÃO PARA LONGE)

- Cada “E” mede 1,3 cm x 1,3 cm e está a 1,3 cm de distância do outro.
- “E” preto em papel branco.



7.2 TABELA DE VISÃO SIMPLES DA OMS (QUATRO “E”S GRANDES, VISÃO PARA LONGE)

- Cada E mede 4,2 cm x 4,2 cm e está a 4,5 cm de distância do outro
- “E” preto em papel branco.



Capacidade visual

Roteiros de atenção
para manejo da
deficiência visual



7

Capacidade visual

Roteiros de atenção
para manejo da
deficiência visual

M



E



W



E



7.3 TABELA DE VISÃO SIMPLES DA OMS (VISÃO PARA PERTO)

W E E W

E W E M

W E E W



AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA VISUAL E DAS DOENÇAS OCULARES

7

Capacidade visual

Roteiros de atenção para manejo da deficiência visual

7.4 AVALIAR DEFICIÊNCIA VISUAL E DOENÇAS OCULARES

- A perda de visão súbita ou rapidamente progressiva, em um ou ambos os olhos, requer um exame oftalmológico básico e encaminhamento para atendimento oftalmológico especializado.
- Um profissional da atenção primária pode examinar os olhos da pessoa. Se houver alterações como olhos vermelhos, secreção, cicatrizes, dor contínua, intolerância à luz solar ou catarata, um profissional de saúde ocular (oftalmologista, optometrista) deve examinar a pessoa.
- O exame ocular realizado pelo profissional da atenção primária pode avaliar sinais de doenças oculares comuns. Esse exame geralmente não é abrangente; um exame mais detalhado requer um especialista. Se as condições oculares mencionadas acima persistirem, recomenda-se atendimento oftalmológico especializado.
- Os óculos de leitura ajudam muitos idosos a ver objetos próximos. Porém, para algumas pessoas, os óculos de leitura não são a resposta. Por exemplo, pessoas com miopia ou astigmatismo precisam de óculos receitados por um oftalmologista após um exame de refração.
- O exame diagnóstico padrão inclui a biomicroscopia com lâmpada de fenda, realizada por um profissional capacitado para examinar o olho em detalhes. Esse instrumento pode ser usado, por exemplo, para detectar uma catarata, e pode ajudar a decidir se há necessidade de cirurgia. O exame da retina e do nervo óptico requer o uso de outros instrumentos e, algumas vezes, a captura de imagens para detectar alterações precoces e orientar um tratamento que possa impedir a perda da visão. O exame periódico da retina é especialmente importante para pessoas com diabetes.

★ Cataratas

A catarata é uma turvação do cristalino, a lente natural do olho. Ela impede a visão nítida, e geralmente está relacionada ao processo de envelhecimento. A catarata continua sendo a principal causa de cegueira. A redução do tabagismo e da exposição à luz ultravioleta podem evitar ou desacelerar o desenvolvimento de catarata. Diabetes e obesidade são fatores de risco adicionais.

A deficiência visual e a cegueira devido à catarata são evitáveis, porque a cirurgia de catarata é segura e capaz de restaurar a visão.

7

Capacidade visual

Roteiros de atenção para manejo da deficiência visual



MANEJO DA DEFICIÊNCIA VISUAL

7.5 ÓCULOS DE LEITURA

Muitas pessoas com 50 anos de idade ou mais têm dificuldade em enxergar ou ler de perto. Muitas vezes, o uso de óculos de leitura pode ser benéfico.

Óculos de leitura simples estão disponíveis a baixo preço. Geralmente, são comercializados em vários graus de ampliação. Os óculos de leitura simplesmente fazem os objetos parecerem maiores de perto. Quando óculos simples de leitura não resolverem o problema, é aconselhável um exame oftalmológico e de visão mais abrangente.

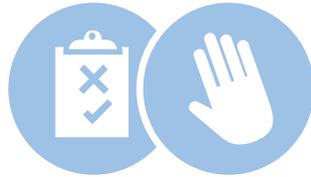
Se possível, todas as pessoas com 50 anos de idade ou mais devem ser examinadas periodicamente por um profissional de oftalmologia. Os exames simples de visão e leitura não substituem o exame abrangente realizado por um profissional de oftalmologia.

7.6 BAIXA VISÃO IRREVERSÍVEL

Muitas pessoas têm baixa visão incapaz de ser corrigida mesmo com óculos de grau. Para essas pessoas, os dispositivos para baixa visão – ampliadores de mesa ou lupas portáteis – oferecem maior ampliação que os óculos. Eles podem possibilitar tarefas que envolvam visão de perto, como ler um livro ou jornal, identificar dinheiro, ler etiquetas e inspecionar objetos pequenos ou partes de objetos grandes.

Profissionais de saúde ou reabilitação atuantes na comunidade podem ajudar as pessoas a obter esses dispositivos.

★ **Reabilitação da visão.** Serviços integrais de reabilitação visual, que incluem apoio psicológico, orientação, mobilidade e treinamento para as atividades de vida diária, podem ser benéficos para pessoas com baixa visão irreversível. Especialistas em oftalmologia e reabilitação podem ajudar as pessoas com baixa visão a adquirir habilidades que melhoram a função visual – habilidades como conscientização, fixação, varredura e rastreamento. Essas habilidades geralmente são necessárias para o uso eficaz de lupas, mas também podem ser úteis em outras circunstâncias.



AVALIAÇÃO E MANEJO DOENÇAS ASSOCIADAS

7

Capacidade visual

Roteiros de atenção para manejo da deficiência visual

7.7 HIPERTENSÃO

A hipertensão é um importante fator de risco para doenças da retina e glaucoma.

7.8 DIABETES

Pessoas com diabetes devem passar por um exame oftalmológico anual para verificar se há retinopatia diabética.

7.9 USO DE CORTICOIDES

Em algumas pessoas, a terapia prolongada com corticoides pode aumentar a pressão no globo ocular (pressão intraocular) ou provocar catarata. Esse aumento da pressão pode levar à perda da visão, com lesão do nervo óptico, e pode inclusive levar à cegueira se não for tratado. Qualquer pessoa que faça uso crônico de corticoides precisa passar por exame oftalmológico e aferição da pressão intraocular periodicamente.

7

Capacidade visual

Roteiros de atenção para manejo da deficiência visual



AVALIAÇÃO E MANEJO AMBIENTES SOCIAIS E FÍSICOS

Existem várias maneiras de ajudar pessoas com baixa visão a ter uma melhor funcionalidade. Os familiares e cuidadores podem ajudar. Dependendo do local, esta orientação precisará ser adaptada para especificar onde obter tecnologias assistivas para baixa visão e como obter ser-viços

7.10 ADAPTAÇÕES À BAIXA VISÃO

Além da disponibilização de tecnologias assistivas, algumas mudanças simples podem permitir que as pessoas com baixa visão mantenham suas atividades e, assim, sua qualidade de vida. Podem ser feitas alterações na casa e nas áreas onde a pessoa geralmente circula para tornar as tarefas e atividades de lazer mais seguras e fáceis. Alguns exemplos:

Melhorar a iluminação. Uma boa iluminação é particularmente importante para a visão de perto. A luz é melhor quando vem pela lateral (sem criar sombra).

Reduzir o brilho. Luzes mais fortes geralmente são melhores. Mas o brilho do sol ou de luzes fortes demais pode incomodar algumas pessoas.

Tirar obstáculos do caminho. Obstáculos como móveis e outros objetos duros podem ser tirados do caminho habitual da pessoa ou, se isso não for possível, devem ser deixados sempre no mesmo lugar.

Criar contraste. Um bom contraste dentro dos objetos e entre eles os torna mais fáceis de ver, encontrar ou evitar. Alguns exemplos são marcas de alto contraste na beira dos degraus (principalmente para pessoas com visão monocular), pratos coloridos para que os alimentos se destaquem contra o fundo e uso de caneta preta para escrever. Pessoas com baixa visão, seus familiares e cuidadores podem pintar os cabos dos utensílios domésticos e de cozinha para torná-los mais visíveis e mais seguros – por exemplo, enrolando um cabo de faca com fita adesiva colorida ou pintando-o.

Usar fontes mais legíveis. Para materiais impressos e telas eletrônicas (de computadores e telefones), é mais fácil ler fontes grandes e *sem serifa* (rebordas nas letras, como a deste manual) que se destacam claramente contra um fundo de cor uniforme.

Escolher objetos domésticos com fonte maior e bom contraste. Muitas vezes, existem produtos disponíveis no comércio que usam letras e números maiores ou com bom contraste. Exemplos de tais produtos diferenciados são relógios de parede, relógios de pulso e livros com letra grande. Para lazer, peças e tabuleiros de jogos maiores e cartas de baralho com símbolos e letras grandes, por exemplo, podem ser comprados ou fabricados.

Usar aparelhos sonoros além das tecnologias assistivas para baixa visão. Muitos itens disponíveis no comércio já têm a função de fala, inclusive relógios, termômetros e balanças. Muitos telefones celulares e programas de computador também têm funções que convertem o texto em fala.

8

Capacidade auditiva

Roteiros de atenção para manejo da perda auditiva



A perda auditiva relacionada à idade pode ser a deficiência sensorial mais comum em idosos. A perda auditiva não tratada interfere na comunicação e pode levar ao isolamento social. Limitações de outras capacidades, como o declínio cognitivo, podem piorar essas consequências sociais. A perda auditiva está ligada a muitos outros problemas de saúde, inclusive declínio cognitivo e risco de demência, depressão e ansiedade, perda do equilíbrio, quedas, hospitalizações e mortalidade precoce.

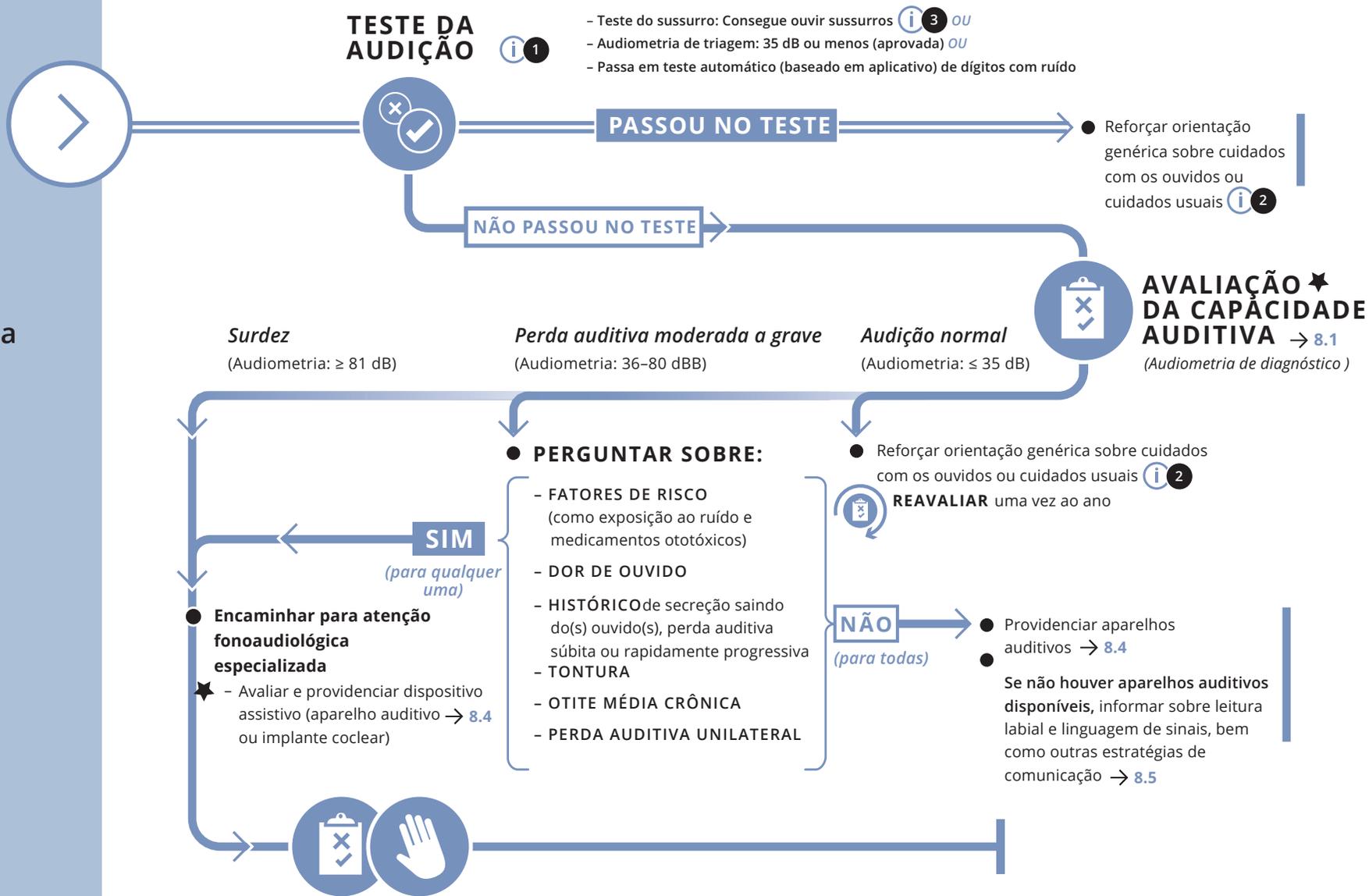
Portanto, a avaliação da audição é uma parte fundamental do monitoramento da capacidade intrínseca dos idosos na comunidade. Avaliar a audição mais detalhadamente também é parte essencial de uma avaliação completa das necessidades de saúde e assistência social do idoso

PONTOS-CHAVE

- Os profissionais de atenção primária atuantes na comunidade e em unidades de saúde podem usar equipamentos portáteis simples ou teste da voz sussurrada (também conhecido como teste do sussurro) para realizar triagem da perda auditiva.
- Ações simples no lar e na comunidade podem reduzir o impacto da perda auditiva. As estratégias de comunicação para facilitar a audição incluem falar claramente, face a face com a pessoa com perda auditiva ao falar e reduzir o ruído de fundo.
- Melhorar a audição em si requer uso de dispositivos assistivos, como aparelhos auditivos e implantes cocleares. O fornecimento desses dispositivos requer conhecimento e equipamentos especializados.

Capacidade auditiva

Roteiros de atenção para manejo da perda auditiva



AVALIAÇÃO E MANEJO DOS AMBIENTES SOCIAIS E FÍSICOS

★ Necessidade de atenção especializada

- Proporcionar suporte emocional e ajudar no manejo da angústia emocional
- Proporcionar tecnologias assistivas por toda a casa (telefone, campainhas)
- Proporcionar à pessoa com perda auditiva, seus familiares e cuidadores estratégias para permanecer conectado e manter relacionamentos

QUANDO A ATENÇÃO ESPECIALIZADA SE FAZ NECESSÁRIA

- Avaliação de uma pessoa com perda auditiva/surdez profunda.
- Adaptação de aparelho auditivo.
- Manejo de um problema de base que causou ou contribuiu para a perda auditiva.



TESTES AUDITIVOS

A avaliação inicial usa um de três testes possíveis.

TESTE DO SUSSURRO

O teste do sussurro, ou teste da voz sussurrada, é uma ferramenta de triagem que pode ajudar a determinar se uma pessoa tem audição normal ou precisa de audiometria.

AUDIOMETRIA DE TRIAGEM⁽¹⁵⁾

Realize audiometria de triagem se você tiver o equipamento.

A audiometria de triagem utiliza tons no espectro da fala (500 a 4.000 Hz), nos limiares superiores da audição normal. Os resultados são registrados como “aprovado” ou “encaminhar”. Um resultado de 35 dB ou menos indica audição normal. Com um breve treinamento específico, mesmo não especialistas conseguem testar a audição precisamente com este equipamento.

TESTE AUTOMÁTICO (BASEADO EM APLICATIVO) DE DÍGITOS COM RUÍDO

Um autoteste automático de dígitos com ruído também pode ser usado para determinar se a audiometria de diagnóstico é necessária.

Disponível como **aplicativo para celular** – por exemplo:

hearWHO: <https://www.who.int/deafness/hearWHO> (gratuito, em inglês)

hearZA: <https://www.hearza.co.za/> (gratuito, em inglês)

uHear: <http://unitron.com/content/unitron/nz/en/professional/practice-support/uhear.html> (gratuito para usuários de iPhone, em inglês, francês, alemão e espanhol).

Disponível como **aplicativo online** – por exemplo:

da **HearCom:** http://hearcom.eu/prof/DiagnosingHearingLoss/SelfScreenTests/ThreeDigitTest_en.html (gratuito, em holandês, inglês, alemão, polonês e sueco).



ORIENTAÇÕES GENÉRICAS SOBRE O CUIDADO COM OS OUVIDOS

- **NÃO** colocar dedos sujos nos ouvidos, não se esquecer de lavar as mãos antes de manipular alimentos e não comer com as mãos sujas
- **SEMPRE** lavar as mãos depois de ir ao banheiro
- **NÃO** nadar nem se lavar em água suja
- **NÃO** colocar nada nos ouvidos:
 - óleo quente ou frio
 - fitoterápicos
 - outros líquidos (como querosene).



TESTE DO SUSSURRO

- Posicione-se a uma distância de mais ou menos um braço atrás e ao lado da pessoa.
- Peça à pessoa ou a um assistente para fechar o ouvido oposto, pressionando o trago. (O trago é a projeção que fica à frente da abertura da orelha, cobrindo-a parcialmente.)
- Expire e sussurre quatro palavras em volume bem baixo. Use palavras comuns e não relacionadas.
- Peça à pessoa para repetir suas palavras. As palavras devem ser ditas uma a uma, aguardando a resposta de cada uma por vez. *Se a pessoa repetir mais de três palavras e você tiver certeza de que ela consegue lhe ouvir claramente, é provável que a pessoa tenha uma audição normal nesse ouvido.*
- Vá para o outro lado da pessoa e teste a outra ORELHA. Use palavras diferentes.

Sussurre palavras que serão familiares para a pessoa. Alguns exemplos:

- | | |
|-----------|-------------|
| – fábrica | – peixe |
| – céu | – bicicleta |
| – fogo | – jardim |
| – número | – amarelo |

8

Capacidade auditiva

Roteiros de atenção para manejo da perda auditiva



AVALIAÇÃO CAPACIDADE AUDITIVA

★ 8.1 TRÊS TESTES PARA AVALIAÇÃO INTEGRAL

A avaliação auditiva pode envolver três testes, todos realizados com equipamento especializado: audiometria tonal, logoaudiometria e imitanciometria (ou impedanciometria). Esses testes podem ajudar a identificar a necessidade de reabilitação. A realização desses testes requer treinamento especializado.

Audiometria tonal. A audiometria tonal testa a capacidade da pessoa de ouvir sons de diferentes frequências de tons puros. Consiste em reproduzir sons pré-gravados cada vez mais fortes até que a pessoa consiga ouvi-los: o chamado limiar auditivo. Ela testa a condução aérea e ósea dos sons para avaliar os limiares auditivos em frequências de 125 Hz (muito baixa) a 8000 Hz (muito alta). Esse teste ajuda a determinar o grau e o tipo de perda auditiva.

Logoaudiometria. Um teste adicional—a logoaudiometria, ou audiometria de fala—também é benéfico em idosos. Neste teste, uma série de palavras simples pré-gravadas são reproduzidas em volumes crescentes; solicita-se à pessoa que repita cada palavra assim que as ouvir. Esse teste verifica os resultados da audiometria tonal. Ele ajuda a determinar se o reconhecimento de fala é compatível com os resultados da audiometria tonal, se existe uma assimetria na percepção da fala não prevista pela audiometria tonal ou identifica qual orelha deve receber o aparelho auditivo se apenas um aparelho auditivo for colocado.

Imitanciometria. Por fim, a imitanciometria testa a complacência (ou mobilidade) do tímpano. Esse exame é um aporte adicional aos resultados da audiometria tonal e logoaudiometria que ajuda a determinar o tipo de problema auditivo.



MANEJO PERDA AUDITIVA

Tanto estratégias de comunicação como aparelhos auditivos devem ser considerados para lidar com a perda auditiva.

A melhor abordagem para manejo da perda auditiva deve ser decidida à luz de uma avaliação completa da capacidade intrínseca da pessoa. Qualquer declínio cognitivo, perda de capacidade locomotora ou destreza nos braços ou mãos, além do apoio disponível da família e da comunidade, precisam ser considerados

8.2 PARA IDOSOS COM PERDA AUDITIVA MODERADA A GRAVE

- Explique às pessoas com perda auditiva e suas famílias o benefício dos aparelhos auditivos, onde obtê-los e como usá-los. Quando a pessoa tiver um aparelho auditivo, o profissional de saúde pode apoiar e incentivar seu uso.
- A audiometria por si só não deve determinar se a pessoa precisa de um aparelho auditivo. A maioria das pessoas com perda auditiva reclama de dificuldade em se comunicar quando há ruído de fundo. Deve-se avaliar a necessidade geral da pessoa antes de sugerir o uso de aparelhos auditivos.

- Oriente claramente as pessoas com perda auditiva e suas famílias e cuidadores acerca das estratégias de comunicação que podem melhorar a habilidade funcional. → 8.5
- Certos medicamentos podem lesionar o ouvido interno, resultando em perda auditiva e/ou perda de equilíbrio. Esses medicamentos incluem antibióticos, como estreptomicina e gentamicina, e antimaláricos como quinino e cloroquina. Outros medicamentos também podem afetar a audição. Reduzir esses medicamentos, se possível, pode evitar mais perdas auditivas.→

8.3 PARA IDOSOS COM PERDA AUDITIVA

Idosos com perda auditiva grave ou profunda, ou que não se beneficiem das intervenções mencionadas acima, precisarão de cuidados fonoaudiológicos especializados (por exemplo, colocação de aparelho auditivo). **Os exames necessários e a prescrição e adaptação de aparelhos auditivos exigem competências especializadas.**

Capacidade auditiva

Roteiros de atenção para manejo da perda auditiva

★ Outros sinais que indicam necessidade de atenção fonoaudiológica especializada

Algumas condições de base que podem causar perda auditiva precisam de diagnóstico e tratamento especializados. Elas incluem:

- dor de ouvido
- otite média crônica (infecção do ouvido médio)
- perda auditiva súbita ou rapidamente progressiva
- tontura com perda auditiva moderada a grave
- secreção ativa do(s) ouvido(s)
- presença de fatores de risco, como exposição ao ruído e uso de medicamentos que podem prejudicar a audição.

8

Capacidade auditiva

Roteiros de atenção para manejo da perda auditiva

★ 8.4 TECNOLOGIA ASSISTIVA PARA A AUDIÇÃO

Aparelhos auditivos. Os aparelhos auditivos geralmente são a melhor tecnologia para idosos com perda auditiva. Os aparelhos auditivos tornam os sons mais fortes. Eles são eficazes para a maioria das pessoas e são convenientes, porque são usados dentro ou por cima da orelha. É importante explicar às pessoas que os aparelhos auditivos não curam nem tratam a perda auditiva.

Implante coclear. Os implantes cocleares podem ser benéficos para pessoas com perda auditiva profunda nas quais o uso de aparelhos auditivos não ajuda. O implante coclear é inserido cirurgicamente no ouvido. Ele transforma sons em impulsos elétricos e os envia para os nervos auditivos. Determinar se um implante coclear realmente ajudará exige uma avaliação cuidadosa. Se um implante coclear não estiver disponível ou não for factível, o idoso e sua família devem ser informados a respeito e treinados em leitura labial e linguagem de sinais.

Aros magnéticos e aparelhos de amplificação sonora individuais. Aros magnéticos e aparelhos de amplificação sonora individuais também são eficazes. Um aro magnético, ou aro de indução magnética, é uma espécie de fiação instalada ao redor de determinado espaço (por exemplo, uma sala de reuniões ou balcão de atendimento). A fiação envia sinais de um microfone e amplificador para certos tipos de aparelhos auditivos.



As Diretrizes da OMS para aparelhos auditivos e serviços auditivos para países em desenvolvimento oferecem mais orientações a respeito:

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43066>



AVALIAÇÃO E MANEJO AMBIENTES SOCIAIS E FÍSICOS

8

Capacidade auditiva

Roteiros de atenção para manejo da perda auditiva

Minimizar o impacto da perda auditiva pode ajudar a preservar a independência e reduzir a necessidade dos idosos dependerem dos serviços da comunidade para as necessidades da vida cotidiana. Os familiares, cuidadores e a comunidade podem ajudar.

A perda auditiva geralmente leva ao sofrimento psicológico e ao isolamento social. Por esse motivo, a reabilitação fonoaudiológica agora dá maior ênfase às considerações psicossociais, adaptadas aos objetivos da pessoa idosa e de seus cuidadores.

- A interação social regular pode reduzir o risco de declínio cognitivo, depressão e outras consequências emocionais e comportamentais da perda auditiva. Especialmente, em momentos de angústia, as redes de apoio social podem ajudar.
- Os cônjuges e familiares podem ajudar a evitar a solidão e o isolamento. Eles podem precisar de orientação a respeito de como fazer isso. Por exemplo, eles devem continuar se comunicando com a pessoa com perda auditiva e organizar atividades que mantenham a pessoa envolvida em uma rede social. Consulte o quadro à direita para orientações sobre como falar com uma pessoa com perda auditiva. → 8.5
- Soluções ambientais na residência podem incluir colocar campainhas e telefones em locais onde eles possam ser ouvidos por toda a casa.

8.5 ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO PARA FAMILIARES E CUIDADORES

Os profissionais de saúde podem aconselhar familiares e cuidadores a seguir certas práticas simples ao falar com uma pessoa com perda auditiva (14).

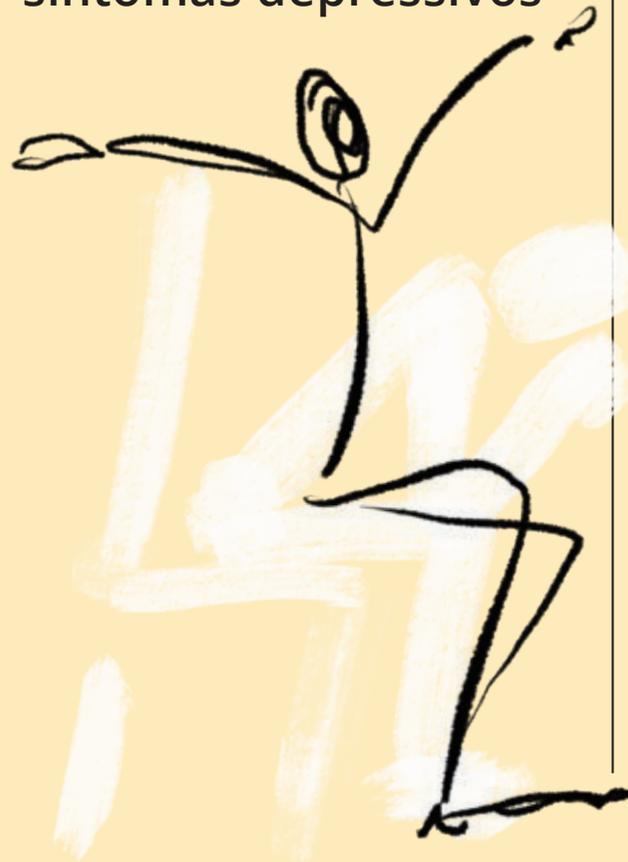
- ✓ Deixe a pessoa ver seu rosto quando você falar.
- ✓ Verifique se o seu rosto está bem iluminado para ajudar o ouvinte a enxergar seus lábios.
- ✓ Chame a atenção da pessoa antes de falar.
- ✓ Tente evitar distrações, especialmente barulhos altos e ruído de fundo.
- ✓ Fale claramente e mais devagar. Não grite.
- ✓ Não desista de falar com pessoas que têm dificuldade em ouvir. Isso as isola e pode levar à depressão.

Essas estratégias são úteis, independentemente da pessoa usar ou não um aparelho auditivo.

9

Capacidade psicológica

Roteiros de atenção para manejo dos sintomas depressivos



O termo “sintomas depressivos” (ou “humor deprimido”) se aplica a idosos que apresentam dois ou mais sintomas simultâneos de depressão a maior parte do tempo ou o tempo todo por pelo menos 2 semanas, mas que não atendem os critérios para diagnóstico de depressão maior. Os sintomas depressivos são mais comuns em idosos com doenças de longo prazo e incapacitantes, socialmente isolados ou que são cuidadores com grandes responsabilidades. Esses problemas devem ser considerados como parte de toda abordagem integral ao manejo de sintomas depressivos.

Os sintomas depressivos são um aspecto importante da capacidade psicológica, mas apenas uma dimensão dela. Existem outros aspectos, como ansiedade, características da personalidade, enfrentamento e domínio, que exigem medidas complexas.

Este capítulo fornece orientações sobre prevenção e manejo de sintomas depressivos em idosos. Mais orientações a respeito de intervenções para depressão podem ser encontradas no guia de intervenção mhGAP da OMS, disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>

PONTOS-CHAVE

- Ao fazer uma série de perguntas, o profissional de atenção primária na comunidade pode identificar idosos com sintomas depressivos e distinguir sintomas depressivos de depressão.
- Usando intervenções psicológicas estruturadas breves, profissionais de saúde não especializados, mas treinados e com supervisão adequada, podem ajudar pessoas com sintomas depressivos na comunidade e em unidades de atenção primária.
- O tratamento da depressão requer uma abordagem integral e, geralmente, especializada.
- Perdas em outros domínios de capacidade intrínseca, como audição ou mobilidade, podem prejudicar as habilidades funcionais, reduzir a participação social e contribuir para os sintomas depressivos.

Capacidade psicológica

Roteiros de atenção para manejo dos sintomas depressivos



★ Necessidade de atenção especializada

* Idosos usam vários termos para se referir ao desânimo, como tristeza, estar deprimido, sentir-se para baixo etc.

Roteiros de atenção para manejo dos sintomas depressivos

i 1

AVALIAÇÃO DO HUMOR

Se uma pessoa relatar pelo menos um dos principais sintomas depressivos—sentir-se triste, deprimido ou sem esperança e com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas—faça uma avaliação mais detalhada do humor. Podem-se usar outras palavras se o idoso não estiver familiarizado com as duas perguntas de triagem.

PERGUNTE:

*“Durante as últimas 2 semanas, você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?”**

- Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume.
- Se sentir cansado ou com pouca energia.
- Falta de apetite ou comendo demais.
- Se sentir mal consigo mesmo, ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo.
- Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão.
- Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem.
- Estar tão agitado ou irrequieto que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume.
- Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto.

* Essas perguntas constam do Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9) (http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq9.pdf), uma ferramenta para a avaliação dos sintomas depressivos. Ou, consulte a seção de depressão do Guia de intervenção mhGAP: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>.

QUANDO A ATENÇÃO ESPECIALIZADA SE FAZ NECESSÁRIA

- O manejo da depressão requer uma abordagem mais integral e geralmente especializada para desenvolver um plano de cuidados personalizado.
- Para tratar sintomas depressivos, os profissionais de saúde precisam de treinamento específico em intervenções psicológicas estruturadas breves.
- Certas condições associadas, como hipotireoidismo, podem precisar de diagnóstico e tratamento especializados.

i 2

SINTOMAS DEPRESSIVOS

Se o idoso tiver pelo menos um dos principais sintomas e um ou dois sintomas adicionais, é possível que esteja apresentando sintomas depressivos. Se o idoso tiver mais de dois sintomas, pode ser diagnosticado com transtorno depressivo. É importante distinguir os sintomas depressivos do transtorno depressivo, porque seus tratamentos diferem.

- O declínio cognitivo e a demência podem estar associados a sintomas depressivos, e devem ser avaliados também. Pessoas com demência costumam procurar um profissional de saúde com queixas de humor ou problemas comportamentais, como apatia, perda de controle emocional ou dificuldades para realizar o trabalho habitual, os afazeres domésticos ou atividades sociais.
- Ao mesmo tempo, perdas em outros domínios de capacidade intrínseca, como sensorial ou mobilidade, podem prejudicar as habilidades funcionais, reduzir a participação social e contribuir para os sintomas depressivos.
- Intervenções para perdas em outros componentes da capacidade intrínseca, como cognição ou audição, podem ser mais eficazes se os sintomas depressivos forem abordados ao mesmo tempo. Isso deve ser considerado ao se elaborar o plano de cuidados personalizado.

9

Capacidade psicológica

Roteiros de atenção para manejo dos sintomas depressivos



ABORDAR SINTOMAS DEPRESSIVOS

★ 9.1 INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS ESTRUTURADAS BREVES

Intervenções psicológicas estruturadas breves, tais como terapia cognitivo-comportamental, abordagens de solução de problemas, ativação comportamental e processo de revisão de vida, podem reduzir consideravelmente os sintomas depressivos em idosos. Os exercícios multimodais e a prática da atenção plena (mindfulness) também podem reduzir os sintomas depressivos.

Muitas intervenções psicológicas podem ser utilizadas, desde que com o consentimento e anuência do idoso e levando em consideração suas preocupações (por exemplo, dificuldades na solução de problemas). O exercício físico deve ser considerado, além dos tratamentos psicológicos estruturados, devido ao efeito positivo da atividade física sobre o humor (consulte o Capítulo 5 sobre mobilidade reduzida). → 5

A prescrição de antidepressivos por médicos da atenção primária sem treinamento especializado em saúde mental não é recomendada.

★ Profissionais de saúde capacitados em saúde mental geralmente devem ser responsáveis por essas intervenções. Porém, os profissionais de saúde da comunidade também podem prescrevê-las se tiverem sido capacitados para tal e treinados em problemas de saúde mental na terceira idade. Nenhum dano foi associado a essas intervenções.

Terapia cognitivo-comportamental

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) baseia-se na ideia de que os sentimentos são afetados por crenças e comportamentos. Pessoas com sintomas depressivos (ou distúrbios mentais diagnosticados) podem ter pensamentos negativos distorcidos e irreais que, se não controlados, podem levar a comportamentos prejudiciais. Assim, a TCC geralmente possui um componente cognitivo — que ajuda a pessoa a desenvolver a capacidade de identificar e interpelar pensamentos negativos irreais—, além de um componente comportamental, para valorizar os comportamentos positivos e reduzir comportamentos negativos. Os passos da TCC podem incluir (1) identificar problemas na vida, (2) conscientizar-se de pensamentos, emoções e crenças acerca desses problemas, (3) identificar pensamentos negativos ou imprecisos (4) e reformular esses pensamentos para serem mais realistas.

Terapia para solução de problemas

Uma abordagem de solução de problemas deve ser considerada para pessoas com sintomas depressivos que estejam sofrendo ou que tenham algum grau de comprometimento do funcionamento social (na ausência de episódio ou distúrbio depressivo formalmente diagnosticado).

A terapia de solução de problemas oferece suporte direto e prático à pessoa. O profissional de saúde atua como terapeuta e o idoso trabalha em conjunto para identificar e isolar as principais áreas problemáticas que podem estar contribuindo para os sintomas depressivos. Juntos, eles dividem essas áreas em tarefas específicas e gerenciáveis, resolvendo problemas

Roteiros de atenção para manejo dos sintomas depressivos

e desenvolvendo estratégias de enfrentamento para problemas específicos.

Ativação comportamental

A ativação comportamental consiste em incentivar a pessoa a participar de atividades gratificantes como forma de reduzir os sintomas depressivos.

Essa abordagem pode ser aprendida mais rapidamente do que a maioria dos outros tratamentos psicológicos baseados em evidências. Pode ser aprendida inclusive por não especialistas, aumentando assim o acesso ao tratamento de sintomas depressivos. Essa intervenção foi estudada principalmente como uma técnica conduzida por especialistas ao longo de múltiplas sessões. É possível, no entanto, que a técnica possa ser modificada como intervenção breve e aplicada por profissionais de saúde treinados como tratamento adjuvante ou como o primeiro passo de uma abordagem integral na atenção primária.

Processo de revisão de vida

Na terapia de revisão de vida, ou processo de revisão da vida, o terapeuta ajuda o paciente a lembrar e avaliar seu passado a fim de alcançar uma sensação de paz ou aceitação sobre sua vida. Esse tipo de terapia pode ajudar a colocar a vida em perspectiva e até recuperar memórias importantes sobre amigos e entes queridos. A terapia de revisão da vida pode ajudar a tratar a depressão em idosos e ajudar as pessoas que estão enfrentando problemas no fim da vida. Os terapeutas podem concentrar a terapia

de revisão da vida em temas específicos ou em determinados períodos de tempo ou eventos, como infância, paternidade, tornar-se avô ou a época do trabalho.

9.2 EXERCÍCIO FÍSICO MULTIMODAL

Um programa de exercícios adaptado às capacidades e preferências físicas da pessoa pode reduzir os sintomas depressivos a curto prazo e talvez também a longo prazo. Consulte o Capítulo 5 sobre mobilidade reduzida. → 5

★ 9.3 PRÁTICA DA ATENÇÃO PLENA

A atenção plena (mindfulness) consiste em prestar atenção ao que está acontecendo no momento presente, em vez de se deixar levar por uma série de pensamentos sobre o passado, futuro, desejos, responsabilidades ou arrependimentos. Esses pensamentos podem se tornar uma espiral descendente para pessoas com sintomas depressivos. Existem muitos tipos de práticas de atenção plena. Uma abordagem amplamente utilizada é sentar-se ou deitar-se em silêncio e concentrar a atenção nas sensações da respiração. A atenção plena com movimento físico — por exemplo, durante uma sessão de ioga ou caminhada — também é útil para algumas pessoas.

9

Capacidade psicológica

Roteiros de atenção para manejo dos sintomas depressivos



AVALIAÇÃO E MANEJO CONDIÇÕES ASSOCIADAS

A presença das seguintes condições associadas sugeriria uma abordagem diferente ao tratamento da depressão.

- **Grande perda nos últimos seis meses.**
- **Histórico de mania.** Mania é um episódio de elevação do humor com aumento de energia e atividade. Pessoas que têm episódios maníacos são classificadas como portadoras de transtorno bipolar. Para identificar um histórico de mania, deve-se verificar se determinados sintomas ocorreram simultaneamente, com duração de pelo menos uma semana, e foram suficientemente graves para interferir significativamente nas atividades sociais e ocupacionais ou exigiram hospitalização ou detenção (consulte o *guia de intervenção do mhGAP*: https://www.paho.org/mhgap/en/bipolar_flowchart.html).
- **Declínio cognitivo.** A relação entre depressão e declínio cognitivo é complexa. Há muito tempo, pesquisas epidemiológicas associam a depressão ao desenvolvimento da doença de Alzheimer. As funções cognitivas afetadas na depressão são atenção, aprendizado e memória visual, além das funções executivas. A depressão pode ser uma resposta psicológica à autoconsciência do indivíduo de um declínio cognitivo leve que ainda não começou a interferir com o funcionamento diário.
- **Perda auditiva.** Idosos com perda auditiva podem sofrer constrangimento, ansiedade e perda de autoestima, e têm menor probabilidade de participar de atividades sociais e exercício físico, levando ao isolamento social, à solidão e, em última instância, à depressão (15).
- **A deficiência visual e a presença de doenças oculares importantes relacionadas à idade, como degeneração macular relacionada à idade e glaucoma,** estão associadas a um risco aumentado de depressão (16). Pessoas com deficiência visual frequentemente relatam que se sentem infelizes, solitárias ou mesmo desesperançadas.
- **Reação à deficiência provocada por doença ou lesão.** A depressão é comum como afecção secundária em pessoas com deficiência. Pessoas com deficiência provocada por doenças e lesões sofrem estresse; elas também precisam lidar com as transições da vida. Os estágios de adaptação a uma nova forma de deficiência incluem choque, negação, raiva/depressão e ajuste/aceitação. Idosos com novas deficiências ou incapacidades correm o risco de desenvolver ansiedade e depressão.

Roteiros de atenção
para manejo dos
sintomas depressivos

★ 9.4 POLIFARMÁCIA

A polifarmácia pode levar a sintomas depressivos, e os sintomas depressivos podem levar à polifarmácia. É importante abordar a polifarmácia, bem como os sintomas depressivos, para quebrar esse ciclo vicioso. Além dos medicamentos que atuam principalmente no sistema nervoso central, aqueles com propriedades psicotrópicas, como anti-histamínicos, antipsicóticos e relaxantes musculares, além de outros medicamentos não psicotrópicos com propriedades anticolinérgicas, podem estar associados a sintomas depressivos. Eliminar medicamentos desnecessários e ineficazes, bem como medicamentos com efeito duplicado, reduz o risco de polifarmácia.

★ 9.5 ANEMIA, MÁ NUTRIÇÃO

Anemia e má nutrição podem levar a sintomas depressivos devido a deficiências de ferro e vitaminas como ácido fólico, vitamina B6 e vitamina B12. Os sintomas depressivos também podem estar envolvidos no surgimento da anemia. A perda de apetite e o desinteresse pela realização de atividades diárias, como fazer compras e cozinhar, podem reduzir a qualidade e a quantidade da alimentação dos idosos, facilitando o desenvolvimento de anemia e má nutrição. Para um manejo adequado dos sintomas depressivos, é fundamental tratar a anemia e melhorar o estado nutricional (consulte o Capítulo 6 sobre má nutrição). → 6

★ 9.6 HIPOTIREOIDISMO

O hipotireoidismo é uma doença comum em idosos, especialmente mulheres. Os sintomas do hipotireoidismo podem ser inespecíficos e variam de pessoa para pessoa, mas podem incluir sintomas depressivos. O hipotireoidismo deve ser avaliado e controlado por profissionais de saúde com conhecimento especializado.

★ 9.7 DOR

Pessoas com dor crônica apresentam sintomas depressivos com maior frequência. É importante avaliar e controlar a dor (consulte o Capítulo 5 sobre mobilidade reduzida). → 5

9

Capacidade psicológica

Roteiros de atenção para manejo dos sintomas depressivos



AVALIAÇÃO E MANEJO AMBIENTES SOCIAIS E FÍSICOS

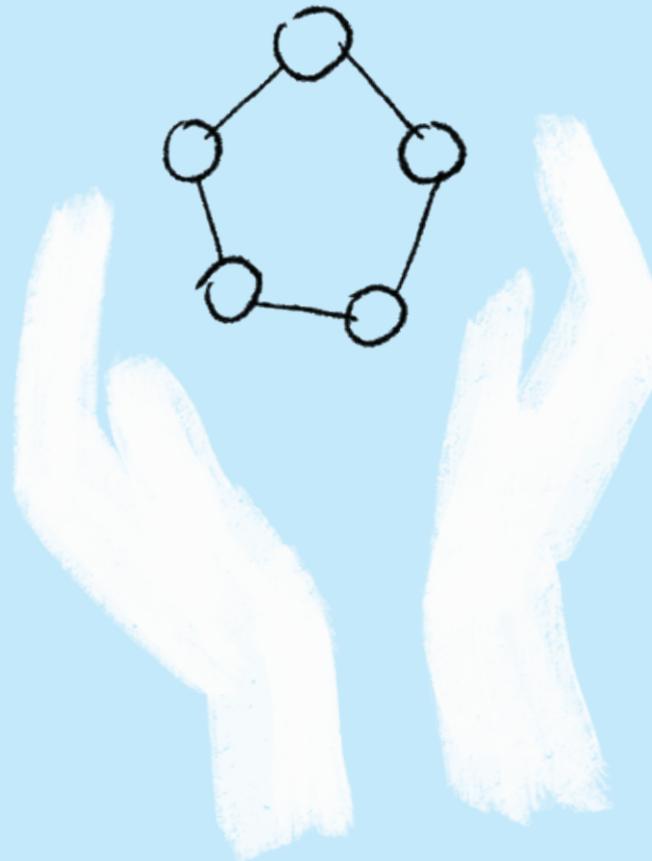
A perda de interesse em atividades que costumavam ser interessantes ou agradáveis é típica da depressão. Os familiares e cuidadores podem oferecer delicadamente incentivo e apoio para que o idoso realize mais atividades físicas e tenha mais envolvimento social — por exemplo, realizando programas de exercícios e desenvolvimento de habilidades na comunidade.

Sempre que um idoso sofrer perda de capacidade, como uma perda auditiva ou limitação da capacidade locomotora, os familiares e cuidadores devem prestar atenção especial para evitar o isolamento social. O isolamento social pode levar a sintomas depressivos. Considere intervenções assistidas por tecnologia, usando o telefone ou a internet, para minimizar a solidão.

10

Assistência e apoio social

Roteiros de atenção para assistência e apoio social



Para pessoas com perdas significativas de capacidade intrínseca, a dignidade geralmente só é possível por meio do cuidado, apoio e assistência de outras pessoas. A disponibilidade de assistência e apoio social é fundamental para garantir uma vida digna e com propósito. A assistência e o apoio social incluem não apenas ajuda em desempenhar atividades de vida diária (AVD) e cuidados pessoais, mas também facilitar o acesso a instalações e serviços públicos da comunidade, reduzir o isolamento e a solidão, ajudar na segurança financeira, proporcionar um local adequado para se viver livre de assédio e abuso e participação em atividades que dão sentido à vida.

A pessoa mais apropriada para se perguntar a respeito de cuidados sociais e necessidades de apoio varia e depende da pergunta. Se o idoso tiver declínio cognitivo, é melhor fazer perguntas sobre AVD e finanças a alguém que o conheça bem, como um familiar, cuidador ou amigo.

PONTOS-CHAVE

- A habilidade funcional reduzida é comum entre os idosos, principalmente entre aqueles com perda de capacidade intrínseca, mas não é inevitável.
- Os agentes comunitários de saúde podem fazer triagem da perda de habilidades funcionais com um simples questionário.
- Intervenções adaptadas às prioridades de cada idoso podem melhorar a habilidade funcional.
- Intervenções eficazes incluem aquelas para melhorar a capacidade intrínseca, a habilidade funcional e a provisão de assistência e apoio social.

10

Assistência e apoio social

Roteiros de atenção para assistência e apoio social

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE ASSISTÊNCIA E APOIO SOCIAL

PERGUNTE

1. Você tem dificuldade para se deslocar dentro de casa?
2. Você tem dificuldade em usar o banheiro (ou a privada)?
3. Você tem dificuldade em se vestir?
4. Você tem dificuldade em tomar banho de banheira ou chuveiro?
5. Você tem dificuldade em manter sua aparência pessoal?
6. Você tem dificuldade em se alimentar?
7. Você tem problemas com o lugar onde mora (acomodação)?
8. Você tem problemas com as suas finanças?
9. Você se sente só?
10. Você consegue participar de atividades de lazer, hobbies, trabalho, voluntariado, ajudar sua família, atividades educacionais ou espirituais importantes para você?
11. Avaliar o risco de maus-tratos

SIM

AJUDA COM APOIO SOCIAL(AUXÍLIO PESSOAL)

- Avaliar e modificar o ambiente físico para compensar a perda de capacidade intrínseca, melhorar a mobilidade e evitar quedas
- Considerar o uso de tecnologias assistivas, auxílios e adaptações
- Avaliar o apoio proporcionado pelo cônjuge, familiares ou outros cuidadores informais, inclusive realizando uma avaliação das necessidades do cuidador
- Analisar as necessidades de auxílio por cuidadores formais
- Deve haver cuidadores e serviços de cuidados disponíveis, tais como centros de convivência, home care, centro-dia, lar de idosos

FAZER PERGUNTAS SUPLEMENTARES

Você tem alguma preocupação com relação a:

1. Sua segurança onde você mora?
2. A condição da sua moradia?
3. O local da sua moradia?
4. Os custos da sua moradia?
5. O reparo e manutenção da sua moradia?
6. Conseguir viver de forma independente onde você está morando agora?

SIM

● Considerar:

- adaptações domiciliares
- acomodações alternativas
- encaminhamento a programas de bem estar social, habitação comunitária ou rede de apoio existentes

FAZER PERGUNTAS SUPLEMENTARES

1. Em geral, como estão as suas finanças no final do mês?
2. Você consegue gerenciar seu dinheiro e seus assuntos financeiros?
3. Você gostaria de receber orientações sobre pensão ou benefício financeiros?

● Considerar:

- encaminhamento para orientação financeira especializada
- orientação sobre como delegar as responsabilidades pelas decisões financeiras, com proteção contra abusos financeiros

Analisar maneiras de melhorar:

- vínculos sociais próximos (cônjuge, família, amigos, animais de estimação)
- uso de recursos da comunidade (clubes, grupos religiosos, centros-dia, esportes, lazer, educação)
- oportunidades de contribuir para a sociedade (voluntariado, emprego)
- conectividade usando tecnologias de informação e comunicação

NÃO

PERGUNTAS SUPLEMENTARES PARA IDENTIFICAR BARREIRAS:

Você não consegue... por causa de:

1. custo, 2. distância, 3. transporte, 4. falta de oportunidades, 5. outros?

- Ofereça uma lista de serviços disponíveis para idosos na comunidade, como estabelecimentos de lazer, clubes, educação de jovens e adultos, serviços de voluntariado, consultoria de emprego
- Incentive o idoso a usar esses serviços para aumentar sua participação na sociedade

A observação do comportamento do idoso, do comportamento de seus cuidadores ou familiares ou de sinais de abuso físico deve ser usada para identificar possíveis abusos. **i 1**

- Se houver qualquer ameaça imediata, solicite avaliação especializada aos meios disponíveis de assistência social, proteção de idosos ou ao policiamento.

OPAS

QUANDO A CAPACITAÇÃO ESPECIALIZADA SE FAZ NECESSÁRIA

Os profissionais de saúde precisam saber a quem os idosos devem ser encaminhados para avaliação especializada. Os protocolos variam de acordo com a disponibilidade. Em alguns lugares e contextos, um chefe de aldeia, diretor de escola ou líder religioso são exemplos de pessoas que podem ser apropriadas em vez de um assistente social. Como a assistência e o apoio social integrados exigem apoio em múltiplas dimensões, é importante realizar reuniões periódicas para promover a confiança entre especialistas e serviços. A seguir, exemplos das áreas de conhecimento de diferentes especialistas envolvidos no cuidado de idosos:

- Condições de moradia: serviços de moradia, assistente social, terapeuta ocupacional.
- Finanças: assistente social, serviços de consultoria previdenciária.
- Solidão: assistente social, voluntariado, médico de atenção primária.
- Participação na sociedade: assistente social, serviços de lazer, empregos e voluntariado.
- Abuso: assistente social, conselho do idoso, delegacia do idoso ou autoridade policial.
- Atividades de vida diária: terapeuta ocupacional, assistente social, profissional de enfermagem ou equipe multidisciplinar especializada em idosos.
- Mobilidade em casa: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social ou equipe multidisciplinar especializada em idosos.
- Mobilidade fora de casa: fisioterapeuta, assistente social, serviços voluntários de transporte.

1 POSSÍVEIS INDÍCIOS DE ABUSO OU MAUS-TRATOS

NO COMPORTAMENTO DO IDOSO

- Parece ter medo de um parente ou cuidador profissional.
- Não quer responder as perguntas, ou olha com ansiedade para o cuidador/parente antes de responder.
- O comportamento muda quando o cuidador/parente entra ou sai da sala.
- Refere-se ao cuidador usando termos como “cabeça dura”, “cansado” ou “mal-humorado”, ou diz que o cuidador fica irritado/muito ansioso/muito estressado/perde a paciência com muita facilidade.
- Demonstra respeito exagerado ou deferência extrema ao cuidador.

NO COMPORTAMENTO DO CUIDADOR/PARENTE

- Impede o profissional e o idoso de conversar em particular, ou fica encontrando desculpas para interromper o fluxo da entrevista de avaliação (entrando repetidamente no consultório, por exemplo).
- Insiste em responder às perguntas dirigidas ao idoso.
- Dificulta prestação de assistência domiciliar ao idoso.
- Demonstra grande insatisfação por ter que cuidar do idoso.
- Tenta convencer os profissionais de que o idoso é “louco” ou “esclerosado”, ou que o idoso está confuso e não sabe o que está dizendo, quando esse não é o caso.
- Age de maneira hostil, cansada ou impaciente durante a entrevista, e o idoso demonstra grande inquietação ou indiferença em sua presença.

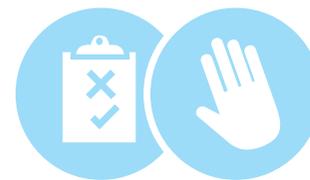
MAUS-TRATOS FÍSICOS

- Cortes, queimaduras, equimoses, arranhões.
- Lesões que não correspondem à explicação alegada.
- Lesões que provavelmente não teriam acontecido de maneira acidental.
- Lesões em locais ocultos.
- Equimoses com formato de dedos (geralmente nos braços).
- Lesões em áreas protegidas, por exemplo as axilas.
- Lesões não tratadas.
- Lesões múltiplas em diferentes estágios de cicatrização.
- Uso insuficiente ou excessivo de medicamentos.

10

Assistência e apoio social

Roteiros de atenção para assistência e apoio social



AVALIAÇÃO E MANEJO NECESSIDADES DE APOIO SOCIAL

10.1 AVALIAÇÃO E MANEJO DA NECESSIDADE DE CUIDADOS PESSOAIS E AUXÍLIO NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (SEÇÃO A DO ROTEIRO)

Seis perguntas são usadas para avaliar se a pessoa atingiu o ponto em que não é mais capaz de cuidar de si mesma sem ajuda de outras pessoas. Um idoso com perda significativa de capacidade intrínseca se beneficiaria dessa avaliação.

A locomoção em ambientes fechados abrange várias atividades, como deslocar-se da cama para uma cadeira, andar pela casa, chegar ao banheiro e usá-lo e subir e descer escadas. A mobilidade reduzida aumenta os riscos e a necessidade de cuidados pessoais. Vestir-se, alimentar-se, tomar banho e cuidar da higiene pessoal são exemplos de AVD. Ser incapaz de realizar as AVD leva a uma necessidade de cuidados pessoais. Muitos idosos não querem depender dos outros para as AVD; preferem cuidar delas por conta própria.

Para idosos que têm dificuldades com as AVD e/ou problemas de mobilidade, um programa de reabilitação pode ser benéfico. Esse programa pode se concentrar na melhoria de capacidades, mas também pode incluir tecnologias assistivas e adaptações ambientais para otimizar a habilidade funcional apesar das limitações na capacidade intrínseca. Serviços de transporte podem ser providenciados para ajudar na mobilidade externa.

Se as dificuldades persistirem, o apoio do cônjuge, família e outros cuidadores informais deve ser revisado, inclusive considerando as necessidades dos próprios cuidadores. Se for necessário um apoio adicional, devem ser providenciados serviços de assistência domiciliar, seja voluntária, particular ou pública.

10.2 AVALIAÇÃO E MANEJO DAS NECESSIDADES DE APOIO SOCIAL (SEÇÃO B DO ROTEIRO)

Independentemente do nível de capacidade intrínseca e habilidade funcional, a avaliação das necessidades de apoio social será benéfica para o idoso. Providenciar apoio social permite à pessoa idosa fazer o que é importante para ela. Esse apoio inclui suporte para suas condições de moradia, segurança financeira, solidão, acesso a instalações comunitárias e serviços públicos e apoio contra o abuso e maus-tratos.

B7 CONDIÇÕES DE MORADIA

O local onde um idoso vive pode afetar sua saúde, independência e bem-estar. Os problemas podem estar relacionados a muitos fatores, inclusive tamanho, acesso, condição, segurança e proteção do local. Perguntas complementares podem ajudar a identificar áreas específicas a serem abordadas.

Problemas relativos às condições de moradia podem ser mitigados com a implementação de novas medidas de segurança, por exemplo, um número para ligar em caso de emergência e adaptações para manter uma vida independente. Podem estar disponíveis diversos tipos de ajuda financeira para ajudar nos custos de acomodação, reparos e manutenção. Se tudo mais falhar, deve-se considerar a mudança para acomodações mais adequadas.

B8 FINANÇAS

Os recursos financeiros estão fortemente associados à saúde, independência e bem-estar na terceira idade. Os problemas podem incluir não ter dinheiro suficiente para atender às necessidades básicas ou participar plenamente da sociedade, preocupação com a falta de dinheiro ou com incapacidade de gerenciar suas próprias finanças. Outras perguntas podem ajudar a identificar áreas específicas que precisam ser abordadas.

Os problemas financeiros podem ser atenuados por meio de orientações independentes sobre planejamento e gerenciamento financeiro. É possível fazer arranjos jurídicos para delegar a gestão das finanças a um terceiro de confiança, desde que haja mecanismos de proteção para evitar abusos financeiros.

B9 SOLIDÃO

A solidão é comum na terceira idade e está associada a uma maior probabilidade de depressão e morte precoce. Consulte o Capítulo 9 para orientações sobre a triagem de sintomas depressivos. Estar sozinho não é o mesmo que sentir-se só - uma pessoa idosa pode sentir-se só mesmo quando cercada por outras pessoas, se a qualidade dos relacionamentos for ruim.

Pode ser útil perguntar a um idoso solitário se o aumento do contato social com familiares e amigos, ou conhecer outras pessoas com interesses semelhantes, ajudaria a diminuir o sentimento de solidão. Mas, ao perguntar a uma pessoa idosa se um maior contato social pode ajudar, assegure a ela que a pergunta é sigilosa, para ajudar a superar qualquer medo de revelar o caráter de certos relacionamentos pessoais.

Ter um animal de estimação reduz a solidão de muitos idosos. O uso de instalações comunitárias locais, como clubes, grupos religiosos, centros-dia e serviços de esportes, lazer ou educação, deve ser incentivado. Pode haver oportunidades de contribuir por meio de trabalho voluntário ou remunerado. As conexões sociais podem ser aumentadas através das tecnologias de informação e comunicação. Deve-se realizar uma revisão geral dessas medidas para combater a solidão. Os avaliadores devem estar familiarizados com a infraestrutura local.

10

Assistência e apoio social

Roteiros de atenção para assistência e apoio social

B10 ENGAJAMENTO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O objetivo da abordagem ICOPE é ajudar os idosos a fazer as coisas que são importantes para eles. Uma técnica útil é tentar compreender a vida, prioridades e preferências da pessoa idosa para descobrir o que é importante para ela; assim, pode ser possível encontrar maneiras de aumentar a participação social.

Atividades de lazer, hobbies, trabalho, aprendizado e atividades espirituais são exemplos de participação na sociedade. Cada idoso é único e terá prioridades diferentes — muitas vezes extremamente específicas — sobre o que é importante para ela. Você deve perguntar e registrar essas prioridades para orientar a elaboração do plano de cuidados personalizado.

Devem ser feitas perguntas adicionais para identificar quaisquer barreiras, como custo, acessibilidade e oportunidade. Os avaliadores devem familiarizar-se com a disponibilidade de instalações e clubes de lazer, estabelecimentos de educação de adultos, voluntariado e serviços de consultoria de emprego, e discutir se podem ser do interesse do idoso. O transporte pode ser uma barreira importante; é possível que haja serviços disponíveis para aumentar o acesso. O custo de alguns desses serviços pode ser subsidiado para permitir a participação de idosos e pessoas de baixa renda.

B11 ABUSO E MAUS-TRATOS

Muitos idosos dependentes de cuidados são vulneráveis a abusos. Cerca de um em cada seis idosos sofre algum tipo de abuso, número superior às estimativas anteriores (20). O abuso pode assumir várias formas, inclusive negligência, abuso psicológico, abuso físico, abuso sexual e abuso financeiro.

A observação do comportamento do idoso, do comportamento de seus cuidadores ou familiares ou de sinais de abuso físico deve ser usada para identificar possíveis abusos. Se houver qualquer indício de abuso, será necessária avaliação e abordagem por especialistas  1. Você precisará informar ao idoso que você está preocupado e solicitará ajuda especializada. Você deve registrar suas preocupações e registrar que informou ao idoso a respeito do encaminhamento para ajuda especializada. Se você identificar qualquer ameaça imediata, solicite avaliação especializada aos meios disponíveis de assistência social, proteção de idosos ou ao policiamento.

11

Apoio aos cuidadores

Roteiros de atenção para apoiar o cuidador



Quando o declínio da capacidade intrínseca e da habilidade funcional torna a pessoa dependente de terceiros para cuidar de si, a responsabilidade geralmente recai sobre o cônjuge, outro parente ou outra pessoa que more na mesma casa. Dependendo das necessidades do idoso, o ônus da prestação de cuidados pode colocar em risco o bem-estar do próprio cuidador.

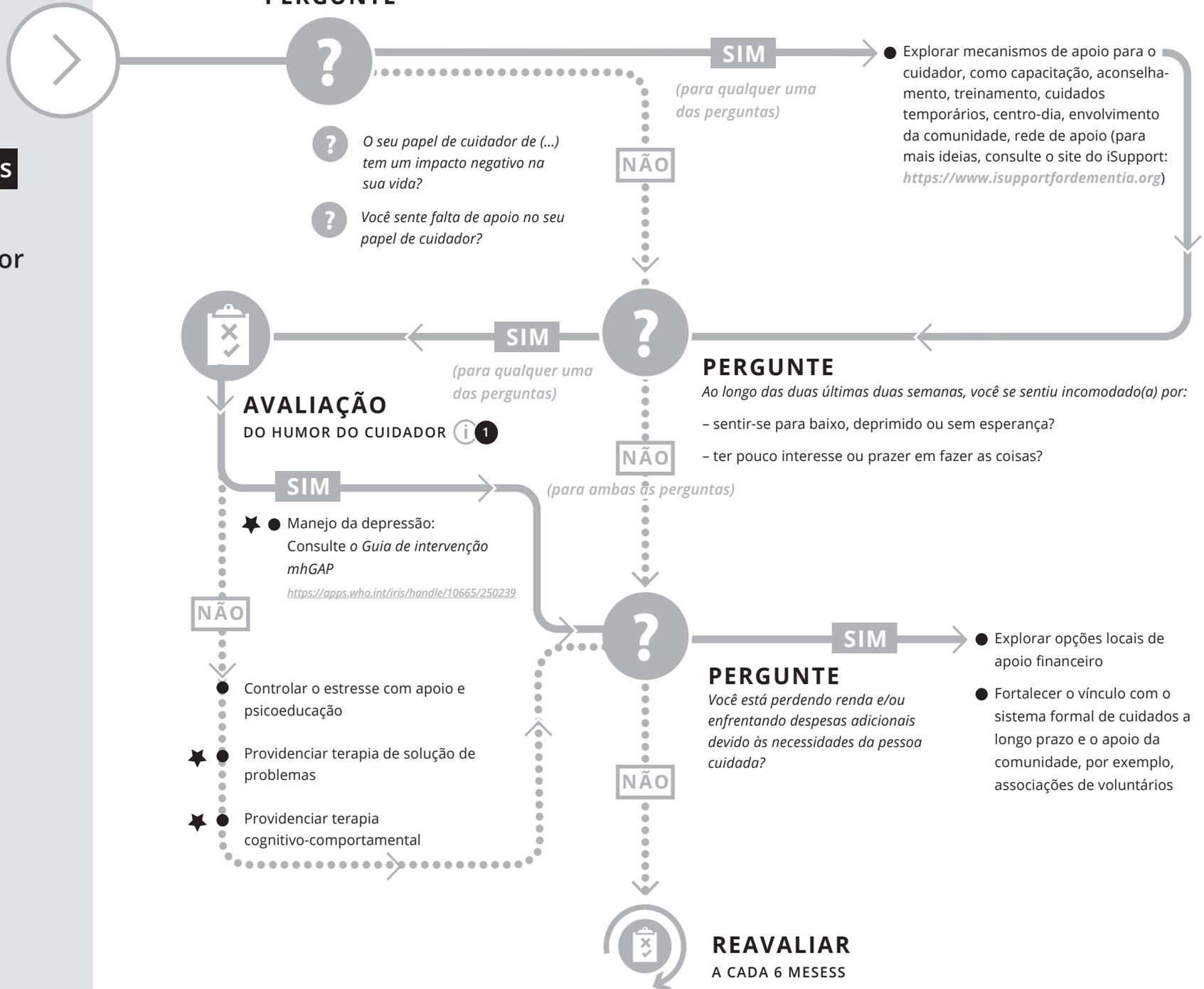
Um profissional de saúde ou assistência social atuante na comunidade pode monitorar o bem-estar dos cuidadores, tentar garantir que os cuidadores cuidem também de sua própria saúde e ajudar na prestação de cuidados.

PONTOS-CHAVE

- A carga e o estresse de cuidar de idosos com perdas significativas na capacidade intrínseca e na habilidade funcional podem prejudicar a saúde dos familiares e amigos que atuam como cuidadores. Além disso, pode impedi-los — principalmente mulheres — de ter um trabalho remunerado.
- Detectar cuidadores que precisam de ajuda para si mesmos é uma parte importante da identificação de idosos com perda de capacidade.
- Várias intervenções — assistência temporária ao cuidador, orientação, educação, apoio financeiro e intervenções psicológicas — podem ajudar o cuidador a manter um relacionamento satisfatório e saudável.
- Eventualmente, a relação de cuidado se torna abusiva. O agente da comunidade pode detectar sinais de abuso ou maus-tratos durante a avaliação de uma pessoa idosa ou de um cuidador. Nesses casos, é necessário encaminhamento especializado.

Apoio aos cuidadores

Roteiros de atenção para apoiar o cuidador



★ Necessidade de atenção especializada

QUANDO A CAPACITAÇÃO ESPECIALIZADA SE FAZ NECESSÁRIA

- Para tratar a depressão.
- Para oferecer terapia de solução de problemas ou terapia cognitivo-comportamental a um cuidador com sintomas depressivos.
- Quando há suspeita de relacionamento abusivo.



AVALIAÇÃO DO HUMOR DO CUIDADOR

Se uma pessoa relatar pelo menos um dos principais sintomas depressivos—sentir-se triste, deprimido ou sem esperança e com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas—faça uma avaliação mais detalhada do humor. Podem-se usar outras palavras se o indivíduo não estiver familiarizado com as duas perguntas de triagem.

PERGUNTE: “Durante as últimas 2 semanas, você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?”*

- Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume.
- Se sentir cansado ou com pouca energia.
- Falta de apetite ou comendo demais.
- Se sentir mal consigo mesmo, ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo.
- Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão.
- Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem.
- Estar tão agitado ou irrequieto que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume.
- Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto.

RISCO DE ABUSO E MAUS-TRATOS

O relacionamento entre a pessoa cuidada e o cuidador é uma via de mão dupla, e pode ser complexo. Cuidadores saudáveis e felizes são capazes de proporcionar apoio extraordinário, mas às vezes a relação de cuidado pode ser indesejada para a pessoa cuidada, o cuidador ou para ambos. Isso pode gerar conflitos, o que pode tornar a pessoa idosa vulnerável ao abuso. O abuso pode se apresentar na forma de negligência, tirar vantagem material (financeiramente, por exemplo) ou de maus-tratos físicos, emocionais ou sexuais. A negligência também pode ocorrer por ignorância, falta de habilidades no cuidado ou falta de apoio ou supervisão externa. É possível que nem o idoso nem o cuidador mencionem “abuso” ao profissional de saúde. A observação do comportamento do idoso, do comportamento de seus cuidadores ou familiares ou de sinais de abuso físico deve ser usada para identificar possíveis abusos (consulte o Capítulo 10 sobre assistência e apoio social).

Fatores que aumentam a probabilidade de um relacionamento abusivo:

- relacionamento ruim há muito tempo;
- histórico de violência familiar;
- dificuldade do cuidador em fornecer sistematicamente o nível ou tipo de cuidado necessário; e
- problemas de saúde física ou mental do cuidador, particularmente depressão e — principalmente em homens — abuso de álcool e substâncias psicoativas.

A probabilidade de abuso não está relacionada somente à natureza do cuidado prestado, nem mesmo a fatores frequentemente associados ao estresse do cuidador, como os desafios impostos pelo comportamento de uma pessoa com demência.

Se houver suspeita de relacionamento abusivo, é necessária uma avaliação especializada mais detalhada, que deve seguir os mecanismos de referência locais.

Apoio aos cuidadores

Roteiros de atenção para apoiar o cuidador

* Essas perguntas constam do Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9) (http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq9.pdf), uma ferramenta para a avaliação dos sintomas depressivos. Ou, consulte a seção de depressão do *Guia de intervenção mhGAP*: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

11

Apoio aos cuidadores

Roteiros de atenção para apoiar o cuidador

11.1 PERGUNTE AO CUIDADOR

O roteiro na página 74 orienta a discussão com o cuidador. Segundo esse roteiro, todo cuidador entrevistado deve ser questionado sobre três áreas:

1. O ônus de cuidar (duas perguntas), potencialmente levando a estratégias práticas para apoiar o cuidador;
2. Os dois sintomas fundamentais da depressão, potencialmente levando a uma avaliação completa da depressão (consulte o Capítulo 9 sobre sintomas depressivos);
3. Os custos financeiros da prestação de cuidados, potencialmente levando a fontes de apoio financeiro local e assistência social organizada, conforme disponível.

Ao conversar com o cuidador, o agente deve procurar sinais de exaustão, raiva, frustração ou desrespeito. O profissional também pode perguntar ao cuidador se gostaria de uma avaliação mais aprofundada ou apoio de um assistente social. Com o tempo, os deveres do cuidar podem se acumular. Uma reavaliação a cada seis meses é apropriada.

A avaliação do papel do cuidador e seu impacto é melhor quando realizada fora da presença do idoso, para reduzir o constrangimento ou a hesitação do cuidador em falar de

maneira aberta e franca. Os relatos do idoso e do cuidador podem diferir por vários motivos, inclusive problemas de memória do idoso. Assim sendo, a avaliação deve ser considerada à luz do conhecimento adquirido mediante uma avaliação completa da capacidade intrínseca do idoso.

11.2 OFEREÇA APOIO AO CUIDADOR

Apoiados e supervisionados pelos serviços de saúde e assistência social, profissionais capacitados e cuidadores remunerados devem ajudar os cuidadores informais. Na comunidade, os profissionais de saúde e assistência social — assalariados e voluntários — podem criar uma rede para compartilhar recursos disponíveis para o auxílio a cuidadores informais.

O iSupport é um programa de treinamento online da OMS que pode ajudar os cuidadores de pessoas com demência a prestar bons cuidados e cuidar de si mesmos. Consulte <https://www.isupportfordementia.org>. Disponível em língua inglesa.

O apoio deve se concentrar no cuidador familiar primário. Para entender as necessidades do cuidador, o profissional pode perguntar quais tarefas são executadas, como e com que frequência, procurando aspectos do cuidado que possam ser ajudados por orientação, apoio prático ou tecnologias assistivas inovadoras (ver Quadro na página 77). O apoio deve refletir as escolhas do cuidador e dar ênfase à otimização do bem-estar do cuidador.

Roteiros de atenção
para apoiar o cuidador**Os assistentes sociais e profissionais de saúde podem:**

- fornecer ao cuidador treinamento e apoio para habilidades específicas de cuidado — por exemplo, manejo de comportamento difícil;
- considerar fornecer ou providenciar apoio prático, como um descanso temporário para o cuidador; e
- explorar se o idoso com perda de habilidade funcional se qualifica para quaisquer benefícios sociais ou outro apoio social ou financeiro do governo ou de organizações não governamentais.

Aconselhe. Reconheça que o cuidar pode ser extremamente frustrante e estressante. Também pode ser complicado por sentimentos de luto pela perda do relacionamento anterior entre o idoso e o cuidador, principalmente se o cuidador for o cônjuge do idoso.

Incentive os cuidadores a respeitarem a dignidade dos idosos, envolvendo-os nas decisões sobre sua vida e cuidados, tanto quanto possível.

Providencie assistência temporária. Quando o cuidado se torna muito oneroso ou cansativo, outra pessoa pode supervisionar e cuidar temporariamente do idoso? Pode ser outro parente, outra pessoa que more na casa ou um assistente social capacitado, seja profissional ou voluntário. Essa assistência temporária, como um centro-dia, pode dar uma folga para o cuidador principal descansar ou realizar outras atividades. O centro-dia é um tipo de serviço de apoio comunitário que oferece cuidados pessoais (banho, alimentação, barbeiro, higiene), programas de reabilitação, recreação e atividades sociais, refeições e transporte, várias horas por dia, durante vários dias por semana. Os centros-dia também fornecem serviços de apoio aos cuidadores, como visitas domiciliares, atividades familiares, grupos de apoio e treinamento para os cuidadores. A assistência temporária pode ajudar a manter a relação de cuidado saudável e sustentável, e os períodos de folga do cuidador habitual não necessariamente são prejudiciais para a pessoa cuidada.

Ofereça apoio psicológico. Tente lidar com o estresse psicológico do cuidador com apoio e orientação para a solução de problemas, principalmente quando os cuidados são complexos e extensos e a pressão sobre o cuidador é grande.

TECNOLOGIAS ASSISTIVAS INOVADORAS

Tecnologias inovadoras de assistência à saúde, como monitoramento remoto e robôs assistentes, são meios promissores para aprimorar as habilidades funcionais dos idosos; melhorar sua qualidade de vida e a de seus cuidadores; aumentar a liberdade de escolha, a segurança, a independência e a sensação de controle; e permitir o envelhecimento na comunidade. O uso dessas tecnologias deve basear-se nas necessidades e preferências dos idosos e de seus cuidadores, e requer treinamento apropriado dos usuários. Deve-se prestar muita atenção ao desenvolvimento de um mecanismo de financiamento para pesquisa e desenvolvimento para garantir a implementação equitativa de tais tecnologias.

Exemplos de tecnologias assistivas inovadoras:

- Robô de assistência social PARO. Esta foca de estimulação robótica serve como companhia (22). <http://www.parorobots.com>
- Sistema de apoio lombar Hybrid Assistive Limb (HAL). Esse aparelho dá “músculos robóticos” ao cuidador, facilitando o levantamento e transferência do paciente da cama para a cadeira e para o banho. https://www.cyberdyne.jp/english/products/Lumbar_CareSupport.html

12 ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADOS PERSONALIZADO

PONTOS-CHAVE

- ✓ O cuidado centrado na pessoa é holístico e personalizado, baseado em relações de colaboração entre os trabalhadores da saúde, os idosos e os familiares e os amigos que os apoiam.
- ✓ Equipes multidisciplinares podem ajudar o idoso a definir metas.
- ✓ Intervenções de apoio ao cuidado centrado na pessoa devem ser definidas de comum acordo, à luz das necessidades e objetivos prioritários do idoso.
- ✓ O acompanhamento periódico e sustentado é essencial para alcançar essas metas.

O planejamento de cuidados personalizados é uma abordagem humanizada que se afasta dos métodos tradicionais centrados na doença e, em vez disso, se concentra nas necessidades, valores e preferências dos idosos. Uma vez definido, o plano de cuidados personalizado serve como guia para todos os aspectos da assistência social e de saúde e para apoiar metas realistas e centrados na pessoa.

ETAPAS DA ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADOS PERSONALIZADO

1. Análise dos resultados e discussão de oportunidades para melhorar a habilidade funcional, a saúde e o bem-estar

Na presença do idoso e seus familiares e/ou cuidadores (se apropriado), a equipe multidisciplinar repassa os resultados da avaliação centrada na pessoa e as intervenções propostas no roteiro de atenção. A avaliação centrada na pessoa gerará uma lista de intervenções propostas que podem ser incluídas no plano de cuidados e discutidas com o paciente. O aplicativo ICOPE pode ajudar o profissional de saúde nesse processo. As equipes multidisciplinares podem incluir todos os envolvidos no cuidado do idoso, como o médico da atenção primária, médicos especialistas, profissionais de enfermagem, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, terapeutas (fisioterapeuta,

ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo), cuidadores remunerados e informais, farmacêuticos e voluntários.

2. Definição de metas centradas na pessoa

A abordagem centrada na pessoa para identificar, definir e priorizar metas é um elemento-chave no desenvolvimento de um plano de cuidados. É importante que a equipe multidisciplinar envolva os idosos na tomada de decisões sobre seus próprios cuidados e compreenda e respeite suas necessidades, valores, preferências e prioridades. Essa pode ser uma mudança transformacional na maneira como os profissionais de saúde se relacionam com seus pacientes atualmente.

Os objetivos do cuidado podem ir além de reduzir o impacto direto dos problemas de saúde e se concentrar mais nas coisas que permitem que os idosos façam o que mais valorizam, como envelhecer de forma independente e segura na comunidade, manter seu desenvolvimento pessoal, sentir-se incluídos e contribuir para suas comunidades, mantendo sua autonomia e saúde. Além das metas de médio a longo prazo (6 a 12 meses), é recomendável incluir metas de curto prazo (3 meses), visando aproveitar melhorias ou benefícios mais imediatos para manter os idosos motivados e engajados.

3. Definição de intervenções de comum acordo

As intervenções propostas para inclusão no plano de cuidados como resultado da avaliação centrada na pessoa e dos roteiros de atenção precisarão

- a) ser aceitas pelo idoso;
- b) estar harmonizadas com os objetivos, necessidades, preferências e prioridades do idoso;
- c) levar em consideração seus ambientes físicos e sociais.

O profissional de saúde ou assistente social deve conversar com o idoso e definir de comum acordo cada uma das intervenções — uma por uma — que deverão permanecer no plano final de cuidados.

4. Finalização e compartilhamento do plano de cuidados

Nesta etapa, o profissional de saúde deve agora documentar no plano de cuidados os resultados das discussões e compartilhar o documento com o idoso, seus familiares, cuidadores e quaisquer outras pessoas que possam estar envolvidos em seus cuidados, com consentimento. O aplicativo do ICOPE pode ajudar nesse processo, enviando a todos os envolvidos um resumo do plano de cuidados que inclui as metas prioritárias e as condições identificadas.

5. Monitoramento e acompanhamento

O monitoramento com acompanhamento regular da implementação do plano de cuidados é essencial para alcançar as metas acordadas. Dá a oportunidade de monitorar a evolução e permite a detecção precoce de dificuldades em participar de intervenções, efeitos adversos das intervenções e alterações no estado funcional. Também ajuda a manter um relacionamento bem-sucedido entre os idosos e seus cuidadores. O processo de acompanhamento inclui, mas não está limitado a:

- garantir a implementação bem-sucedida do plano de cuidados, etapa por etapa;
- repetir a avaliação centrada na pessoa e documentar quaisquer alterações;
- resumir os resultados, barreiras e complicações enfrentados na implementação das intervenções de saúde e assistência social;
- identificar mudanças e novas necessidades;
- concordar em abordar ainda mais essas mudanças e necessidades, inclusive mediante adoção de novas intervenções, quando necessário, e revisão e melhoria do plano, conforme necessário; e
- repetir o ciclo.

DOMÍNIOS DA HABILIDADE FUNCIONAL

1. Atender às necessidades básicas, como segurança financeira, moradia e segurança pessoal.
2. Aprender, crescer e tomar decisões, o que inclui esforços para continuar aprendendo e aplicando conhecimento, envolver-se na solução de problemas, manter o desenvolvimento pessoal e a capacidade de fazer escolhas.
3. Preservar a mobilidade, que é necessária para os afazeres domésticos, o acesso a lojas, serviços e estabelecimentos na comunidade e a participação em atividades sociais, econômicas e culturais.
4. Construir e manter uma ampla gama de relacionamentos, inclusive com crianças e outros familiares, relacionamentos sociais informais com amigos, vizinhos, colegas, bem como relacionamentos formais com agentes comunitários.
5. Contribuir, o que está intimamente associado ao envolvimento em atividades sociais e culturais, como ajudar amigos e vizinhos, orientar colegas e pessoas mais jovens e cuidar de familiares e da comunidade.

12

COMO DEFINIR METAS CENTRADAS NA PESSOA

IDENTIFIQUE AS METAS:

Identifique as metas com o idoso, seus familiares e cuidadores (23):

- **PERGUNTA 1**
Explique as coisas que mais lhe interessam em todas as áreas da sua vida.
- **PERGUNTA 2**
Quais são algumas metas específicas que você tem para a sua vida?
- **PERGUNTA 3**
Quais são algumas metas específicas que você tem para a sua saúde?
- **PERGUNTA 4**
Com base na lista de metas de vida e saúde que acabamos de discutir, você pode escolher três nas quais gostaria de se concentrar nos próximos 3 meses? E nos próximos 6 a 12 meses?.

ESTABELEÇA AS METAS:

As metas podem ser adaptadas às necessidades dos idosos e à sua própria definição de problemas.

- **PERGUNTA 5**
Quais aspectos da meta um, dois ou três você gostaria de trabalhar especificamente nos próximos três meses? E nos próximos 6 a 12 meses?
- **PERGUNTA 6**
O que você está fazendo atualmente sobre [área da meta]?
- **PERGUNTA 7**
Qual seria um alvo ideal, mas possível para que você atinja essa meta?

PRIORIZE AS METAS:

Definir metas prioritárias de cuidado, de comum acordo entre idoso e cuidadores, levará a melhores resultados.

- **PERGUNTA 8**
Dessas metas, em qual delas você mais quer trabalhar nos próximos 3 meses, seja sozinho ou com o apoio de [Dr. XX e sua equipe]? E nos próximos 6 a 12 meses?

Fonte: adaptado de Health Tapestry (<http://healthtapestry.ca>, em inglês)

13 OS SISTEMAS DE SAÚDE E CUIDADOS DE LONGO PRAZO PODEM APOIAR A IMPLEMENTAÇÃO DA ABORDAGEM ICOPE DA OMS

PONTOS-CHAVE

- ✓ A implementação efetiva da abordagem ICOPE requer uma abordagem integrada que vincule os serviços de saúde e assistência social.
- ✓ A otimização da capacidade intrínseca e da habilidade funcional dos idosos começa na comunidade e com os trabalhadores que nela atuam. Os sistemas nos setores social e da saúde devem apoiar cuidados prestados no âmbito da comunidade.
- ✓ Planos de cuidado personalizados são uma parte essencial da abordagem ICOPE. Para executar e gerenciar esses planos, pode ser preciso treinamento específico em gerenciamento de casos.

O relatório mundial sobre envelhecimento e saúde da OMS definiu uma nova direção para os sistemas de saúde e de cuidados de longo prazo (1). Conclamou a esses sistemas que se concentrassem na otimização das capacidades intrínsecas dos idosos, com o objetivo de preservar e melhorar suas habilidades funcionais. As diretrizes da OMS sobre intervenções na comunidade para manejo da perda de capacidade intrínseca, publicadas em 2017, traduzem essa nova direção em uma abordagem prática para avaliação e atendimento na comunidade (2). Juntos, eles promovem atenção à saúde e assistência social integradas e centradas na pessoa. Essa abordagem começa com uma avaliação (centrada na pessoa) das necessidades de saúde e assistência social, que pode ser realizada por um agente comunitário.

Este capítulo destaca algumas considerações importantes para a implementação da abordagem ICOPE. A orientação do ICOPE da OMS para sistemas e serviços que pretendam implementar a abordagem ICOPE abordará a implementação em detalhes (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669> em inglês).

13.1 APOIO NACIONAL À IMPLEMENTAÇÃO

Como primeiro passo, as recomendações da OMS e este manual precisarão ser adaptados ao contexto, cultura e idioma locais, conforme apropriado para os profissionais de saúde, cuidadores e os próprios idosos. Um processo inclusivo de adaptação pode começar a criar uma frente ampla de apoio para a nova abordagem.

A implementação da abordagem ICOPE exigirá colaboração contínua em todos os níveis e etapas entre as partes interessadas, inclusive formuladores de políticas, profissionais de saúde, assistentes sociais, pesquisadores, comunidades e idosos. O conhecimento local ajudará a traduzir essas orientações globais em configurações de serviços viáveis e aceitáveis.

PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO EM ESCALA NACIONAL

O planejamento para integrar a abordagem ICOPE nos sistemas de saúde e de cuidados a longo prazo deve garantir:

- **viabilidade** — financeira e organizacional;
- **sustentabilidade** — eficiência e capacidade da força de trabalho;
- **coerência** — alinhamento às políticas de apoio ao envelhecimento saudável;
- **integração** — vínculos entre os serviços de saúde e assistência social.

A promoção do envelhecimento saudável requer o envolvimento dos setores de saúde e assistência social. Esses dois setores estarão mais aptos a adotar e aplicar a abordagem ICOPE quando as políticas nacionais apoiarem uma abordagem integrada da saúde e assistência social. A política deve, portanto, especificar como o vínculo entre assistência médica e assistência social funcionará nos níveis nacional, regional e comunitário.

Incentivos e recompensas, mecanismos de financiamento e monitoramento de desempenho podem incentivar uma mudança de prioridades no cuidado dos idosos, rumo a um paradigma de otimização das capacidades intrínseca e funcional. Os sistemas de informação devem ser orientados para monitorar essa transformação nos níveis nacional e local.

13.2 RECURSOS FINANCEIROS E HUMANOS NECESSÁRIOS

As repercussões da implementação da abordagem ICOPE devem ser analisadas para identificar onde serão necessários investimentos adicionais — por exemplo, na capacitação dos profissionais de saúde, no uso de tecnologias e na adaptação dos sistemas de informação em saúde. Em especial, os agentes comunitários de saúde e assistência social e as equipes da atenção primária precisarão de apoio para entender e aplicar a nova abordagem. As sociedades profissionais nacionais e locais podem desempenhar um papel importante nesse aspecto, como parte de um processo participativo que envolve todas as partes interessadas.

13.3 INTEGRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E APOIO NOS SERVIÇOS SOCIAIS E DE SAÚDE

Todas as intervenções integradas de assistência devem seguir os princípios da tradução do conhecimento, que a OMS definiu em 2005 como “a síntese, troca e aplicação de conhecimento por interessados relevantes para acelerar os benefícios da inovação local e global no fortalecimento de sistemas de saúde e na melhora da saúde das pessoas”. O marco da OMS de tradução de conhecimento em envelhecimento e saúde, publicado em 2012, foi desenvolvido especificamente para aplicar esses princípios ao atendimento a idosos com múltiplas comorbidades e/ou dificuldades no acesso aos serviços de saúde (24).

O marco da OMS para serviços integrados de saúde centrados nas pessoas, de 2016, propõe abordagens fundamentais para garantir uma atenção integrada de alta qualidade (6). Um elemento importante da atenção integrada é um gerenciamento de casos robusto para subsidiar a elaboração, coordenação e monitoramento dos planos de cuidados, que provavelmente abrangerão vários domínios da assistência social e atenção à saúde. Os profissionais de saúde e assistência social podem precisar de capacitação específica em gerenciamento de casos, bem como nos aspectos clínicos das recomendações ICOPE.

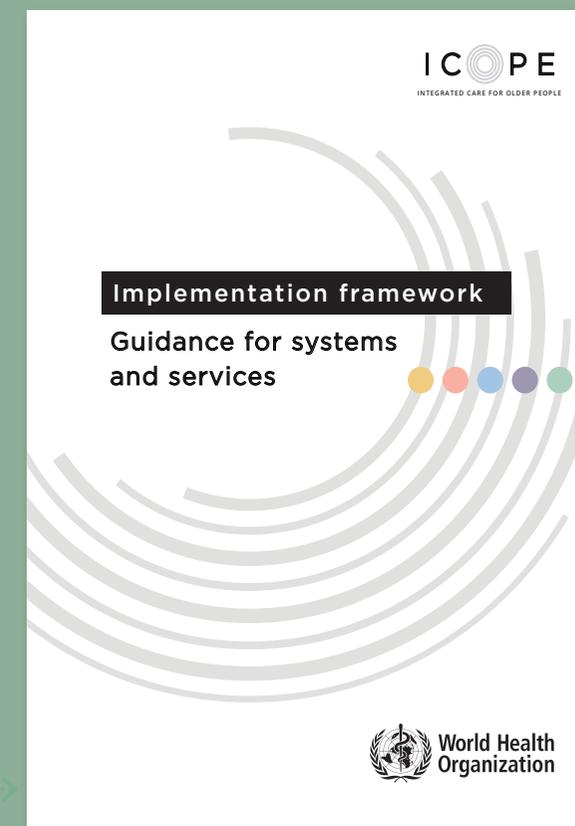
O marco da OMS para implementação da abordagem ICOPE dá ênfase às principais ações nos níveis de serviço e sistema para implementar a ICOPE (25). Essas orientações

abrangem as ações (página 84) que precisam ser executadas pelos gestores de serviços e sistemas para garantir atenção integrada. O marco recomenda ações específicas dependendo da extensão dos serviços sociais e de saúde existentes.

13.4 HARMONIZAÇÃO DOS SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL PARA APOIAR A IMPLEMENTAÇÃO

As intervenções ICOPE devem ser implementadas com o objetivo de apoiar o envelhecimento na comunidade. Ou seja, os serviços de saúde e assistência social devem ser prestados de forma a permitir que os idosos continuem morando em suas próprias casas e comunidades com segurança, independência e conforto. As intervenções são projetadas para serem prestadas por meio de modelos de atendimento que priorizem a atenção primária e na comunidade. Isso inclui um foco em intervenções domiciliares, envolvimento da comunidade e um sistema de referência e contrarreferência totalmente integrado.

Esse foco só pode ser alcançado ao se reconhecer e apoiar o papel essencial dos agentes comunitários para aumentar o acesso à atenção primária à saúde e à cobertura universal de saúde. As diretrizes da OMS sobre apoio às políticas e sistemas de saúde para otimizar os programas baseados em agentes comunitários de saúde contêm sugestões e recomendações baseadas em evidências sobre seleção, capacitação, competências essenciais, supervisão e remuneração dos agentes comunitários de saúde. (26).



<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>

RESUMO DAS AÇÕES DO MARCO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ICOPE

AÇÕES PARA SERVIÇOS

- ✓ **Envolver e empoderar pessoas e comunidades.** Envolver os idosos, suas famílias e a sociedade civil na prestação de serviços; apoiar e capacitar os cuidadores.
- ✓ **Apoiar a coordenação dos serviços prestados por equipes multidisciplinares.** Identificar os idosos da comunidade que precisam de cuidados, realizar avaliações integrais e elaborar planos de cuidados abrangentes; estabelecer redes de profissionais de saúde e assistência social.
- ✓ **Orientar os serviços visando o atendimento comunitário.** Prestar atendimento eficaz e aceitável, com foco na habilidade funcional, por meio de agentes e serviços comunitários com o apoio de uma infraestrutura adequada.

AÇÕES PARA SISTEMAS

- ✓ **Fortalecer os sistemas de governança e prestação de contas.** Envolver os interessados na formulação de políticas e serviços; desenvolver políticas e marcos regulatórios para apoiar o atendimento integral e a resposta aos maus-tratos contra idosos; realizar garantia de qualidade contínua e melhoria da qualidade; revisar periodicamente a capacidade de prestar atenção equitativa.
- ✓ **Possibilitar o fortalecimento dos sistemas.** Desenvolver a capacidade da força de trabalho, garantir financiamento e gestão de recursos humanos; usar tecnologia para trocar informações entre prestadores de serviços; coletar e publicar dados sobre a capacidade intrínseca e a habilidade funcional; usar tecnologias digitais para apoiar a autogestão.

Quando são necessários cuidados especializados, uma rede de profissionais de saúde nos níveis secundário e terciário deve apoiar o trabalho dos agentes comunitários de saúde. É preciso haver critérios e roteiros claros de referência, definidos de comum acordo entre todas as partes em nível operacional e depois monitorados para garantir a qualidade. Os mecanismos de acompanhamento precisam ser claros para garantir que os planos de cuidados continuem adequados e que a prestação de atenção à saúde e apoio social seja eficaz. O acompanhamento e o apoio podem ser especialmente importantes após grandes mudanças no estado de saúde ou se o idoso passar por um evento importante na vida, como mudança de residência ou morte de um cônjuge ou cuidador

13.5 ENVOLVIMENTO DAS COMUNIDADES E APOIO AOS CUIDADORES

Os cuidadores precisam da ajuda de recursos adicionais na comunidade. Um envolvimento mais ativo e direto das comunidades e bairros no cuidado e apoio aos idosos pode exigir organização local e vontade política, principalmente para incentivar o voluntariado e facilitar as contribuições dos integrantes mais velhos da comunidade. Clubes e associações de idosos são aliados naturais nessa empreitada.

Ao mesmo tempo, o sistema de saúde deve uma responsabilidade aos seus parceiros no apoio ao envelhecimento saudável: as comunidades, organizações comunitárias e os familiares e outros cuidadores informais de idosos. Essa responsabilidade inclui atenção à saúde e bem-estar dos cuidadores, conforme discutido no Capítulo 11, e apoio mútuo, colaboração e coordenação com comunidades e organizações comunitárias para criar um ambiente saudável para o envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS

1. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>, consultado em 2 de abril de 2019).
2. Atención integrada para personas mayores: Directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar las pérdidas de capacidad intrínseca. Ginebra: OMS; 2017 (https://www.who.int/ageing/publications/WHO-ALC-ICOPE_brochure_sp.pdf?ua=1, consultado em 2 de abril de 2019).
3. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. World Population Ageing 2017: Highlights. Nova York: Nações Unidas; 2017 (http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf, consultado em 2 de abril de 2019).
4. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [website]. Nova York: Nações Unidas; sem data (<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>, consultado em 2 de abril de 2019).
5. Global strategy and action plan on ageing and health. Ginebra: OMS; 2017 (<http://www.who.int/ageing/global-strategy>, consultado em 2 de abril de 2019).
6. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS; sem data (A69/39; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf, consultado em 2 de abril de 2019).
7. Rebok GW, Ball K, Guey LT, Jones RN, Kim HY, King JW, et al. Ten-year effects of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cognitive training trial on cognition and everyday functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62(1):16–24. doi: 10.1111/jgs.12607.
8. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(11):2227–46. doi: 10.1111/jgs.13702.
9. painHEALTH. Pain management. East Perth: Secretaria de Saúde da Austrália Ocidental; sem data (<https://painhealth.csse.uwa.edu.au/pain-management>, consultado em 1º de maio 2019).
10. Dispositivos y tecnologías de apoyo a las personas con discapacidad. Ginebra: OMS; sem data (<https://www.who.int/disabilities/technology/es/>, consultado em 1º de maio de 2019).
11. Texas Department of Aging and Disability Services. Instructions for completing the Nutrition Risk Assessment (NRA): DETERMINE Your Nutritional Health. Washington (DC): Nutrition Screening Initiative; 2010 (<https://www.dads.state.tx.us/providers/AAA/Forms/standardized/NRA.pdf>, consultado em 2 de abril de 2019).
12. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the mini nutritional assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev.* 1996;54(1, part 2):S59–65. doi: 10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x.
13. Camicelli AP, Keeffe JE, Martin K, Carbone J, Balding C, Taylor H. Vision screening for older people: the barriers and the solutions. *Australas J Ageing.* 2003;22(4):179–85.
14. Ceguera y discapacidad visual. Ginebra: OMS; 2018 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>, consultado em 2 de abril de 2019).
15. Acceptability, benefit and costs of early screening for hearing disability: a study of potential screening tests and models. Davis A, Smith P, Ferguson M, Stephens D, Gianopoulos I. *Health Technology Assessment, 2007, 11(42).*
16. Cuidado primario del oído y la audición: material de capacitación. Ginebra: OMS; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44019>, consultado em 2 de abril de 2019).
17. Li CM, Zhang X, Hoffman HJ, Cotch MF, Themann CL, Wilson MR. Hearing impairment associated with depression in US adults, national health and nutrition examination survey 2005–2010. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014;140(4):293–302. doi: 10.1001/jamaoto.2014.42.
18. Zhang X, Bullard KM, Cotch MF, Wilson MR, Rovner BW, McGwin G Jr, et al. Association between depression and functional vision loss in persons 20 years of age or older in the United States, NHANES 2005–2008. *JAMA Ophthalmol.* 2013;131(5):573–81. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2013.2597.
19. Spotting the signs of harm, abuse and neglect Scotland. Streatham: Action on Elder Abuse; sem data (<https://www.elderabuse.org.uk/spotting-the-signs-of-harm-abuse-and-neglect>, acessado em 2 de abril de 2019).
20. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2017;5(2):e147–e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
21. Douglas SL, Daly BJ, Kelley CG, O’Toole E, Montenegro H. Impact of a disease management program upon caregivers of chronically critically ill patients. *Chest.* 2005;128(6):3925–36. doi: 10.1378/chest.128.6.3925.
22. Liang A, Piroth I, Robinson H, MacDonald B, Fisher M, Nater UM, et al. A pilot randomized trial of a companion robot for people with dementia living in the community. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18(10):871–8. doi: 10.1016/j.jamda.2017.05.019.

23. Javadi D, Lamarche L, Avilla E, Siddiqui R, Gaber J, Bhamani M, et al. Feasibility study of goal setting discussions between older adults and volunteers facilitated by an eHealth application: development of the Health TAPESTRY approach. *Pilot Feasibility Stud.* 2018;4:184. doi: 10.1186/s40814-018-0377-2.
24. Traslación del conocimiento. Genebra: OMS; sem data (https://www.who.int/ageing/projects/knowledge_translation/es/, consultado em 2 de abril de 2019).
25. Atenção Integrada para a Pessoa Idosa: Orientação para Sistemas e Serviços. Genebra: OMS; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>, consultado em junho de 2019).
26. Community-based health workers (CHWs). Genebra: OMS; sem data (<https://www.who.int/hrh/community>, consultado em 2 de abril de 2019).

www.who.int/ageing/health-systems/icope

Department of Ageing and Life Course
World Health Organization
Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
Switzerland

ageing@who.int

