

ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO



1ª Edição
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Belo Horizonte, 2006

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Governador

Aécio Neves da Cunha

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Secretário

Marcelo Gouvêa Teixeira

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Superintendente

Benedito Scaranci Fernandes

GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA

Gerente

Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

GERÊNCIA DE NORMALIZAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Gerente

Marco Antônio Bragança de Matos

COORDENADORIA DE ATENÇÃO AO IDOSO

Coordenadora

Eliana Márcia Fialho de Sousa Bandeira

Aporte financeiro

Este material foi produzido com recursos do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF

Projeto gráfico e editoração eletrônica

Casa de Editoração e Arte Ltda.

Ilustração

Mirella Spinelli

Produção, distribuição e informações Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Rua Sapucaí, 429 – Floresta – Belo Horizonte – MG – CEP 30150 050

Telefone (31) 3273.5100 –

E-mail: secre.ses@saude.mg.gov.br

Site: www.saude.mg.gov.br

1ª Edição. 2006

	MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção
WT	a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.
100	186 p.
MI	1. Saúde do idoso - Atenção. 2. Saúde da família - competência.
AT	I.Título.

AUTORES

Eliana Márcia Fialho de Sousa Bandeira

Fausto Aloísio Pedrosa Pimenta

Miraneide Carmo de Souza

APRESENTAÇÃO

A situação da saúde, hoje, no Brasil e em Minas Gerais, é determinada por dois fatores importantes. A cada ano acrescentam-se 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, gerando uma demanda importante para o sistema de saúde (MS, 2005). Somando-se a isso, o cenário epidemiológico brasileiro mostra uma transição: as doenças infecciosas que respondiam por 46% das mortes em 1930, em 2003 foram responsáveis por apenas 5% da mortalidade, dando lugar às doenças cardiovasculares, aos cânceres, aos acidentes e à violência. À frente do grupo das dez principais causas da carga de doença no Brasil já estavam, em 1998, o diabetes, a doença isquêmica do coração, a doença cérebro-vascular e o transtorno depressivo recorrente. Segundo a Organização Mundial de Saúde, até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (OMS, 2002).

Este cenário preocupante impõe a necessidade de medidas inovadoras, que mudem a lógica atual de uma rede de serviços voltada ao atendimento do agudo para uma rede de atenção às condições crônicas.

Para responder a essa situação, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais estabeleceu como estratégia principal a implantação de redes de atenção à saúde em cada uma das 75 microrregiões do estado que permitam prestar uma assistência contínua à população. E a pré-condição para a eficácia e a equidade dessa rede é que o seu centro de coordenação seja a atenção primária.

O programa Saúde em Casa, em ato desde 2003, tendo como objetivo a melhoria da atenção primária, está construindo os alicerces para a rede de atenção à saúde: recuperação e ampliação das unidades básicas de saúde, distribuição de equipamentos, monitoramento através da certificação das equipes e avaliação da qualidade da assistência, da educação permanente para os profissionais e repasse de recursos mensais para cada equipe de saúde da família, além da ampliação da lista básica de medicamentos, dentro do programa Farmácia de Minas.

Como base para o desenvolvimento dessa estratégia, foram publicadas anteriormente as linhas-guias Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério, Atenção à Saúde da Criança e Atenção Hospitalar ao Neonato, e, agora, apresentamos as linhas-guias Atenção à Saúde do Adolescente, Atenção à Saúde do Adulto (Hipertensão e Diabetes, Tuberculose, Hanseníase e Hiv/aids), Atenção à Saúde do Idoso, Atenção em Saúde Mental e Atenção em Saúde Bucal e os manuais da Atenção Primária à Saúde e Prontuário da Família. Esse conjunto de diretrizes indicará a direção para a reorganização dos serviços e da construção da rede integrada.

Esperamos, assim, dar mais um passo na consolidação do SUS em Minas Gerais, melhorando as condições de saúde e de vida da nossa população.

Dr. Marcelo Gouvêa Teixeira

Secretário de Saúde do Estado de Minas Gerais

PREFÁCIO

O rápido processo de envelhecimento da população brasileira se dá em razão da transição de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade, para uma de baixa mortalidade e gradualmente baixa fecundidade como justificam as projeções estatísticas para os próximos anos. Tal mudança se configura num desafio para as autoridades sanitárias, especialmente para a implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema.

O Idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias sem que isto se reverta em seu benefício. Em geral as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e internações freqüentes. A maioria dos quadros de dependência desta população está associada a condições crônicas que podem ser adequadamente manipuladas, muitas vezes, fora de instituições hospitalares ou asilares.

A efetiva organização dos sistemas de saúde pressupõe o fortalecimento do nível primário de atenção reforçando a necessidade de ruptura da visão piramidal. É fundamental a organização dos serviços em ações básicas de atenção a saúde do Idoso na produção do cuidado em defesa da vida. Tal enfoque será norteado por uma concepção de saúde que incorpora os determinantes sociais e coletivos, ressaltando a importância da singularidade do Idoso e tornando sujeito de sua própria condição de saúde.

Este trabalho é um documento que explicita a proposta da Secretaria Estadual de Saúde/Coordenadoria de Atenção ao Idoso, no que se refere à implementação das políticas de Atenção à Saúde do Idoso, no âmbito do Estado de Minas Gerais.

Seu objetivo é servir de subsídio técnico, orientando sobre a assistência à saúde do Idoso. É também, um dispositivo importante no agenciamento das informações por pautar uma nova lógica de discussão do cuidado – a de conceber as ações de saúde como um direito de cidadania desta parcela da sociedade.

Nesse contexto, pretende-se unificar condutas e subsidiar a implementação e a qualificação das ações na assistência à saúde do Idoso. Há necessidade da organização do sistema de serviços de saúde em três níveis: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino, visando ao conhecimento e operacionalização dos princípios orientadores da atenção primária.

Busca também, orientar os profissionais da rede de atenção primária, no entendimento de suas ações essenciais, visando a adequação dessas à realidade de cada município, assim como os elementos essenciais à atenção primária a saúde, tais como: a educação sanitária, imunização, a prevenção de endemias, o tratamento apropriado das doenças e dos danos mais comuns, a prevenção de doenças, a orientação da promoção de alimentação saudável e de micro nutrientes entre outros.

Coordenadoria de Saúde do Idoso

AGRADECIMENTOS

É uma tarefa difícil nomear todos as pessoas envolvidas na elaboração deste trabalho.

Agradecemos, portanto, aos profissionais que direta ou indiretamente participaram desta Linha Guia que explicita a proposta da Secretaria Estadual de Saúde do Estado, através da Coordenadoria de Atenção ao Idoso, no que se refere à implementação das políticas de Atenção à Saúde do Idoso, no âmbito do Estado de Minas Gerais.

Este documento tem como objetivo servir de subsídio técnico aos profissionais da Atenção Primária, orientando-os sobre a atenção à saúde do idoso. É, também, um dispositivo importante no agenciamento das informações, por pautar uma nova lógica de discussão do cuidado, concebendo as ações de saúde enquanto um direito de cidadania desta parcela da sociedade.

Em especial os nossos agradecimentos aos profissionais do Centro de Referência em Atenção ao Idoso Prof. Caio Benjamin Dias / HC-UFMG, pela competência e disponibilidade em nos fornecer subsídios técnicos que muito enriqueceram este trabalho à nossa colega Ana Lúcia dos Santos Moura, figura presente durante todas as etapas da elaboração deste documento, pela prontidão e apoio.

MENSAGEM DE VALIDAÇÃO

A abordagem do idoso representa o maior desafio da Medicina moderna. O grau de vulnerabilidade desse novo organismo envelhecido é extremamente heterogêneo. Reconhecer essas diferenças exige amplo conhecimento. Esta Linha-Guia aborda os aspectos essenciais para compreensão de como deve ser realizada a abordagem do idoso. O Brasil está num processo de envelhecimento populacional e, a cada década, o percentual de idosos aumenta significativamente. Como resultado, estamos vivenciando um período de crescente demanda de recursos voltados para atender as necessidades desta “nova população”. Nesse processo de preparação e adaptação da sociedade a essa realidade demográfica, deve-se incluir a capacitação dos profissionais que terão a função de cuidar da saúde dos idosos, pois, atualmente, há uma carência significativa de profissionais com essa habilitação. Evidências demonstram que o atendimento ao idoso de forma fragmentada, sem avaliação da sua funcionalidade e sem a compreensão das repercussões do envelhecimento nos processos saúde-doença repercutem negativamente na sua saúde, entendida como “o maior bem estar bio-psico-social, e não simplesmente a ausência de doenças”. Desta forma, a Linha-Guia busca trabalhar os aspectos básicos do processo de envelhecimento e como eles interferem na abordagem do idoso. Pretende-se descortinar problemas que, até então, eram atribuídos ao processo de envelhecimento per se (“da idade”) e, portanto, não abordados de forma adequada.

Prof Edgar Nunes de Moraes

**Diretor do Centro de Referência em Atenção ao
Idoso Prof. Caio Benjamin Dias/UFMG**



SUMÁRIO

Introdução	13
I. As diretrizes	19
II. A avaliação de risco	23
2.1 Situações de risco/ idoso frágil	25
2.2. Identificação, acompanhamento e demanda	26
III. As medidas de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos	27
3.1 A educação em saúde	29
3.2 Os usuários como agentes produtores de saúde ...	29
3.3 A saúde nutricional	33
3.4 A saúde bucal do idoso	37
IV. A coordenadoria de atenção ao idoso	49
4.1. A humanização da atenção ao idoso	51
4.2 O atendimento ao idoso na rede pública assistencial	51
4.3 O acolhimento do idoso na atenção primária	52
4.4 A competência da unidade básica de saúde / equipe de saúde da família	62
4.5 A rede de atenção ao idoso	64
V. As principais patologias: os gigantes da geriatria	79
5. As grandes síndromes geriátricas/ gigantes da geriatria	81
5.1 A instabilidade postural e as quedas no idoso	82
5.2 A incontinência urinária e fecal	104
5.3 Insuficiência cerebral - Incapacidade cognitiva ...	117
5.4 Iatrogenia	126
5.5 Imobilidade	132
VI. Distúrbios da pressão arterial e peculiaridades em <i>diabetes mellitus</i> no idoso	143
6.1 Distúrbios da pressão arterial no idoso	145
6.2 Peculiaridades em diabetes no idoso	151
VII. Atendimento ao paciente frágil: cuidados paliativos ...	161
VIII. Informação gerencial	169
8.1 Planilha de programação	171
8.2 Os indicadores da atenção à saúde do idoso	172
IX. Sistema de informação	175
9.1 Sistemas informatizados do Ministério da Saúde ...	177
9.2 Os endereços eletrônicos	177
Referências bibliográficas	178

INTRODUÇÃO

O envelhecimento, aspiração de qualquer sociedade, só representará uma conquista social quando for traduzido por uma melhor qualidade de vida.

A atenção se volta para a rapidez da mudança do perfil epidemiológico que vem ocorrendo no Brasil e que não estamos preparados para enfrentar. A perspectiva de crescimento da população acima de 60 anos colocará o Brasil, dentro de 25 anos, como a 6ª maior população de idosos no mundo em números absolutos. Atualmente, contamos com o número de 16 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, que passará a ser 32 milhões em 2025, que representará 15% de nossa população total, segundo fontes do IBGE.

Em 1980, para cada 100 crianças, existiam 16 idosos e atualmente calcula-se que essa proporção chegue a 30 crianças para 100 idosos. Segundo dados estatísticos, em 1991 havia 13,1 mil centenários no Brasil sendo que a maior parte se encontrava no Estado de São Paulo (4,4 mil), seguido por Bahia (2,8 mil), Minas Gerais (2,7 mil) e Rio de Janeiro (2 mil). Contaremos no ano de 2020 com uma população que crescerá 16 vezes contra 05 vezes o crescimento da população geral, o que implica na necessidade de ajustar o atual modelo de atenção à saúde do idoso, reformulando e aprimorando a participação dos atores que estão inseridos nesse contexto

O conceito de saúde nessa faixa populacional é abrangente e não se restringe à presença ou ausência de doença ou agravo e é estimada pelo nível de independência e autonomia. A avaliação deve ser multidimensional, levando-se em conta o bem-estar biopsicossocial e a necessidade de ações integradas da equipe multidisciplinar.

Todo cidadão tem direito ao acesso a serviços adequados às necessidades de saúde individuais e coletivas. É nesse contexto que um novo olhar volta-se para a Saúde do Idoso como uma das atuais prioridades das Políticas Públicas de Saúde.

A utilização de novos instrumentos, ferramentas e tecnologias surge como uma nova perspectiva para essa abordagem. Daí a necessidade de melhorar a qualidade das prestações de serviços ofertadas pelo sistema público, repensar o modo como as ações são ofertadas e o papel de cada profissional dentro do novo contexto, organizar fluxos e diretrizes e renovar o papel da assistência em atenção ao idoso na condição de um processo de assistência integrado.

Dessa forma e considerando a necessidade de dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do Idoso, bem como a conclusão do processo de elaboração da referida política, após consultas a diferentes segmentos e aprovação pelos órgãos competentes, o Ministério da Saúde resolveu aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso, Portaria GM/MS N.º 1395/99.

A Coordenadoria de Atenção ao Idoso foi criada em agosto de 2002 e explicita a proposta da Secretaria Estadual no que se refere à elaboração, coordenação e execução de projetos e implantação das políticas públicas para a população idosa no Estado de Minas Gerais.

BASE LEGAL PARA O DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS EM ATENÇÃO AO IDOSO

- Lei nº. 8.842 de 04/01/1994 – Política Nacional do Idoso.
- Portaria nº. 1.395 de 09/12/1999 – Política Nacional de Saúde do Idoso.
- Portaria nº. 249 de 12/04/2002 – Normas para cadastramento de centros de referência em assistência à saúde do Idoso.
- Portaria nº. 702 de 12/04/2002 – Organização e implantação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso.
- Portaria nº. 703 de 12/04/2002 – Assistência aos portadores da Doença de Alzheimer.
- Portaria nº. 738 de 12/04/2002 – Assistência domiciliar geriátrica.
- Resolução SES nº. 1.141 de 26/08/2002 – Cria a Coordenadoria de Atenção ao Idoso.
- Lei nº. 10.741 de 01/10/2003 – Estatuto do Idoso.
- RDC nº. 283 de 26/09/2005 – Regulamento Técnico que define Normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI, de caráter residencial.

CONCEITUANDO A SAÚDE DO IDOSO

Saúde

A OMS define saúde como “o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não somente a ausência de doenças.” O estado de completo bem-estar físico, mental e social depende de fatores médicos e sociais. Dessa forma, o estado de saúde das pessoas depende de forma significativa da alocação de recursos em setores como a educação, alimentação, infra-estrutura sanitária e habitacional, incentivos ao trabalho, promoções ao estilo de vida saudável com atividades de lazer e cuidados com o meio ambiente.

O envelhecimento

“Como a criança não pode ser considerada uma miniatura do adulto, o idoso também não deve ser tratado como se fosse a sua continuação.” (Y. Moriguchi).

Definir envelhecimento é algo muito complexo, biologicamente é considerado um processo que ocorre durante toda a vida. Existem vários conceitos de envelhecimento, variando de acordo com a visão social, econômica e principalmente com a independência e qualidade de vida do idoso. A população de baixo poder aquisitivo envelhece mais cedo, resultado de uma diversidade de fatores biopsicossociais.

O envelhecimento acontece logo após as fases de desenvolvimento e de estabilização,

sendo pouco perceptível por um longo período, até que as alterações estruturais e funcionais se tornem evidentes. No ser humano, a fase de desenvolvimento alcança sua plenitude no final da segunda década, seguida por um período de certa estabilidade, sendo que as primeiras alterações do envelhecimento são detectadas no final da terceira década de vida.

Confort caracterizou o envelhecimento natural como “a progressiva incapacidade de manutenção do equilíbrio homeostático em condições de sobrecarga funcional”.

No nosso corpo, os mecanismos mantenedores da homeostase, desde os mais simples aos mais complexos, compõem-se fundamentalmente de sensores. Para manter o corpo em equilíbrio, por exemplo, existem os responsáveis pela detecção do desequilíbrio, os encarregados da modulação da resposta (centros reguladores), e os efetores que são capazes de executar as correções necessárias.

Durante o envelhecimento, ocorrem alterações do número e da sensibilidade dos sensores, do limiar de excitabilidade dos centros reguladores e da eficiência dos efetores, facilitando principalmente as quedas, que são muito freqüentes nos idosos.

O envelhecimento não é uniforme, portanto não é possível escolher um indicador único, pode-se dizer que é o conjunto das alterações estruturais e funcionais do organismo que se acumulam progressiva e especificamente com a idade.

Aspectos gerais do envelhecimento

Além de alterações estruturais e funcionais, a composição corporal vai sofrendo modificações importantes com o envelhecimento:

- A gordura corporal vai aumentando com o avançar da idade (aos 75 anos, é praticamente o dobro daquela aos 25 anos);
- No tecido subcutâneo, ocorre a diminuição do tecido adiposo dos membros e aumento no tronco, caracterizando a chamada gordura central;
- A água corporal total diminui (15% – 20%), principalmente às custas da água intracelular, com redução dos componentes intra e extracelulares, principalmente os íons sódio e potássio, provocando maior susceptibilidade a graves complicações conseqüentes das perdas líquidas e maior dificuldade à reposição do volume perdido;
- A retração do componente hídrico, associado ao aumento da gordura corporal (20% – 40%) poderá contribuir para a alteração da absorção, metabolização e excreção das drogas no idoso.
- A redução da albumina altera o transporte de diversas drogas no sangue;
- O metabolismo basal diminui de 10% a 20% com o progredir da idade, o que deve ser levado em conta quando calculamos as necessidades calóricas diárias do idoso;
- A tolerância à glicose também se altera, criando, às vezes, dificuldade para se diagnosticar o diabetes, apesar de ser uma doença que incide com muita freqüência no idoso.

Senescência X Senilidade

É de suma importância para os profissionais de saúde que lidam com pacientes idosos conhecer e distinguir as alterações fisiológicas do envelhecimento, denominadas senescência, daquelas do envelhecimento patológico ou senilidade.

Conhecer o considerado normal e o patológico e fazer a distinção entre eles pode ser difícil, pois muitas vezes essas condições se superpõem e, portanto, não se deve atribuir à VELHICE, sinais e sintomas de doenças muitas vezes passíveis de tratamento e cura.

Por outro lado, não devemos considerar o processo natural do envelhecimento como sinais e sintomas de doenças ou solicitar exames e instituir tratamento em idosos que apresentem sinais apenas compatíveis com o envelhecimento fisiológico.

Mobilidade

Capacidade de um indivíduo se mover em um dado ambiente, função básica para a execução de tarefas, realizar atividades de vida diária – AVDs e manter sua independência.

Independência

Capacidade de autocuidar e realizar as atividades da vida diária – AVDs sem auxílio de outra pessoa.

Dependência

Incapacidade de realizar uma ou mais atividade da vida diária – AVDs, sem auxílio. É definida em graus, leve, moderada e avançada.

Autonomia

Capacidade e direito do indivíduo de poder eleger, por si próprio, as regras de conduta, a orientação de seus atos e os riscos que está disposto a correr durante sua vida. Conceito amplo: inclui poder decisório (integridade cognitiva)

Capacidade Funcional

Define-se como a manutenção plena das habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para uma vida com independência e autonomia.

É o grau de preservação da capacidade de realizar as Atividades Básicas de Vida Diária – AVDs ou autocuidado e o grau de capacidade para desempenhar Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVDs. Relação estreita com a avaliação funcional (Neri, 2001).

A saúde da pessoa mais velha é entendida como a interação entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (Ramos, 2002).

**SAÚDE DO IDOSO:
SAÚDE MENTAL + SAÚDE FÍSICA (INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E
AUTONOMIA) + INDEPENDÊNCIA FINANCEIRA + SUPORTE FAMILIAR +
INTEGRAÇÃO SOCIAL**

Avaliação Funcional

“É um método para descrever habilidades e atividades e mensurar a forma de realização individual de uma série de ações incluídas no desempenho de tarefas necessárias na vida diária, nos compromissos vocacionais, nas interações sociais, de lazer e outros comportamentos requeridos no cotidiano” *Granger (1984)*.

A avaliação funcional foi definida por Lawton e Brody como uma tentativa sistematizada de mensurar, objetivamente, os níveis nos quais uma pessoa se enquadra numa variedade de áreas, tais como: integridade física, qualidade de auto-manutenção, qualidade no desempenho dos papéis, estado intelectual, atividades sociais, atitudes em relação a si mesmo e ao estado emocional *Lawton e Brody (1969)*.

Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são consequências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade por si só não prediz incapacidade (Lollar & Crews, 2002). A incapacidade predispõe a maior risco de problemas de saúde e afins. Sua presença é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (*Giacomin & al., 2002*).

A independência e autonomia nas atividades de vida diária estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso das seguintes grandes funções ou domínios:

- Cognição
- Humor
- Mobilidade
- Comunicação

O comprometimento das atividades de vida diária pode ser o reflexo de uma doença grave ou conjunto de doenças que comprometam direta ou indiretamente essas quatro grandes funções ou domínios, de forma isolada ou associada. Dessa forma, a perda de uma função no idoso previamente independente nunca deve ser atribuída à velhice e sim representar sinal precoce de doença ou conjunto de doenças não tratadas, caracterizadas pela ausência de sinais e sintomas típicos. A presença de dependência funcional, definida

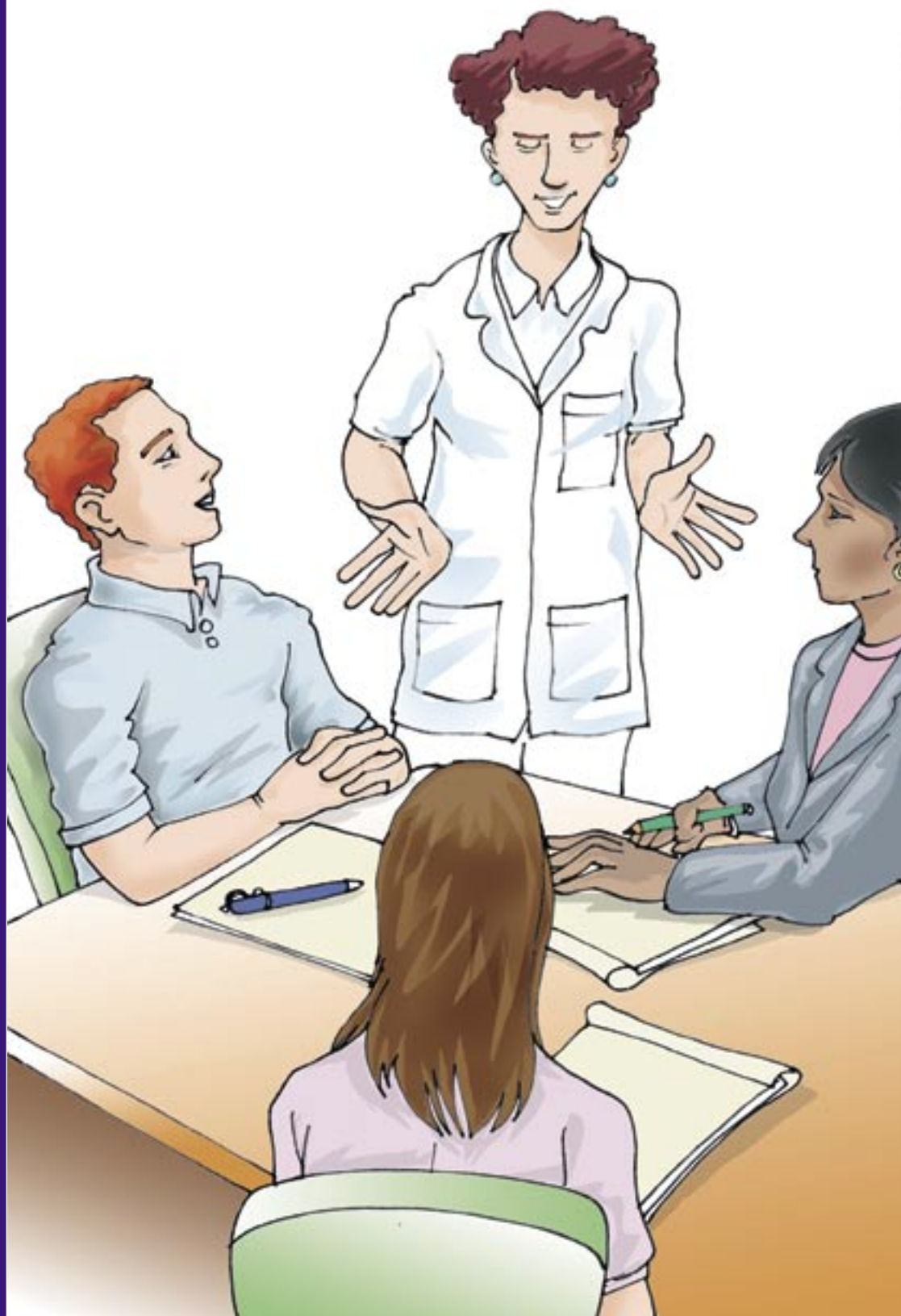
como a incapacidade de funcionar satisfatoriamente sem ajuda, devido a limitações físicas ou cognitivas, deve desencadear uma ampla investigação clínica, buscando doenças que, na sua maioria, são total ou parcialmente reversíveis.

A avaliação do idoso deve contemplar todas as dimensões envolvidas no processo saúde-doença. Deve ser, portanto, multidimensional. Apresenta como principal objetivo a definição do diagnóstico funcional global e etiológico (disfunções/doenças) e elaboração do Plano de Cuidados (Moraes EN, 2006).

AValiação MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO	
Dimensões a serem avaliadas	Instrumentos de avaliação
Identificação	Anamnese
Queixa(s) Principal(is)	Anamnese
Sistemas Fisiológicos Principais	Anamnese e exame físico dos aparelhos/sistemas
Avaliação da Cavidade Oral	Exame da cavidade oral
Atividades de Vida Diária Básicas (Autocuidado)	Índice de Katz
Atividades de Vida Diária Instrumentais	Escala de Lawton-Brody / Escala de Pfeffer
Mobilidade	<i>Timed up and go test</i> e <i>Get up and go test</i> Teste de Romberg - <i>Nudge test</i> - Suporte unipodálico
Avaliação Cognitiva	Mini-Mental - Fluência Verbal - Lista de 10 palavras Reconhecimento de Figuras - Teste do Relógio
Avaliação do Humor	Escala Geriátrica de Depressão
Comunicação: Acuidade visual	Snellen simplificado
Comunicação: Acuidade auditiva	Teste do sussurro
Comunicação: Voz	Avaliação da voz
Avaliação Nutricional	Mini-Avaliação Nutricional
Avaliação de Medicamentos	Listagem dos Medicamentos
História Pessoal Atual e Pgressa	Anamnese familiar
Avaliação Sociofamiliar	Anamnese familiar
Avaliação Ambiental	Avaliação de riscos ambientais
DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL	
PLANO DE CUIDADOS	
Ações preventivas/promocionais, curativas/paliativas e reabilitadoras	

A literatura médica considera a capacidade funcional como um indicador de saúde dos idosos e a dependência como um sinal de falência da habilidade física, psicológica ou social - seja por doença, por uso de medicamentos, por trauma ou pelo processo contínuo do envelhecimento (Agree,1999).

I. AS DIRETRIZES



No processo de implementação das políticas de saúde do Idoso, o Estatuto do Idoso – Lei Nº. 10.741/2003 veio definir a diretriz norteadora para a promoção, prevenção e recuperação da saúde desta parcela populacional.

Sendo este um aspecto de relevância no que diz respeito à melhoria da qualidade de vida, promoção e recuperação da saúde da população idosa, o Estatuto do Idoso, veio consolidar a legitimidade do direito do cidadão de 60 anos ou mais, “com direito à atenção à saúde íntegra, o direito social à saúde em um sentido mais amplo, que implicará garantia de outros direitos sociais e é dependente da adequada articulação de políticas econômicas e sociais”.

A POPULAÇÃO ALVO/ADSCRITA

- Idosos de 60 anos e mais, sexo masculino e feminino residentes no estado de Minas Gerais.

OS OBJETIVOS PRINCIPAIS

- Promover o envelhecimento ativo e saudável – bem-sucedido.
- Estruturar a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.
- Fortalecer a participação social.
- Monitorar o processo de envelhecimento.
- Identificar os fatores de risco de doenças e agravos.
- Envolver a família e a comunidade no processo do cuidado.
- Promover a formação e a educação permanente para os profissionais de saúde que trabalham com idosos no SUS.
- Identificar e promover os fatores de proteção e recuperação da saúde.
- Melhorar a qualidade de vida da população idosa do Estado.

OS PROJETOS

Tem como finalidade primordial manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim tendo como base a integralidade da assistência e a avaliação global e interdisciplinar visando o aumento do número de anos de vida saudável, diminuindo as diferenças entre diversos grupos populacionais, assegurando o acesso a serviços preventivos de saúde, incentivando e equilibrando a responsabilidade pessoal e a solidariedade entre gerações.

- Descentralizar o atendimento à saúde da população idosa.
- Elaborar e implantar os fluxos de atendimento da população adscrita na rede de atendimento.

- Promover o acesso e garantir o atendimento da população idosa nos diversos pontos de atenção.
- Humanizar o atendimento priorizando-o de acordo com o risco individual.
- Implantar as linhas-guia e os protocolos para o atendimento ao Idoso na Atenção primária à Saúde.
- Capacitar os profissionais da rede pública de saúde do Estado de Minas Gerais, para avaliação global da saúde do Idoso, através do Programa de Educação Permanente/PEP;
- Elaborar e implantar o prontuário para o atendimento ao Idoso na Atenção Primária.
- Elaborar e implantar as Normas de funcionamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI capacitando os profissionais para o atendimento a essa parcela populacional.
- Adequar o elenco da Farmácia de Minas adaptando-o às necessidades da população idosa, tendo como base a essencialidade (RENAME) e a adequação (Critérios de Beers).
- Garantir o fornecimento de medicamentos de uso contínuo para a população idosa na Atenção Primária à Saúde.
- Elaborar e implantar as normas para aquisição de medicamentos para tratamento de portadores de Demência por Doença de Alzheimer, pelo SUS.
- Adequar os fluxos para dispensação de medicamentos excepcionais à população idosa.
- Direcionar medidas coletivas e individuais abordando vários aspectos referentes ao acesso aos serviços de saúde e informações de âmbito educativo visando o envelhecimento ativo e bem-sucedido.

II. A AVALIAÇÃO DE RISCO



A velhice deve ser encarada como uma fase natural de desenvolvimento humano e não uma doença ou um castigo. A avaliação do idoso tem por objetivo básico melhorar a qualidade de vida e não apenas acrescentar anos a sua vida.

A atenção à pessoa idosa deve basear-se na melhoria da qualidade da assistência e no aumento de sua resolutividade com envolvimento de todos os profissionais da rede. Deve estar baseada na realidade assistencial caracterizada por carência de médicos especialistas em idosos, ou seja, o profissional a ser utilizado prioritariamente não deverá ser o geriatra.

A assistência deverá ser exercida pelo médico clínico e equipe, tendo como objetivo a avaliação funcional visando à independência e a autonomia, reservando apenas para casos bem definidos e criteriosamente selecionados o atendimento do geriatra e da equipe especializada através do referenciamento para os Núcleos ou Centros de Referência de acordo com critérios estabelecidos nesta Linha-guia.

2.1 SITUAÇÕES DE RISCO/ IDOSO FRÁGIL

A identificação do risco na população idosa pode ser detectada através da avaliação da presença de um perfil de fragilização, que também reduz progressivamente, a capacidade funcional levando à maior demanda por serviços de saúde, em todos os níveis.

São considerados situações de risco – idosos frágeis

- Idosos com ≥ 80 anos
- Idosos com ≥ 60 anos apresentando:
 - Polipatologias (≥ 5 diagnósticos)
 - Polifarmácia (≥ 5 drogas/dia)
 - Imobilidade parcial ou total
 - Incontinência urinária ou fecal
 - Instabilidade postural (quedas de repetição)
 - Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium)
 - Idosos com história de internações freqüentes e/ou pós alta hospitalar
 - Idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária básica (ABVDs)
 - Insuficiência familiar: Idosos em situação de vulnerabilidade social, tanto nas famílias, como institucionalizados (ILPI)

Hierarquização dos fatores de risco

Vem facilitar o atendimento por meio da identificação dos idosos que devem ser atendidos prioritariamente pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde, assim como o encaminhamento para os demais pontos de atenção.

- Os usuários serão submetidos a instrumentos de avaliação funcional pela equipe e posteriormente serão examinados pelo médico que interpretará os testes realizados e procederá as avaliações e os encaminhamentos.
- Os usuários serão submetidos à avaliação pelo médico que atende o idoso, escuta a demanda, analisa sua necessidade de atenção e faz a identificação do risco priorizando as ações e/ou atividades.
 - **Risco 0 – Habitual**
 - **Risco 2 – Alto**
- Idosos de **risco habitual** serão cadastrados e convidados a retornar ao serviço dentro de três meses para nova avaliação, já que no momento não apresentam um perfil de risco que justifique uma ação imediata. Serão realizados o agendamento de consultas de rotina (médicas, enfermagem, odontológica e outros) grupos educativos, visitas domiciliares, reabilitação e o monitoramento.
- Idosos identificados como de **risco alto**, obedecerão ao estabelecido no fluxograma desta Linha-guia com atendimento imediato e ágil, orientando os encaminhamentos ou outros procedimentos .

2.2 IDENTIFICAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DEMANDA

Aspectos gerais de saúde

Aplicar Protocolo de Avaliação multidisciplinar (Prontuário do Idoso) e Plano de Cuidados: Ver Prontuário da Família / Idoso.

III. AS MEDIDAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS



3.1 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A promoção da Saúde tenta resgatar um dos principais objetivos da Saúde Pública, ou da saúde coletiva, tendo como meta não apenas afastar a doença do indivíduo, mas tomar como seu objetivo fundamental a atuação sobre os determinantes das doenças.

Existe uma diferença conceitual em relação à prevenção e promoção, conceitos muitas vezes considerados sinônimos ou equivalentes.

Prevenção: provisória, tem um caráter de intervenção diante de alguns agravos que podem acometer indivíduos ou coletividades, utilizando determinadas tecnologias para evitar que tal condição mórbida diminua sua probabilidade de ocorrência, ou ocorra de forma menos grave nos indivíduos ou nas coletividades.

Promoção da Saúde: adquire um caráter permanente e visa a erradicação de ocorrência da mesma.

O termo prevenir tem a base de ação no conhecimento epidemiológico moderno e o seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. A pequena diferença entre prevenção e promoção é que vai delimitar duas características importantes.

Para que se possa desenvolver, de forma adequada, cuidados ao idoso, alguns caminhos necessitam ser considerados, tais como:

- Manutenção do bem-estar e da autonomia no ambiente domiciliar onde tais cuidados centram-se no idoso, nas suas necessidades, de sua família e de sua comunidade e não em sua doença;
- Desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar procurando partilhar responsabilidades e defendendo os direitos dos idosos/ família/ comunidade;
- Ampliação dos conhecimentos profissionais para além da área geronto-geriátrica, considerando as inter-relações, pois o idoso exige cuidado direcionado a ações complexas e interdisciplinares;
- Realização de visitas domiciliares regulares;
- Garantia de consultas, tratamentos, medicamentos, exames laboratoriais e outros de acordo com as necessidades individuais;
- Orientações que envolvam o usuário e comprometam a família;
- Garantir o atendimento nos diversos pontos de atenção.

3.2 OS USUÁRIOS COMO AGENTES PRODUTORES DE SAÚDE

O envelhecimento saudável exige a adoção de um estilo de vida que inclua alimentação equilibrada, atividade física e mental e, ainda, o convívio social.

O Idoso poderá participar como um agente produtor de saúde e de sua comunidade

integrando grupos operativos das mais diversas atividades relacionadas, principalmente, à prevenção, promoção, manutenção e ao tratamento das diferentes patologias.

A participação do idoso torna-se importante na detecção de problemas e até de acontecimentos que possam beneficiá-los e transformá-los em multiplicadores das ações de produção de saúde junto aos familiares e à comunidade.

O fenômeno do envelhecimento populacional tem impacto significativo sobre diversas dimensões do desenvolvimento e do funcionamento das sociedades bem como sobre o bem-estar relativo não só dos idosos como das populações mais jovens.

A Carta de Ottawa define essencialmente a Promoção à Saúde como um processo que consiste em: “proporcionar às pessoas os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma”.

Outra definição, aprovada pelos Ministros de Saúde dos países membros da Organização Mundial da Saúde e da Organização Panamericana da Saúde, em 1990, portanto quatro anos depois, estabelece: “A Promoção da Saúde é concebida, cada vez mais, como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e outros setores sociais e produtivos, voltados para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva”.

O documento afirma claramente que a promoção da saúde “transcende a idéia de formas de vida saudáveis” para incluir “as condições e requisitos para a saúde, assim definidos: a paz, moradia, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”. Esse amplo quadro de reorientação sublinha o componente da ação comunitária pelos cidadãos. O eixo do processo gira em torno de três postulados:

- Ação intersetorial, para o alcance de políticas públicas saudáveis além das políticas de saúde pública (setoriais).
- Afirmação da função ativa da população no uso de seus conhecimentos sobre saúde para eleger práticas saudáveis (basicamente práticas de autocuidado) e obter maior controle sobre sua própria saúde e sobre o seu ambiente.
- Ação comunitária pelos cidadãos, no nível local. O fortalecimento da participação popular e a direção dos temas relacionados com a própria saúde é a essência do paradigma da promoção da saúde.

O enfoque da Promoção da Saúde possibilita identificar seis princípios relativos à saúde dos idosos:

- A velhice não é doença, mas sim uma etapa evolutiva da vida;
- A maioria das pessoas de 60 anos e mais estão em boas condições físicas e sua saúde é boa, mas ao envelhecer perdem a capacidade de recuperar-se das doenças rapidamente e de forma completa tornando-se mais debilitados e propensos a necessitar de ajuda para seu cuidado pessoal.

- Pode-se fortalecer a capacidade funcional na velhice mediante capacitação e estímulos ou prevenindo agravos à saúde;
- Do ponto de vista social e psicológico, as pessoas idosas são mais heterogêneas que os jovens;
- A Prevenção à Saúde na velhice deve ter seu foco no bom funcionamento físico, mental e social assim como na prevenção das enfermidades e incapacidades;
- Muitas das medidas que afetam a saúde das pessoas idosas transcendem o setor saúde. Entretanto, os profissionais do setor social e de saúde estão em condições de propiciar essa atenção.

Nesse contexto, a necessidade de avaliar a capacidade funcional introduziu uma nova área de estudos epidemiológicos e estimulou pesquisas utilizando escalas de avaliação da capacidade funcional para as atividades de vida diária e atividades instrumentais da vida diária. Nesses estudos, o autocuidado está incluído no domínio dessas atividades. Há interlocução entre capacidade funcional, autocuidado e autonomia.

Evidencia-se um domínio maior sobre suas questões de saúde, tais como:

- A oferta de informações sobre questões de saúde e doença, por meio de veículos populares como a televisão, revistas e outros;
- O aumento do nível de instrução e de conhecimentos da população;
- O foco, cada vez mais aceito pela população, sobre os direitos do consumidor;
- O crescente movimento de interesse por formas de auto-ajuda e auto-desenvolvimento veiculadas por meio de *pocket-books*, bibliografia de fácil leitura, geralmente apresentada na forma nominal “eu”, “você” e inúmeras outras formas de comunicação, quase sempre coloquial, tendo como objetivo mudanças no estilo de vida da pessoa;
- O julgamento cada vez mais difundido sobre a falibilidade do sistema de saúde;
- O aumento dos custos dos cuidados médicos;
- As críticas ao sistema de cuidado centrado no hospital.

Não resta dúvida que se considera o autocuidado um comportamento autônomo mesmo na presença de algum grau de dependência. Sua adoção como estratégia de cuidado na velhice harmoniza-se com as atividades propostas para a efetivação da promoção da saúde em termos de desenvolvimento de atitudes pessoais e da aquisição de habilidades e conhecimentos que permitam adotar condutas favoráveis à saúde. Deve-se reconhecer que a maioria dos idosos vivendo em comunidade, não só têm a capacidade física e cognitiva para aprender formas de autocuidado e praticá-las, mas também são capazes de transmiti-las a outrem. Entretanto, os profissionais de saúde e mesmo os idosos questionam algumas vezes

essa competência devido a concepções equivocadas e estereótipos que relacionam velhice com incapacidade e perda de interesse pela vida. O que faz de um idoso um paciente “não é a identificação de necessidades terapêuticas, mas sim a presença de incapacidades que impedem ações independentes para satisfazer essas demandas”. Por outro lado, subtraímos das pessoas idosas a capacidade de autocuidado, em nome da eficiência e proteção. Em favor da importância do autocuidado para os idosos, enquanto o número de doenças tende a aumentar com o envelhecimento, a correlação da capacidade funcional com a idade não é considerada tão importante. Muitos idosos permanecem em seus lares e mantêm sua capacidade funcional para o autocuidado mesmo com idade muito avançada. (WHO, 1980). Ainda que não haja dúvidas sobre a capacidade de aprendizagem dos idosos, não se pode ignorar o impacto que o envelhecimento produz sobre os órgãos dos sentidos, o sistema nervoso e algumas funções cognitivas como a memória, entre outras, e que podem interferir ou constituir-se em barreira para a aprendizagem. Os profissionais de saúde poderão identificar essas dificuldades e estabelecer estratégias de ensino alternativas para cada caso.

Há discussões quanto a influência da idade no autocuidado, já que exerce uma pequena influência direta e um grande efeito indireto na percepção da gravidade de episódios de doenças. Fatores que não sofrem influência da idade por si só, mas que emergem da estrutura social, cultural ou de vida pessoal moldam o autocuidado através da experiência de adoecer e conclui-se que não é a idade, mas os valores adquiridos ao longo da vida e a própria história de vida que influenciam nas decisões das pessoas no que diz respeito ao seu próprio cuidado.

O fato de necessitar de ajuda para as atividades de vida diária não está associado obrigatoriamente à falta de engajamento do idoso no autocuidado. Como já foi dito, não se pode ignorar o impacto que o envelhecimento produz sobre os órgãos dos sentidos, o sistema nervoso e algumas funções cognitivas que podem interferir ou constituir-se em obstáculo para o autocuidado. O que há comumente é uma forte associação entre a quantidade e o tipo de incapacidade e o autocuidado praticado. Dificuldades para mobilidade e para as atividades de vida diária podem ser barreiras para o autocuidado, mas podem ser minimizadas pelo uso de equipamentos, tais como bengala, andador, calçadeiras, adaptações no ambiente e mudanças de comportamento.

O autocuidado é uma expressão do saber acumulado pela pessoa ao longo da vida e também um instrumento de adaptação às limitações e às perdas na velhice. O conhecimento da história de vida do idoso, sua posição no seu meio social e na família e o significado que ele dá à sua existência são, ao lado da avaliação da sua capacidade funcional, formas de presumir seu potencial para um determinado grau de autonomia e participação na sociedade.

3.3 A SAÚDE NUTRICIONAL

Os distúrbios nutricionais são comuns entre os idosos e o estado nutricional representa tanto um fator de risco como um marcador de doenças. A avaliação do estado nutricional dos idosos é fundamental na avaliação geriátrica, sendo descrita como um dos sinais vitais em geriatria.

A alimentação é uma atividade básica para a sobrevivência, sendo influenciada por inúmeros fatores: aspectos socioculturais, idade, estado físico e mental, situação econômica e estado geral de saúde.

A promoção da saúde da população pode minimizar o impacto que o envelhecimento populacional causa no sistema de saúde. A identificação precoce de indivíduos em risco nutricional para doenças crônicas e o estabelecimento de programas de intervenção para a redução desse risco – prevenção primária, assim como a prevenção secundária, permite a detecção precoce e o tratamento das doenças ou condições assintomáticas.

A desnutrição calórica e protéica é mais prevalente em pacientes idosos com doenças crônicas, com baixa renda e que moram sós. A forma de se alimentar, os tipos de alimentos, a reunião em torno das refeições refletem aspectos sociais e culturais importantes para a interação e convivência comunitária. Para o idoso, essa atividade assume um papel relevante, uma vez que as doenças podem influenciar e alterar sua habilidade e independência para a alimentação. À medida que o indivíduo envelhece, ocorre uma redução das necessidades de energia e ao mesmo tempo um aumento da demanda de alguns nutrientes.

O estado nutricional do idoso é o reflexo de hábitos alimentares consolidados no passado e pode ser influenciado por diversos efeitos de longo prazo. As doenças crônicas, o consumo de medicamentos que podem gerar interações indesejáveis, alterações no apetite, olfato e paladar, dificuldades na habilidade mastigatória, dentição, processo de deglutição (hipossalivação, disfagias orofaríngeas, dentre outros), autonomia para realizar as refeições diárias e mesmo a percepção sensorial podem interferir no estado nutricional.

O cuidado nutricional ultrapassa as orientações restritamente relacionadas à alimentação, exigindo muita atenção no ambiente em que o idoso está inserido. O aumento da idade não altera os indicadores antropométricos nem os indicadores nutricionais bioquímicos e se conclui que o processo de envelhecimento, sozinho, não tem conseqüências importantes sobre o estado nutricional dos idosos saudáveis.

Prothro, compilou dados sobre alterações fisiológicas na composição corporal ocorridas durante o processo de envelhecimento. Os dados obtidos indicam que durante um período de 50 anos (dos 20 aos 70 anos), ocorre uma diminuição significativa da massa muscular seguida de um aumento gradativo no percentual de gordura corporal. Os homens perdem aproximadamente 11 kg de massa muscular e as mulheres, aproximadamente 4kg. O declínio observado na massa muscular dos idosos pode ser parcialmente atribuído

à diminuição da atividade física, à alimentação inadequada, à diminuição no conteúdo de água corporal e à perda generalizada de massa celular. Ao longo do processo de envelhecimento, o tamanho dos músculos pode reduzir em até 40%; os rins 9%, o fígado 18% e os pulmões 11%. Essas alterações têm efeitos sobre o metabolismo de nutrientes e aumentam o risco de morbidade e mortalidade. Durante a desnutrição, as mudanças na composição corporal dos idosos são mais intensas, podendo provocar uma diminuição acentuada na capacidade metabólica do organismo.

A avaliação clínica do estado nutricional é o primeiro passo do processo de intervenção nutricional e pretende, mediante técnicas simples, obter uma aproximação da composição corporal de um indivíduo, permitindo a identificação de problemas e estratégias para sua solução. Importante informação pode ser obtida conhecendo a dieta habitual, história clínica, dados antropométricos, dados bioquímicos, informações psicossociais, exame clínico, uso de medicamentos, estado mental/cognitivo, estado funcional e saúde oral. Dessa forma, uma avaliação do estado nutricional completo deve incluir antropometria, avaliação de padrões alimentares e a ingestão de energia e nutrientes, complementados com alguns parâmetros bioquímicos e indicadores de independência funcional e atividade física.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Aplicar Protocolo de Avaliação Nutricional descrita no Prontuário do Idoso.

Metodologia:

- Deverá ser aplicada a Avaliação Nutricional descrita no Prontuário do Idoso e registrada a pontuação de cada item.

Score:

- **Subtotal:** máximo de 14 pontos
12 pontos ou mais: normal; desnecessário continuar a avaliação.
11 pontos ou menos: possibilidade de desnutrição; continuar a avaliação.
- **Total:** máximo de 30 pontos
≥ 24 pontos: Bom estado de nutrição
17 a 23,5 pontos: Risco de desnutrição
< 17 pontos: Desnutrido

Observação:

- Verificar fatores dificultadores: Avaliação global: vive em sua própria casa ou instituição, uso de medicamentos, lesões de pele ou úlceras de pressão, número de refeições, tipo, ingestão de líquidos, autonomia para alimentação, problemas nutricionais e de saúde, circunferências do braço e da panturrilha,
- Fazer o recordatório alimentar.

Sinais e sintomas relacionados a deficiências nutricionais específicas

DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS ESPECÍFICAS (NUTRIENTES)	SINAIS E SINTOMAS
Calorias	Perda de peso, perda de gordura subcutânea, perda muscular.
Proteínas	Perda muscular, edema, pele seca, alopecia, despigmentação.
Ácidos graxos essenciais	Descamação, eczema cutâneo, hepatomegalia.
Cálcio	Tetania, convulsões, retardo do crescimento, cifose, osteopenia.
Fósforo	Fraqueza.
Potássio	Fraqueza, arritmia.
Magnésio	Fraqueza, tremor, tetania, arritmia.
Ferro	Palidez, anemia, fraqueza, dispnéia, atrofia da língua.
Zinco	Hipogeusia, acrodermatite, retardo na cicatrização.
Cobre	Supressão da medula óssea.
Cromo	Intolerância à glicose.
Vitamina B1(Tiamina)	Fadiga, apatia, anorexia, irritabilidade, depressão, anormalidades no ECG, parestesia, insuficiência cardíaca.
Vitamina B12(Riboflavina)	Estomatite angular, queilose, glossite, dermatose, vascularização córnea (eritema e edema na córnea).
Niacina	Pelagra, glossite, dermatose, demência, diarreia.
Vitamina B6 (Piridoxina)	Dermatite seborréica, atrofia da língua, perda de peso, fraqueza muscular, irritabilidade, depressão, neuropatia periférica.
Vitamina B12	Fraqueza, parestesia, apatia, alteração cognitiva, língua atrófica, anemia.
Ácido fólico	Macrocitose, anemia magaloblástica, glossite, depressão.

Fatores comuns que causam desnutrição no idoso

<p>Psicológicos e Sociais</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolamento social ▪ Depressão ▪ Falta de transporte ▪ Alcoolismo ▪ Baixo nível educacional ▪ Negligência / maus-tratos ▪ Assistência inadequada ao comer ▪ Mau hábito alimentar ▪ Pobreza
<p>Físicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redução do gasto energético e conseqüentemente da ingestão calórica ▪ Redução do paladar e olfato; problemas dentários ▪ Imobilidade ▪ Doenças neurológicas comprometendo a mastigação e a deglutição (AVE, Parkinson) ▪ Redução da memória e atenção (demência, transtornos psiquiátricos) ▪ Doenças crônicas (DPOC, ICC) ▪ Gastrite atrófica ▪ Desordens da motilidade intestinal (constipação, gastroparesia) ▪ Sintomas associados à alimentação (hérnia de hiato, refluxo, intolerância à lactose, hipoxia, angina) ▪ Medicamentos (digoxina, fluoxetina, laxativo, antiácidos, diuréticos, quimioterápicos, anticonvulsivantes, antibióticos) ▪ Necessidades aumentadas (estados hipermetabólicos) ▪ Fumo
<p>Condições associadas A sobrepeso e à obesidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertensão arterial sistêmica ▪ Osteoartrose ▪ Dislipidemia ▪ Úlceras de pressão ▪ Resistência insulínica e Diabetes Mellitus ▪ Câncer de útero, mama, ovário e cérvix uterino, próstata e colon ▪ Doença arterial coronariana ▪ Trombose venosa profunda ▪ Apnéia do sono ▪ Embolia pulmonar ▪ Declínio funcional ▪ Gota

Medicações mais consumidas por idosos e seus efeitos sobre a nutrição

GRUPO FARMACOLÓGICO	MEDICAMENTO	EFEITO SOBRE A NUTRIÇÃO
Cardiotônico	Digoxina	Anorexia
Anti-hipertensivos	Diurético	Desidratação e anorexia
Vitâmíνας	Vitamina K	Interação com anticoagulantes
Analgésicos/ Antiinflamatórios	Antiinflamatórios não esteróide	Anorexia
Hipnóticos e sedativos	Benzodiazepínicos/ Diazepan	Anorexia
Laxantes	Óleo mineral	Má absorção de vitaminas lipossolúveis
Antiácidos	Ranitidina	Hipocloridria

3.4 A SAÚDE BUCAL DO IDOSO

A saúde bucal é, segundo Kay e Locker (1999), “um padrão de saúde das estruturas bucais que permite ao indivíduo falar e socializar sem doença ativa, desconforto ou embaraço e que contribui para o bem-estar geral.”

A partir desse conceito ampliado de saúde, 47,8% dos idosos avaliados no levantamento epidemiológico de saúde bucal de 2003 (SB Brasil, 2003) consideravam sua capacidade mastigatória como ruim.

Doenças bucais, embora geralmente não sejam ameaçadoras da vida ou produzam graves conseqüências, podem contribuir para uma piora do quadro de saúde de indivíduos idosos, pois problemas mastigatórios podem levar a deficiências nutricionais. A enfermidade periodontal está associada a doenças cardiovasculares, sendo que alguns estudos sugerem uma possível relação entre pneumonia aspiratória e doença periodontal.

Os aspectos psicológicos também devem ser considerados. A ausência de dor e desconforto na boca, a capacidade de alimentar e falar confortavelmente e uma boa aparência restabelecida pela reabilitação dentária contribuem para a interação social e a preservação da auto-estima (CHALMERS et al., 2001).

3.4.1 Condições bucais mais comuns no idoso

Alterações fisiológicas dos elementos dentais se processam durante o envelhecimento, por exemplo:

Desvio mesial dos dentes provocado pela força de oclusão. Os dentes se tornam mais escurecidos, com tonalidade amarelada, castanha ou cinza. Ocorre desgaste no esmalte devido ao atrito provocado pela mastigação ou por hábitos viciosos como o bruxismo, assim, a superfície dentária se torna lisa e polida, devido ao atrito de alimentos e da escovação ao longo da vida (PINTO, 1982).

O esmalte dentário apresenta-se mais maturado em decorrência da maior deposição de fluoretos em sua superfície, conseqüentemente mais resistente ao ataque de ácidos e ao processo de cárie, reduzindo a eficiência do ácido fosfórico na sua desmineralização, quando sistemas adesivos estão sendo utilizados (WERNER, 1998).

Os canalículos dentinários sofrem alterações com a idade, pois há, também, uma calcificação progressiva na dentina periférica, na junção amelo-dentinária e dentinacimento, progredindo em direção à polpa e aos espaços interglobulares. Há uma redução na permeabilidade dos canalículos dentinários, o que ocasiona o aumento do limiar de sensibilidade à dor, devido ao menor fluxo em seu interior (COMARK, 1999).

A polpa dentária apresenta-se reduzida, fibrótica e com diminuição de sua celularidade. Paralelamente, ocorre redução do número e da qualidade dos vasos sanguíneos e da atividade vascular, tornando-a mais susceptível ao dano irreversível, o que limita o sucesso de tratamentos conservadores. Pode ainda ocorrer calcificação, decorrente de processos cariosos ou traumáticos. Há também redução no número de fibras nervosas o que acarreta um alto limiar de reação à dor. Essa redução faz com que haja respostas alteradas a estímulos do ambiente e a testes de sensibilidade (FRARE et al., 1997; WERNER, 1998).

A diminuição da vascularidade leva à menor capacidade de reparação e proliferação tecidual, tendo como conseqüência predisposição à gengivite e a periodontite (BERG, 1998).

A capa queratinizada da gengiva torna-se fina ou ausente (tendo uma aparência de cera), e ocorrem com freqüência feridas e enfermidades gengivais. Em lugar de uma gengiva pontilhada com aspecto de casca de laranja, encontra-se uma gengiva com aspecto liso e brilhante, com perda de seu contorno (BIRMAM et al., 1991).

A redução do fluxo salivar em pessoas de idade avançada é resultado de alterações regressivas nas glândulas salivares, especialmente a atrofia das células que cobrem os ductos intermediários. A função reduzida das glândulas também provoca alteração na qualidade da saliva (BIRMAM et al., 1991).

A xerostomia (sensação boca seca) pode estar associada a doenças sistêmicas e/ou ao efeito colateral de alguns medicamentos (80% dos pacientes idosos fazem uso de alguma medicação e 90% destes fármacos podem produzir xerostomia). Os sinais e sintomas da xerostomia incluem queimação dos tecidos bucais, alterações na superfície lingual, disfagia, queilite angular, alterações do paladar, dificuldade de falar e desenvolvimento enfermidade periodontal e lesões de cárie (CARRANZA, 1997).

Segundo Boraks (1998), com a diminuição do volume salivar há uma alteração no equilíbrio bacteriano da cavidade bucal devido ao aumento da quantidade de *Streptococcus mutans* e *Lactobacilos*.

Durante o envelhecimento, a mucosa bucal sofre mudanças de sua estrutura. Essas alterações correspondem à atrofia epitelial, perda de elasticidade e diminuição da espessura tanto da lâmina própria do epitélio de revestimento como da camada de queratina, o que torna a mucosa da cavidade bucal dos idosos mais susceptíveis a lesões (SHAY, 1997).

3.4.2 Fatores que predis põem os idosos a doenças bucais

- 1) Dificuldade de higiene bucal e das próteses devido a declínio na saúde geral, distúrbios cognitivos, dificuldades motoras e diminuição da acuidade visual (MELLO, 2001).
- 2) Efeitos colaterais de medicamentos levando à diminuição de saliva, hiperplasia gengival, reações liquenóides, discinesia tardia e problemas na fala, deglutição e paladar (HANDELMAN et al., 1989).
- 3) Efeitos colaterais da terapia de doenças sistêmicas como: radioterapia, terapia com oxigênio e aspiradores bucais que promovem o ressecamento, a redução ou a falta de produção de saliva.
- 4) Alterações sistêmicas que reduzem o fluxo salivar como: Síndrome de Sjogren's, artrite reumatóide, sarcoidose, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), menopausa, bulimia, anorexia nervosa, desidratação, diabetes, doença de Alzheimer's, depressão (NAUNFTOTE et al., 2005).
- 5) Comportamento e atitude: indivíduos que tiveram experiências anteriores de doenças bucais e não conseguem realizar a higiene bucal adequadamente, hábitos dietéticos cariogênicos e a não realização de visitas regulares aos dentistas por longos períodos de tempo (CHALMERS, 2002).

3.4.3 A cárie no paciente idoso

A cárie dentária é uma doença multifatorial caracterizada por perda de mineral, que ocorre devido a um desequilíbrio prolongado entre a superfície dentária e o fluido da placa, resultante da metabolização de carboidratos fermentáveis pelos microrganismos (MAGALHÃES et al., 2004).

A cárie radicular é mais comum em idosos e caracteriza-se por uma lesão progressiva, de consistência amolecida, que envolve a participação da placa dental com conseqüente invasão bacteriana (UZEDA, 2002). Os estudos têm mostrado que *Streptococos mutans* podem ser isolados com mais freqüência e em altos números de várias lesões, embora algumas lesões avançadas geralmente produzam uma microbiota mais diversa, incluindo espécies acidogênicas e proteolíticas trabalhando em conjunto (MARSH e NYVARD, 2005).

A lesão de cárie radicular usualmente se inicia na junção cimento-esmalte ou ligeiramente abaixo dela. Em seu estágio inicial, consiste em um ou mais pontos ligeiramente amolecidos, de coloração alterada, formas arredondadas e rasas. As lesões tendem a se estender lateralmente, ao longo da junção cimento-esmalte, e a coalescer com lesões vizinhas de menor tamanho, podendo circundar o dente. Em sua forma avançada, caracteriza-se por extensas áreas amolecidas, em geral, de coloração marrom-escura ou

preta, envolvendo quase toda a superfície radicular exposta. Uma lesão raramente se estende no sentido apical, à medida que a gengiva sofre recessão, mas, ao contrário, novas lesões se iniciam no nível da margem gengival (MAGALHÃES et al., 2004).

Na determinação do diagnóstico diferencial entre lesões ativas e paralisadas deve-se considerar sua coloração, localização, consistência à sondagem e presença de placa:

- Lesões ativas em seu estágio inicial são amolecidas, cobertas por placa bacteriana de espessura variada, de coloração amarela ou marrom-clara;
- Lesões ativas de progressão lenta apresentam consistência coriácea, coloração mais escura, marrom ou preta, podendo ser cavitadas ou não;
- Lesões paralisadas apresentam coloração marrom escura ou preta, consistência endurecida, superfície brilhante, polida, livre de placa bacteriana e, quando cavitadas, suas margens são bem definidas;
- Lesões mais próximas da margem gengival demonstram maior atividade que as mais distantes, devido à maior espessura da placa imediatamente adjacente a essa região..
- Nas faces proximais, lesões radiculares demonstram maior atividade que as faces vestibulares ou linguais, sendo o exame radiográfico importante auxiliar na detecção e na determinação do seu estágio de desenvolvimento (MAGALHÃES et al., 2004).

As lesões de cárie radicular são freqüentemente observadas na prática, exigindo do cirurgião-dentista um adequado conhecimento de seu tratamento. Estratégias de controle de lesões cariosas de raiz, tais como regimes terapêuticos voltados ao uso de antimicrobianos, uso de dentifrícios com alto teor de flúor, suplementos de flúor, uso freqüente de enxaguatórios com soluções fluoretadas, medidas de educação em saúde bucal e supervisão profissional com reavaliações freqüentes, podem ser implementadas (ANUSAVICE , 2002).

3.4.4 Enfermidade periodontal nos pacientes idosos:

O termo “enfermidade periodontal” é um termo geral utilizado para descrever um grupo de afecções das gengivas e das estruturas de suporte do dente (periodonto): raiz dentária, ligamento e tecido ósseo alveolar. Sua sintomatologia mais comum é sangramento gengival e mobilidade dentária. É considerada a segunda causa de perda dental. A periodontite aguda não é comum nos idosos. Entretanto, sua agudização pode ocorrer devido à presença de várias enfermidades sistêmicas presentes nesta faixa etária. A enfermidade periodontal, em razão da proliferação bacteriana que propicia a sua passagem para a corrente sanguínea (bacteremia), é reconhecida como fator contribuinte ao agravamento do quadro clínico de doenças crônico-degenerativas como a doença cardiovascular, respiratória e diabetes.

A doença periodontal não é mais considerada contínua e progressiva, mas entendida em forma de surtos de atividade e inatividade, quando nem sempre há necessidade de intervenção. Numa visão tradicional, o diagnóstico era feito a partir de sinais avançados de alterações de forma e função. Atualmente, dentro de uma visão de promoção à saúde, a doença é entendida como uma doença infecciosa, na qual as alterações de forma e função são consideradas sinais. Deve ser vista como um processo de desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação do dente, sendo importante no seu tratamento uma abordagem integral, envolvendo as ações de promoção à saúde e prevenção (para controle da atividade da doença) e de tratamento cirúrgico-restaurador e reabilitador (para tratamento de seus sinais e seqüelas).

Com a evolução do conceito do entendimento das doenças periodontais, concluiu-se que gengivite e periodontite são processos independentes, isto é, gengivite não necessariamente evolui para uma periodontite, a gengivite é o estágio inicial nessa evolução.

A gengivite é uma manifestação inflamatória na gengiva marginal desencadeada pelo acúmulo de placa bacteriana supragengival e rompimento do equilíbrio agressão/defesa. É a doença bucal de maior prevalência desde que haja acúmulo de placa sobre os dentes por um certo período de tempo. As condições inflamatórias presentes na gengivite favorecem o surgimento da placa bacteriana subgengival, mais virulenta que a supragengival, que causa a inflamação dos tecidos de suporte. A periodontite é, portanto, a inflamação dos tecidos de sustentação dos dentes, acompanhada de perda de inserção de tecido conjuntivo, conseqüente da agressão promovida pela placa bacteriana subgengival.

O desenvolvimento da periodontite ocorre por um processo agudo, que pode ficar crônico por um longo período ou apresentar melhoras. A grande maioria da população apresenta uma progressão moderada para as periodontites, com uma minoria apresentando progressão rápida.

O principal fator para prevenção da gengivite e periodontite é o controle da placa. A eliminação completa da formação da placa não é possível pelos métodos mecânicos individuais, e nem necessária, pois a saúde periodontal é compatível com baixos níveis de placa. É fundamental a atuação prioritária em usuários que apresentam maior risco em relação à doença, como diabéticos, gestantes, imunodeprimidos, usuários com história de doença passada, tabagistas e famílias sob risco social.

Atenção especial deve ser dada para o controle da doença através de ações educativas, profilaxia e raspagem, remoção de fatores retentivos de placa, adequação do meio bucal, tipo de dieta e uso do tabaco. Quando existirem fatores sistêmicos ou medicamentos que possam contribuir para as doenças bucais, deve-se entrar em contato com o médico para tentar minimizar os efeitos desses fatores na cavidade bucal.

3.4.5 Alterações na mucosa nos pacientes idosos

Achados freqüentes como hiperqueratoses e leucoplasias se manifestam constantemente na mucosa dos lábios e das bochechas de pacientes idosos (BORAKS, 1998).

A **candidíase** constitui um problema freqüente na velhice. Sua incidência é elevada devido à presença de condições debilitantes, deficiências vitamínicas, traumas e, em muitos casos, higiene diminuída.

A **estomatite** por prótese pode ser causada por *Cândida* (mais comum), infecção bacteriana, irritação mecânica ou outras reações alérgicas, provocadas por constituintes do material de base da prótese. Esses sintomas podem ser classificados em três tipos: áreas vermelhas discretas sob as próteses, vermelhidão generalizada em toda a área de suporte da prótese e vermelhidão associada com hiperplasia papilar. A resposta dos tecidos a uma injúria por prótese pode tanto tomar a forma de uma resposta tecidual ulcerosa ou hipertrófica. Quando essa injúria é grave o suficiente para destruir a integridade da mucosa, a ulceração ocorre (FRARE et al., 1997).

Na língua, a região de maior freqüência de alterações é a dorsal, onde se observam **atrofia das papilas linguais**, bem como o **aspecto fissurado** da superfície e depósitos que configuram língua saburrosa. As **varicosidades** são encontradas na porção ventral e estão relacionadas com a diminuição da espessura da mucosa. A língua é o local de maior incidência do câncer bucal, e, portanto, medidas de prevenção são importantes (HANCKE, 1982).

A atrofia de dois terços das papilas e fissuração da língua, particularmente após os 60 anos, associados ao desenvolvimento de varicosidades nodulares na sua superfície ventral, provocam diminuição do paladar, principalmente, devido à diminuição das terminações nervosas (LORANDI, 1990).

A má higiene bucal pode determinar considerável diminuição da percepção gustativa pela simples presença física de matéria alba, fragmentos e restos de alimentos sobre os corpúsculos gustativos, dificultando, assim, a estimulação dos quimiorreceptores bucais. As **alterações gustativas** podem também ser causadas por efeitos colaterais temporários pelo uso de medicamentos. Devido a esses fatores, muitas vezes, o idoso sente necessidade de aumentar o sal e o açúcar dos alimentos predispondo ao desenvolvimento de doenças sistêmicas e bucais.

A queilite angular se manifesta como uma “prega” junto das comissuras labiais que se mantém constantemente umedecida por saliva. Pode ter como causas a perda da dimensão vertical de oclusão, deficiência de vitaminas B, doença de Parkinson, desidratação, ressecamento da mucosa labial e de rachaduras. O sintoma clínico é a ardência nos cantos da comissura labial, muitas vezes com presença de sangramento a um esforço maior na abertura de boca. A coloração branca é devido à presença de *Candida albicans* (ELIAS, 1999).

O aumento na incidência de câncer com a idade, a tendência de muitos idosos, especialmente os edentados, de não realizarem visitas regulares aos dentistas e a importância do diagnóstico precoce dessa patologia, aumentam a responsabilidade profissional na prevenção dessa doença na cavidade bucal.

A prevenção do **câncer bucal** deve estar voltada para o uso do tabaco e do álcool, orientação para hábitos dietéticos saudáveis, realização de um controle odontológico regular para a redução de irritações e injúrias mecânicas nas mucosas.

No exame da mucosa, a atenção deve ser dada para edemas, nódulos ou crescimentos; áreas brancas e escamosas; dor de garganta persistente; dor ou dormência persistente e sangramento contínuo. Pacientes expostos à luz solar por longos períodos devem estar protegidos com protetores labiais e faciais. Lesões suspeitas que não regridem após a remoção dos fatores que a causaram devem ser biopsiadas.

3.4.6 Tratamento das principais doenças bucais

3.4.6.1 Tratamento das lesões cariosas

A restauração dos dentes comprometidos por lesões de cárie poderá ser realizada por restaurações plásticas (amálgama, resina ou cimento ionômero de vidro), metálicas, metalocerâmicas ou com resina modificada. Os dentes perdidos poderão ser repostos com pontes fixas, próteses parciais removíveis ou próteses totais. A indicação do material restaurador ou do tipo de prótese para a reposição dentária deverá levar em conta a habilidade do paciente para realizar a higiene bucal adequadamente (ou se existe alguém que possa realizar a higiene para ele), a condição sistêmica e cognitiva e a necessidade mastigatória.

3.4.6.2 Tratamento da doença periodontal

A manutenção da saúde periodontal e o sucesso do tratamento dependem fundamentalmente da capacidade de controle de placa pelo binômio indivíduo/profissional.

- O tratamento irá consistir basicamente de ações ligadas a uma fase de controle da doença, e de uma fase de tratamento das manifestações clínicas.
- Sua condução irá depender principalmente do tipo de evolução da doença, da presença de fatores modificadores e da complexidade das manifestações clínicas.
- De maneira geral, o tratamento poderia ser conduzido da seguinte forma:

Periodontite crônica e periodontite relacionada a fatores sistêmicos

Fase I

- Tratamento da gengivite, comum a todos os usuários com a doença, como descrito acima realizado pelo periodontista.

Fase II

- Tratamento da periodontite, através do controle da placa subgengival.
- Enquanto o controle da placa supragengival pode ser feito pelo usuário, o controle da placa subgengival é responsabilidade do cirurgião dentista, uma vez que o usuário não consegue atingi-la com a escovação.

- Esse controle é feito através da raspagem e do alisamento subgengival, podendo ser feita a raspagem não cirúrgica em bolsas com até 6 milímetros de profundidade.
- É necessário atingir o fundo da bolsa com a raspagem, para que ocorra o sucesso da mesma, e o uso de anestesia é necessário.
- As limas periodontais – tipo Hirschfeld e tipo Dunlop – são bastante adequadas para a raspagem subgengival, enquanto as curetas Gracey realizam o alisamento radicular. Ao final do procedimento, pode-se realizar a irrigação da área com clorexidina a 2%, o que permite a obtenção de melhores resultados.
- Em caso de estar relacionada com fatores sistêmicos, deve ser avaliada a possibilidade de intervenção sobre esses fatores.

3.4.7 Manutenção periódica preventiva

- A frequência da consulta de manutenção deve ser determinada individualmente, de acordo com as diferentes variáveis relacionadas ao processo saúde/doença.
- Deve-se levar em consideração a severidade da doença, a motivação, o grau de controle de placa, fatores de risco modificadores, entre outros.
- Na rotina de manutenção é importante, que sejam avaliados: os aspectos relacionados às placas supragengival IPV (Índice de placa visível) e ISG (Índice de Sangramento Gengival) e à presença de fatores retentivos de placa e subgengival: presença de sangramento e exsudato e verificação do nível de inserção, que estarão indicando a ocorrência ou não de progressão da doença desde a última consulta odontológica.
- A partir dos dados obtidos na avaliação, serão definidos os encaminhamentos.
- Importante: sangramentos e exsudatos gengivais que de imediato não se enquadram nas condições clínicas anteriormente descritas para diagnóstico de gengivite e doença periodontal ou não respondem aos tratamentos mencionados, devem ser investigados através de exames de sangue ou encaminhamento para Estomatologia.

ANAMNESE: AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Aplicar o questionário

Nos últimos 3 meses o(a) senhor(a)		Nunca	Algumas vezes	Sempre
1	Diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?			
2	Teve problemas para mastigar os alimentos?			
3	Teve dor ou desconforto para engolir os alimentos?			
4	Mudou o jeito de falar por causa dos problemas de sua boca?			
5	Teve algum desconforto ao comer algum alimento?			
6	Evitou encontrar com outras pessoas por causa de sua boca?			
7	Sentiu-se insatisfeito(a) com a aparência de sua boca?			
8	Tomou remédio para dor ou desconforto de sua boca?			
9	Algum problema bucal o deixou preocupado(a)?			
10	Chegou a se sentir nervoso(a) por problemas na sua boca?			
11	Evitou comer com outras pessoas por problemas bucais?			
12	Teve dentes ou gengivas sensíveis a alimentos ou líquidos?			

Fonte: ATCHINSON e DOLAN, 1990

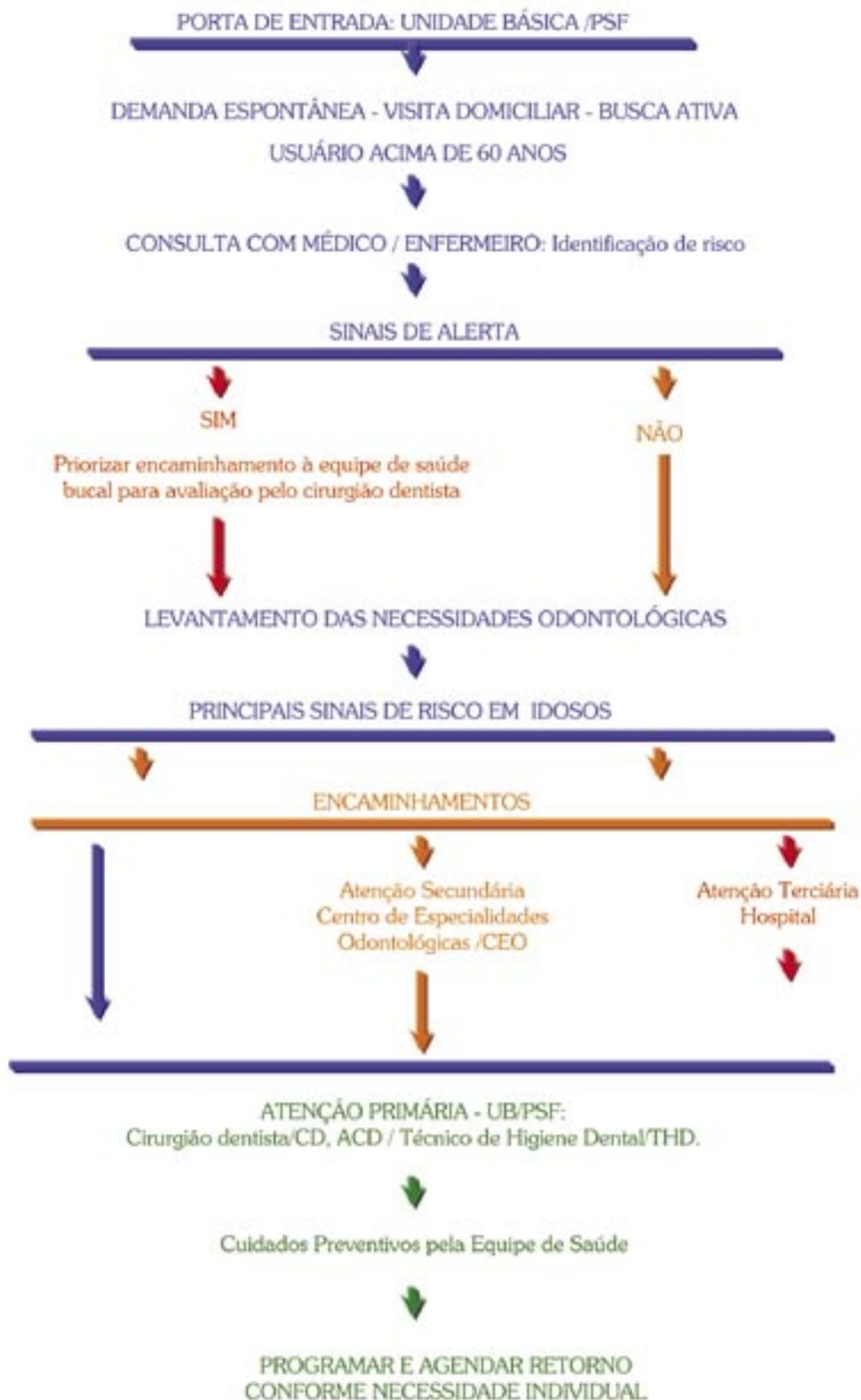
E mais:

13-Trata-se de usuário que se enquadra nos critérios de **Idoso frágil** acima descrito?

Interpretação do questionário:

SIM a qualquer dessas questões o encaminhamento deve ser imediato à equipe de saúde bucal.

FLUXOGRAMA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA AO PACIENTE IDOSO



SINAIS DE ALERTA EM SAÚDE BUCAL

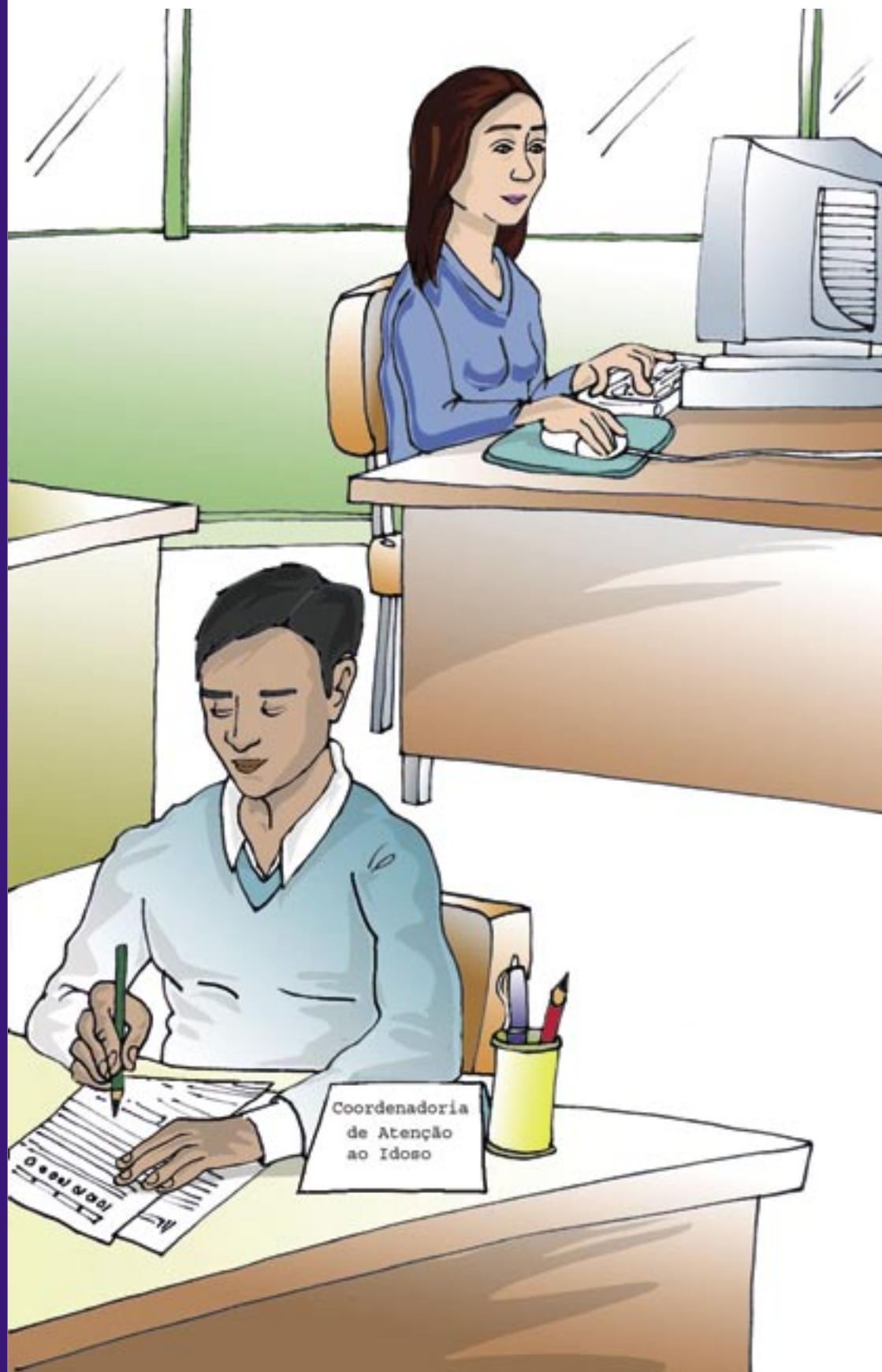
- Dor
- Hemorragia
- Abscesso, edema e outros quadros infecciosos ou inflamatórios agudos
- Traumatismo dentário, ósseo, de tecidos moles ou articulação têmporo mandibular, limitação de movimentos mandibular
- Lesão de tecidos moles
- Necessidade de intervenção estética urgente (avaliada em conjunto pelo usuário /cirurgião dentista) ou reparo da peça protética.

PRINCIPAIS SINAIS DE RISCO EM SAÚDE BUCAL DE IDOSOS

- Cavidade nos dentes
- Falta de escovação diária com escova e dentifrício fluoretado
- Sangramento, secreção, mobilidade dentária.
- Limitações estéticas, sociais ou funcionais decorrentes de problemas bucais.
- Portador de prótese removível e ausência de relato de ida ao dentista há mais de um ano.
- Idoso frágil.



IV. A COORDENADORIA DE ATENÇÃO AO IDOSO



4.1 A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO IDOSO

“A humanização das instituições de saúde passa pela humanização da sociedade como um todo”. A iniquidade, a violência, a exclusão social interferem no contexto dessas instituições.

Os ambientes são tecnicamente perfeitos, mas a pessoa vulnerável deixou de ser o centro de atenções. O desenvolvimento tecnológico com todos os benefícios trouxe o incremento da desumanização, quando reduz a pessoa a objetos despersonalizados, da própria técnica, de uma investigação fria e objetiva. A abordagem do paciente não inclui a escuta de seus temores, angústias e suas expectativas assim como informações precisas sobre os procedimentos que deverão ser realizados. A essência do ser humano e o respeito à sua individualidade e dignidade deve ser considerada direcionando-lhe o cuidado solidário da dor e do sofrimento, com competência técnica científica e humanidade.

As ações direcionadas ao idoso devem estimular a inter-relação e o convívio social, respeito à individualidade, autonomia, independência, o fortalecimento dos laços familiares, numa perspectiva de prevenção ao asilamento, melhoria da qualidade de vida, o acesso aos direitos de cidadania e a efetiva participação social do idoso, assegurando o envelhecimento ativo e saudável.

Segundo Guimarães, R. M. “... Modernamente existe uma excessiva valorização de procedimentos, principalmente diagnósticos e a utilização de tecnologia avançada como se toda a causa de sofrimento pudesse ser visualizada, medida e pesada. A bandeira da cura é o estandarte do sucesso, enquanto o cotidiano de cuidados parece ser considerado quase uma rendição à doença...” e ... “Valoriza-se, merecidamente, a atuação médica que conseguiu evitar que o paciente morra na fase aguda, mas ignora-se a necessidade de uma abordagem especializada para este mesmo paciente, dependente de cuidados contínuos, que poderá viver anos com complexos problemas físicos, psíquicos e sociais. Não se pode restringir o conceito de sucesso apenas ao adiamento da morte resultante do cuidado intensivo, mas estendê-lo também aos progressos em relação à qualidade de vida que o paciente possa vir a usufruir nos anos subseqüentes”.

A participação em programas integrados e articulados nas diversas modalidades deve ser incentivada com acessibilidade, recursos humanos e logísticos adequados, dinamizando as ações assim como programas permanentes de atividades físicas, lazer e orientações aos usuários e familiares.

4.2 O ATENDIMENTO AO IDOSO NA REDE PÚBLICA ASSISTENCIAL

O idoso requer dos profissionais de atenção primária um enfoque que englobe a prevenção e a detecção precoce dos agravos à saúde. O atendimento a essa parcela da população já existe de forma desordenada e fracionada com abordagem centrada na

doença. A proposta tem como objetivo a mudança do olhar para a busca da manutenção da capacidade funcional e a autonomia do indivíduo idoso, preferencialmente junto à família e à comunidade em que vivem.

Propõe-se uma forma de organização das ações em saúde do Idoso com a descentralização do atendimento e o fortalecimento das ações em Atenção Primária, onde se solucionam 85% dos problemas de saúde dessa população. A utilização racional da rede de serviços já existentes com a implantação da Rede de atendimento e a criação dos Núcleos Regionais em Atenção ao Idoso, localizados nas microrregiões, podendo também estar localizados em cada município e dos Centros de referências em atenção ao Idoso na macro regiões do Estado.

Os Núcleos Regionais contarão com equipe formada por médico e enfermeiro, capacitados pelo Centro de Referência, para atendimento à população idosa. A equipe poderá ser ampliada conforme demanda regional e integrará os programas implementados pelo Centro de Referência, atuando como suporte técnico para os profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde.

O usuário será inicialmente atendido pela equipe de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde / UBS que estarão capacitados para o atendimento da população de sua área de adscrição. Após o atendimento pela equipe e realização da propedêutica, o paciente poderá, segundo critérios predeterminados (falha terapêutica, complicações ou dúvida diagnóstica), ser encaminhado para avaliação pelos profissionais do Núcleo de Referência. Quando houver necessidade e seguindo os mesmos critérios, o usuário poderá ser encaminhado para atendimento pela equipe do Centro de Referência.

A avaliação multidimensional será aplicada em todos os usuários atendidos no núcleo de Referência e Centro de Referência em Atenção ao Idoso pela equipe multidisciplinar. Após o atendimento, será elaborado o Plano de Cuidados, remetido com o usuário, para a referência regional, médico assistente da equipe nas Unidades Básicas de Saúde/UBS ou Estratégia de Saúde da Família /ESF. Caberá ao médico assistente/equipe, viabilizar a implantação do Plano de Cuidados sugerido pelo Núcleo ou Centro de Referência.

4.3 O ACOLHIMENTO DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O acolhimento requer um atendimento a todos com atenção, postura eficaz, segurança e ética, reorganizando o processo de trabalho e melhorando o vínculo entre equipe e usuário.

O Idoso deverá ter um espaço onde suas dores, alegrias, aflições e todas suas queixas morais, sociais e psíquicas serão ouvidas e deverão dispor da mais completa atenção por parte dos profissionais da equipe. Todos os profissionais da unidade deverão estar integrados neste contexto, visando estabelecer um vínculo de respeito, solidariedade com segurança e responsabilidade.

4.3.1 As particularidades do acolhimento ao idoso

Considerando-se as particularidades do Idoso como conseqüência do próprio envelhecimento e seus mitos, devemos tratá-los como pessoas que necessitam da atenção individual que esta fase da vida exige.

O conceito de Leonardo Boff sobre cuidado: “Ao pensar em saúde e acolhimento o cuidado significa uma relação amorosa para com a realidade, importa um investimento de zelo, desvelo, solicitude, atenção e proteção com aquilo que tem valor e interesse para nós. De tudo que amamos, também cuidamos e vice-versa. Pelo fato de sentirmo-nos envolvidos e comprometidos com o que cuidamos, o cuidado comporta também preocupação e inquietação. O cuidado e a cura devem andar de mãos dadas, pois representam dois momentos simultâneos de um mesmo processo”.

Ao acolher o Idoso, os profissionais de saúde devem fazer uma profunda avaliação. A vida do Idoso sofre o efeito de numerosos fatores, entre eles, os preconceitos dos profissionais e dos próprios idosos em relação à velhice.

O dono da vida, o idoso, deve ter participação ativa na avaliação do que é melhor e mais significativo para ele, pois o padrão de qualidade de vida é um fenômeno altamente pessoal.

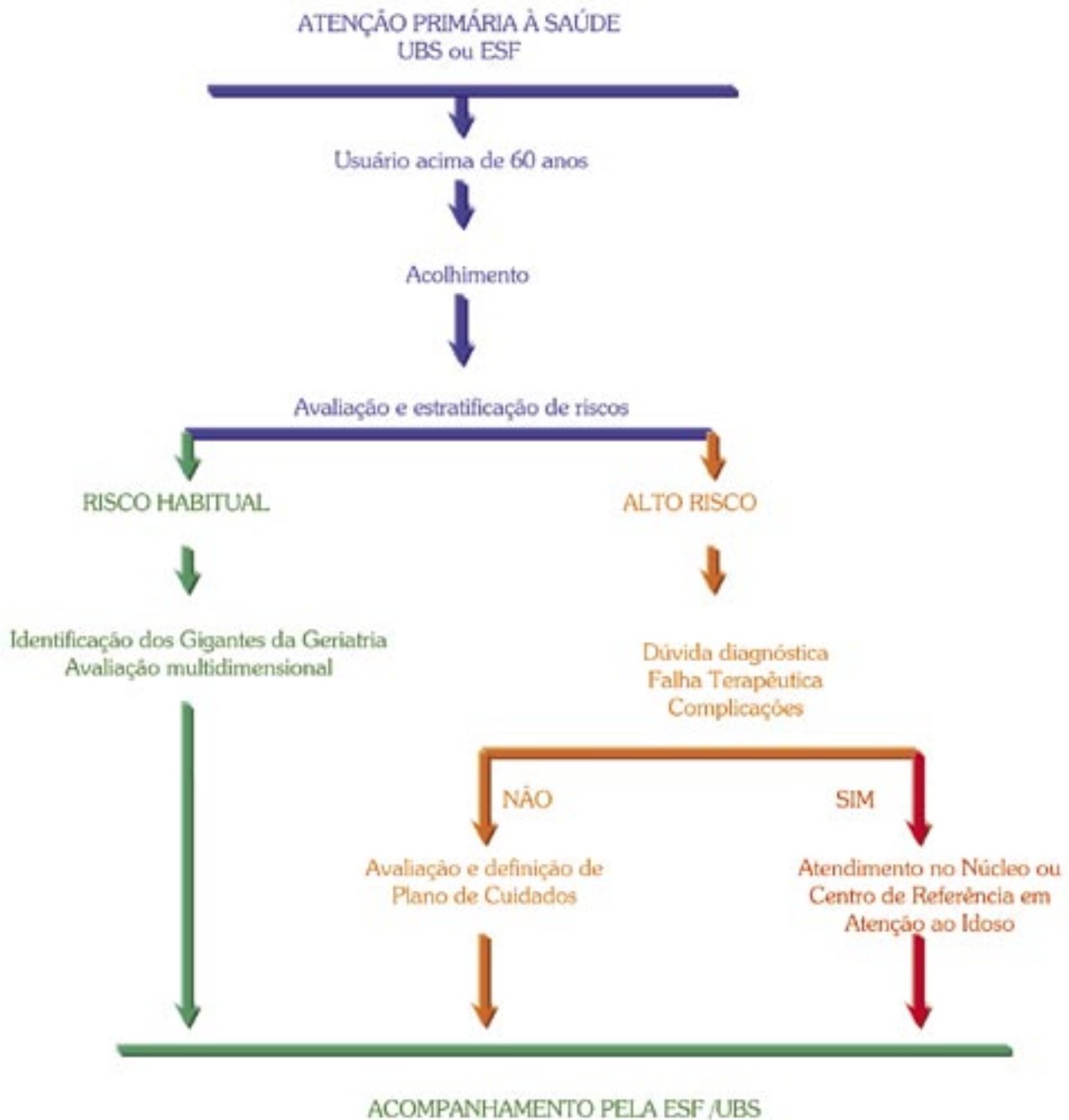
Sabemos que o consenso sobre a qualidade de vida envolve as dimensões físicas, sociais, psicológicas e espirituais. Esta é uma questão não apenas ética, mas metodológica. Outros imperativos éticos devem ser atendidos pelo profissional que cuida de idosos, entre eles o direito à autonomia e à dignidade.

Há que se enfatizar que o acolhimento deve ser um ato facilitador do acesso, que permita a continuidade do cuidado garantindo atenção integral e monitoramento além das fronteiras da atenção primária e o seu retorno à unidade de origem.

4.3.2 Os objetivos do acolhimento

- Facilitar o acesso aos serviços por meio de mecanismos ágeis e mais confortáveis de agendamento e garantir oferta adequada e suficiente em atenção primária, como porta de entrada dos demais serviços.
- Humanizar as relações entre profissionais de saúde e usuários na forma de receber este usuário e de escutar seus problemas e/ou demandas.
- Humanizar o atendimento garantindo o acesso.
- Exigir mudanças no cotidiano dos serviços de saúde.

FLUXO DE ATENDIMENTO DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



FLUXOGRAMA – ACOLHIMENTO DO IDOSO

1. O Idoso na Atenção Primária à Saúde na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde/ UBS ou Estratégia de Saúde da Família /ESF procura a unidade da sua região adscrita, através do agendamento, demanda espontânea, contato telefônico ou visita domiciliar pela equipe.
2. O acolhimento é feito através da equipe de saúde com recepção técnica, escuta qualificada e priorização das ações ou atividades.
3. O idoso é encaminhado para avaliação de risco.
4. O profissional de saúde atende o idoso individualmente ou com o acompanhante.
 - Cadastra
 - Escuta a demanda
 - Analisa sua necessidade de atenção
 - Identifica o risco

RISCO HABITUAL

- Constrói vínculo.
- Orienta e resolve situações.
- Oportuniza ações de prevenção e diagnóstico precoce.
- Informa sobre atividades da unidade.
- Realiza aferição de pressão, imunização ou outras ações, educação em saúde.
- Realiza a Avaliação multidimensional do idoso pela equipe de saúde e procede a identificação dos Gigantes da Geriatria.
- Elabora Plano de Cuidados.
- Agiliza encaminhamentos ou outros procedimentos.
- Realiza atendimento de quadros agudos (virose, pneumonia), pela equipe, seguindo o estabelecido no fluxograma desta Linha-guia e implementa o plano de cuidados.
- Realiza ações de atenção básica tais como cuidados de enfermagem, cuidados de fisioterapia e reabilitação, cuidados de terapia ocupacional, cuidados nutricionais, cuidados de promoção da saúde, cuidados com a saúde bucal, assistência farmacêutica.
- Realiza ações de promoção da saúde, autocuidado, controle social, direitos de cidadania.
- Avalia outras necessidades.
- Mantém retaguarda imediata para casos agudos: consultas médica, enfermagem, odontológica, social, psicológica e outras, agilizando e orientando os encaminhamentos ou outros procedimentos com segurança e responsabilidade.

RISCO ALTO

- Realiza consultas: médica, enfermagem, odontológica, social, psicológica e outras que se fizerem necessárias.
- Realiza a Avaliação multidimensional do idoso pela equipe de saúde e procede a identificação dos Gigantes da Geriatria.
- Elabora e implementa o Plano de Cuidados.
- Encaminha o idoso para o Núcleo de Referência para atendimento especializado por profissional capacitado, em caso de dúvida diagnóstica, falha terapêutica ou complicações.
- Caso persistam os critérios anteriormente referidos, o Idoso será encaminhado para o Centro de Referência para atendimento pela equipe multidisciplinar que fará a avaliação do paciente e elaboração do Plano de Cuidados.
- Implementa o Plano de Cuidados através do acompanhamento pela equipe responsável na UBS ou ESF na Atenção Primária à Saúde.
- Encaminhar para urgência ou outros pontos de atenção quando se fizer necessário através do acionamento de transporte sanitário.
- Retaguarda imediata para casos agudos.
- Agiliza e orienta encaminhamentos ou outros procedimentos, com segurança e responsabilidade.

4.3.3 A operacionalização do acolhimento

A captação

- A captação do Idoso pode ser feita a partir da demanda espontânea na Unidade básica de Saúde, Equipes de Saúde da Família, nas unidades de atenção ambulatorial das diversas especialidades médicas ou em qualquer serviço da rede pública ou privada que preste assistência a pacientes externos.
- A identificação do idoso de maior risco deve ser feita, preferencialmente, no guichê de entrada, previamente ao seu atendimento que poderá funcionar como estímulo a uma ordenação do serviço, visto que todos os usuários serão cadastrados na unidade com um breve perfil de risco.
- Os Agentes Comunitários de Saúde/ACS são de grande importância para a captação e identificação de Idosos de risco não só por suas atividades desenvolvidas e o contato direto com a família na prestação do atendimento domiciliar, mas também pela capacidade destes agentes de identificar o Idoso em outras estruturas sociais dentro da comunidade.

- O ACS na visita domiciliar identifica o Idoso e o encaminha à Equipe de Saúde da Família.
- Cuidado imediato deve ser prestado ao Idoso após alta Hospitalar.

O contato telefônico

- O contato telefônico é uma forma de captação bastante viável nos centros urbanos, onde se encontra a maioria da população brasileira, cujos domicílios em sua maioria têm telefone.
- A possibilidade de alta cobertura nos grandes e médios centros urbanos com maior grau de desenvolvimento torna esta forma de contato bastante atraente pela facilidade de acesso ao usuário, centralização das ações e menor deslocamento do profissional de saúde.

A avaliação

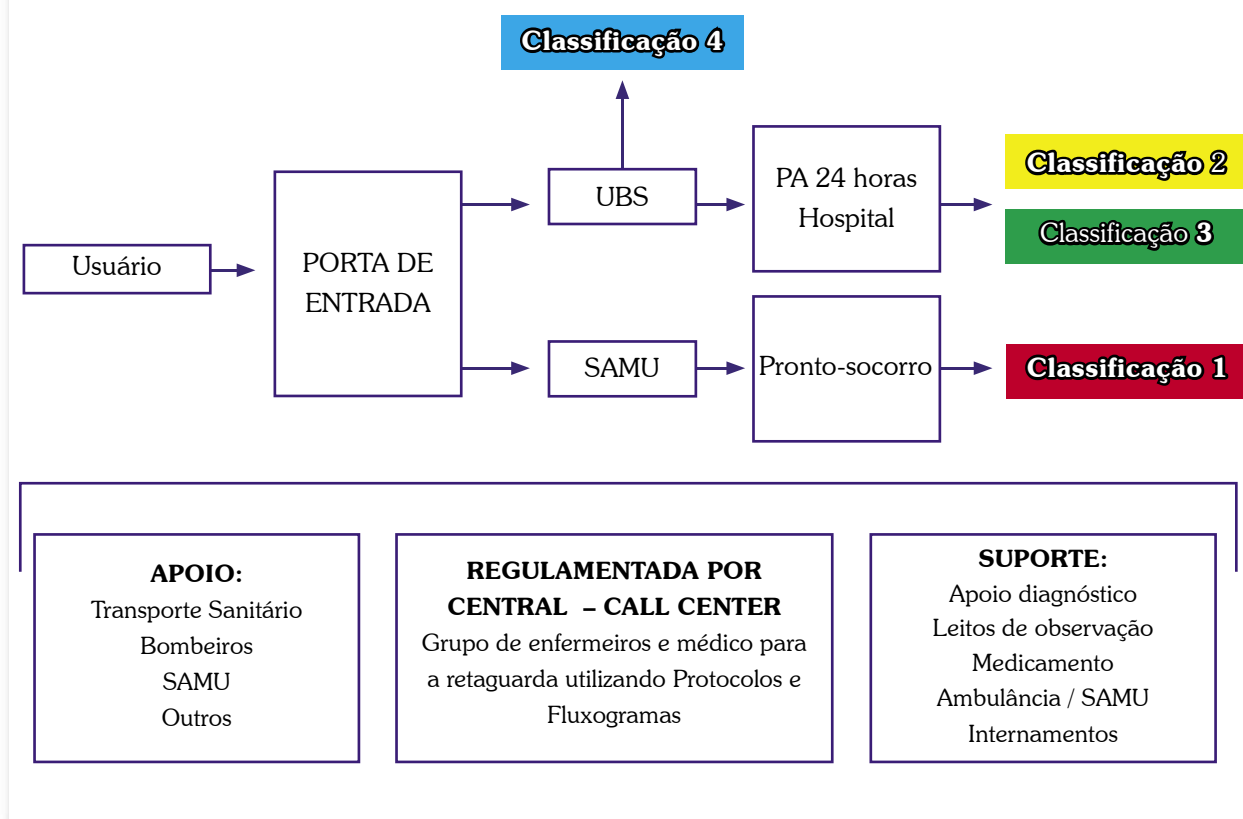
- Ao usuário captado em uma unidade ambulatorial de saúde, deve ser identificado o risco, ainda no espaço da recepção, antes de qualquer outro atendimento,
- No segundo modo, os agentes comunitários de saúde do Programa de Saúde da Família aplicam o instrumento no domicílio visitado ou em qualquer outro espaço da comunidade que possa ser utilizado pelo programa.
- No caso do contato telefônico, o instrumento proposto é aplicado por qualquer profissional de saúde da equipe desde que treinado para tal.
- Este instrumento pode ser respondido pelo próprio usuário e/ou seu cuidador e a avaliação deverá ser feita pelo profissional médico.

O cadastramento

- O Idoso deverá ser cadastrado com base territorial visando à identificação e ao encaminhamento para avaliação do profissional da equipe.
- Conforme a avaliação, após triagem breve pela Equipe de Saúde, o atendimento seguirá o fluxo da linha-guia.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Pontos de atenção em emergência clínica



Classificação do risco

1- Vermelho: Atendimento médico imediato

Paciente não será submetido à classificação de risco;

Casos de “ressuscitação” serão levados para a sala de ressuscitação após o acionamento do sinal sonoro;

Demais emergências, também casos “vermelhos”, irão para a sala de emergências sem sinal sonoro ou serão priorizados nos consultórios.

2- Amarelo: Atendimento médico priorizado

Paciente classificado como “amarelo” aguardará atendimento médico em cadeira, em local pré-determinado.

3- Verde: Atendimento médico não priorizado

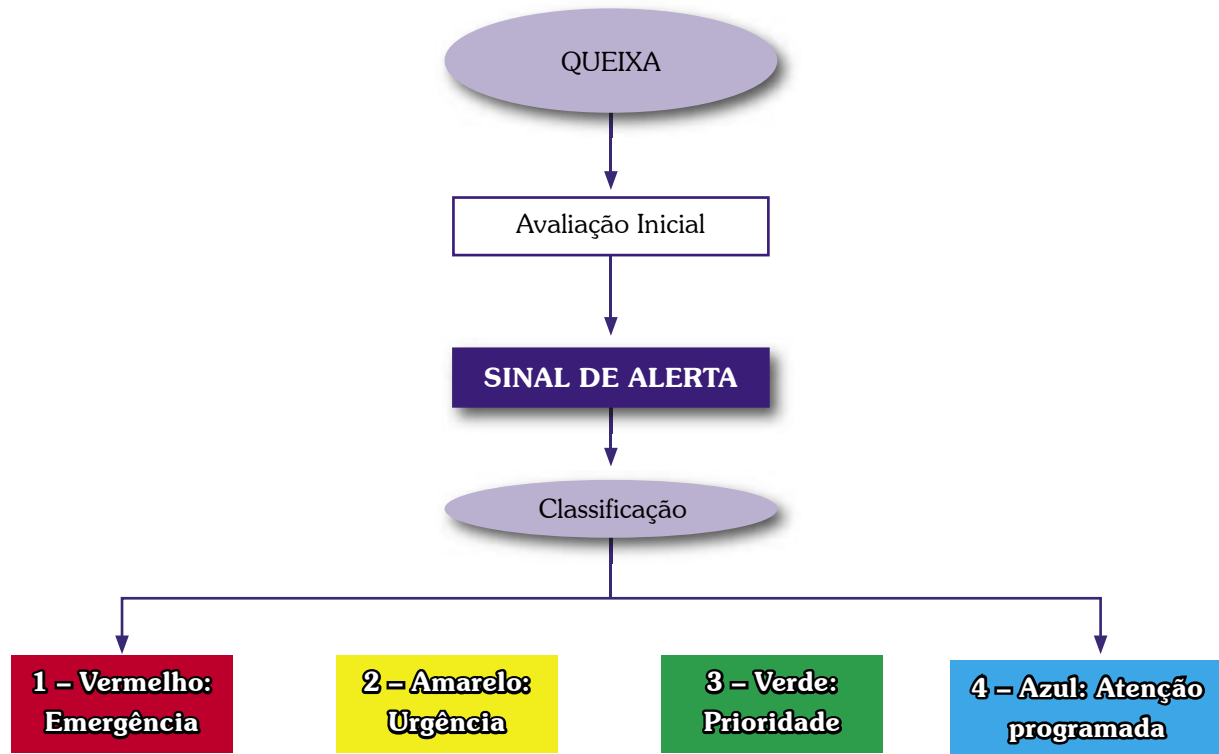
Paciente classificado como “verde” também aguardará atendimento médico em cadeira, mas será informado que o tempo para atendimento será maior, e que pacientes mais graves serão atendidos antes;

Em caso de superlotação, este paciente poderá, eventualmente, ser encaminhado para UPA (Unidade de Pronto-Atendimento) de sua referência, após contato telefônico prévio ou por documento escrito(a pactuar), com garantia de atendimento.

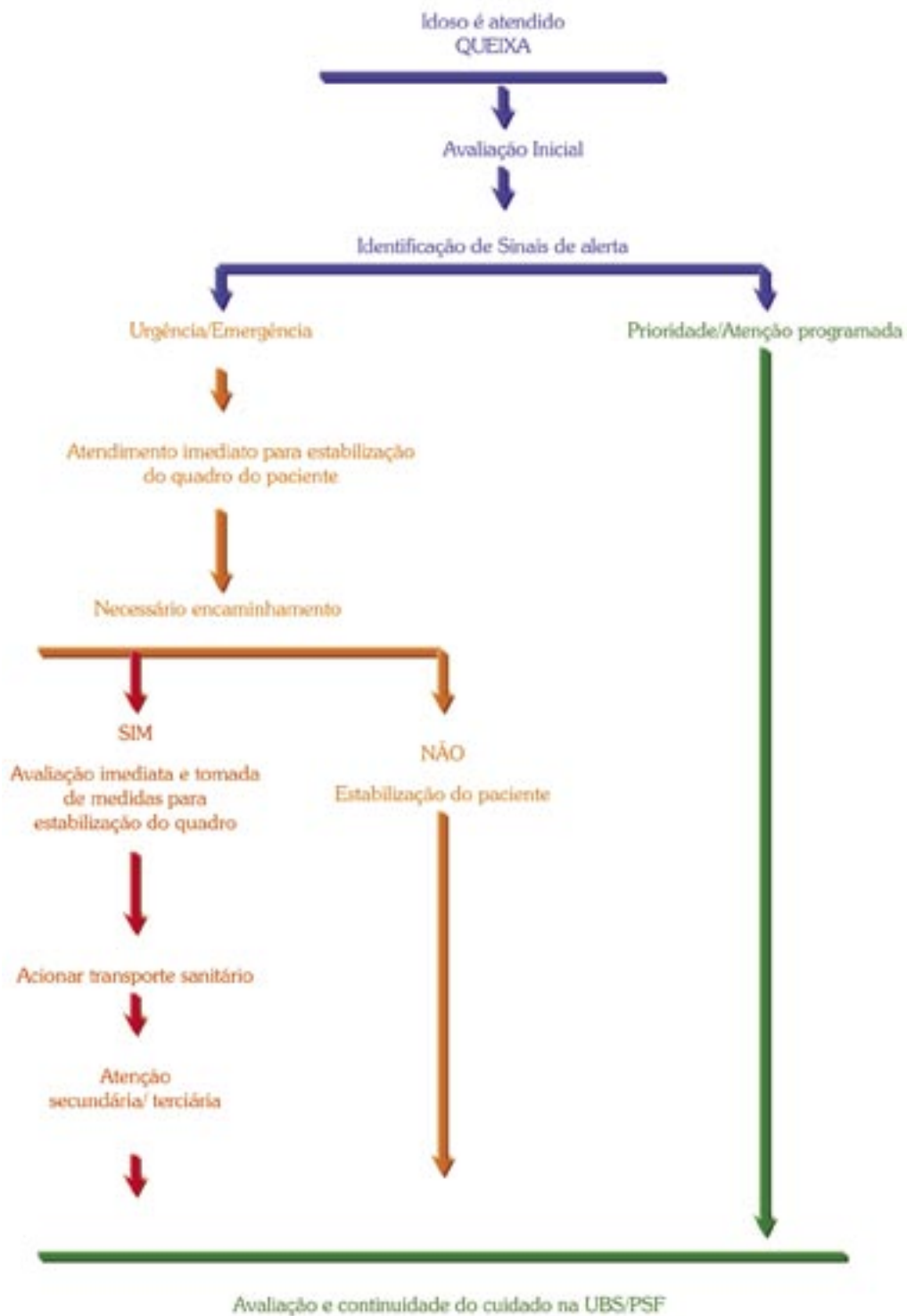
4- Azul: Atendimento após agendamento

Pacientes classificados como “azuis” serão orientados a procurar o Centro de Saúde de sua referência, com encaminhamento por escrito ou contato telefônico prévio (a pactuar) com garantia de atendimento.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA Avaliação



FLUXO DE ATENDIMENTO EM EMERGÊNCIA



4.3.4 Identificação dos casos

Será feita através do Gerenciamento da queixa com a identificação dos sinais de alerta em urgências, emergência, prioridade e atendimento programado com a classificação de risco.

É um processo dinâmico a identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato e de acordo com o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento podem sofrer mudanças nos níveis durante a espera.

A prioridade da assistência médica e de enfermagem será feita categorizando os usuários nos níveis de 1 a 4.

Nível 1 – Emergência será identificada pela cor vermelha

Nível 2 – Urgência: será identificada pela cor amarela

Nível 3 – Encaminhamentos rápidos: será identificado pela cor verde

Nível 4 – Não urgência: será identificado pela cor azul

Objetivos da identificação dos sinais de alerta

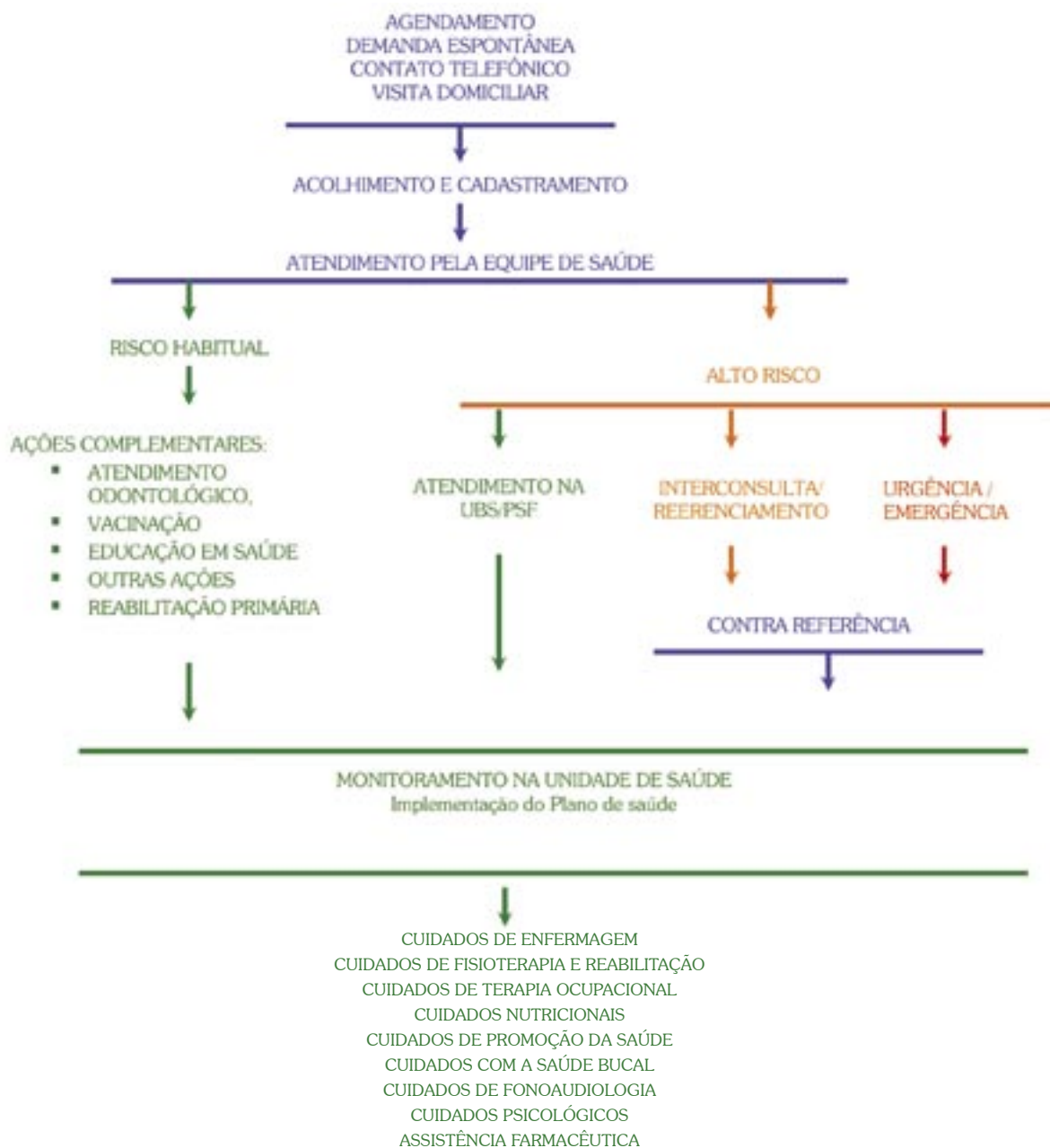
- Avaliar o usuário logo na sua chegada humanizando o atendimento.
- Descongestionar as UBS, PS, PA.
- Reduzir o tempo para atendimento, fazendo com que o usuário seja visto precocemente de acordo com sua gravidade.
- Determinar a área de atendimento primário devendo o usuário ser encaminhado ao setor ou ponto de atenção adequado.
- Informar o tempo de espera.
- Retornar informações ao usuário/familiares.

Fatores a serem considerados na estruturação do serviço

- Número de atendimentos por dia.
- Horários de pico dos atendimentos.
- Recursos humanos disponíveis.
- Qualificação das equipes de saúde – recepção, enfermagem.
- Sistema de redirecionamento de consultas ambulatoriais para outras áreas de atendimento.
- Espaços físicos e logísticos.

FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO AO IDOSO

Classificação de risco



4.4 A COMPETÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

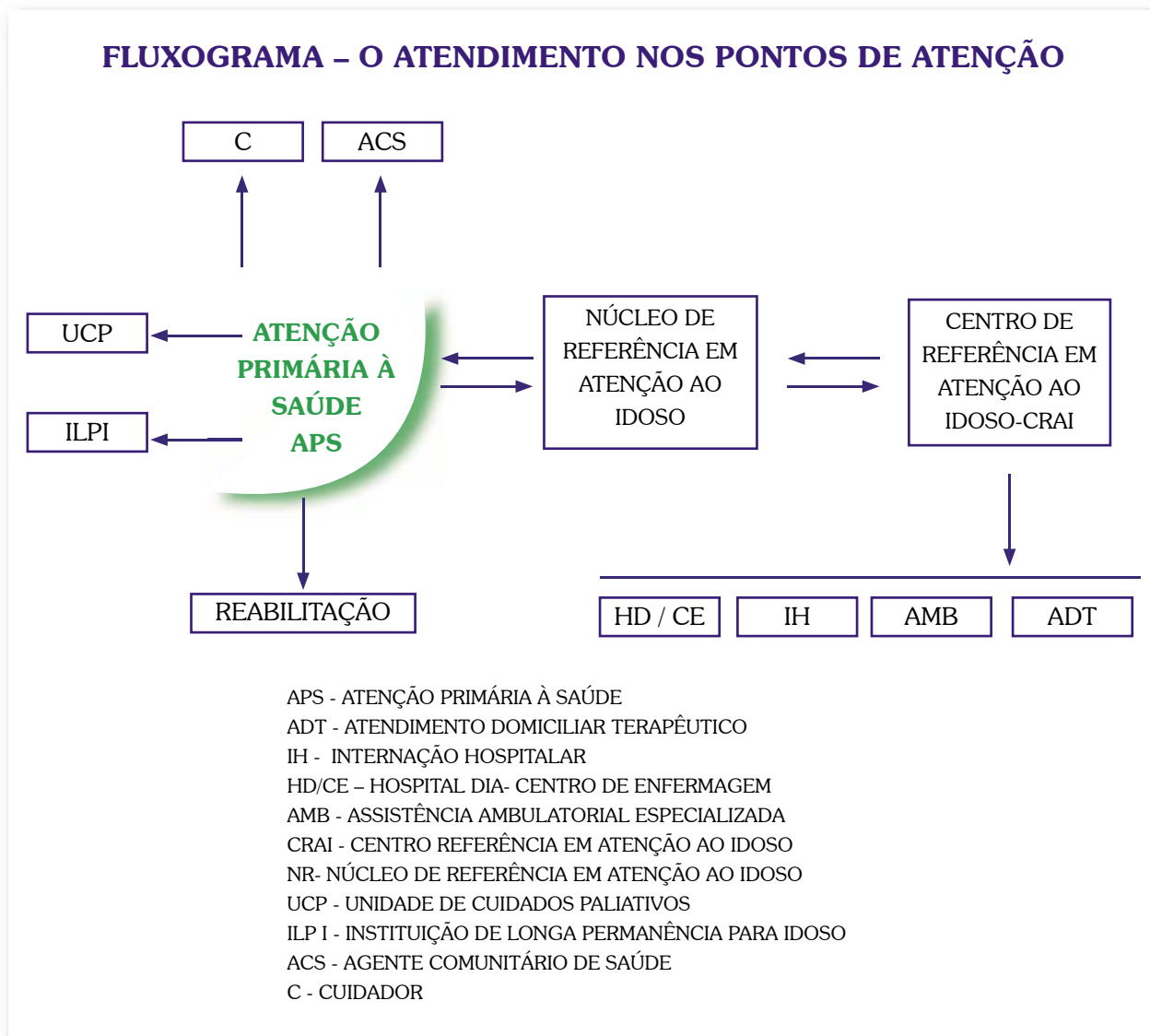
São os serviços que têm a função de porta de entrada para o atendimento. O Idoso deverá ser acolhido pela Equipe de Saúde da Família ou pela Unidade Básica de Saúde que deverá captar, acolher, desenvolver ações e fazer a avaliação global. Será estabelecido vínculo entre o serviço e o usuário para a executá-la e garantir a assistência integral e contínua ao Idoso e aos membros da família vinculados à equipe ou unidade de saúde de forma humanizada, resolutiva, com qualidade e responsabilidade.

4.4.1 Atribuição/responsabilidade dos profissionais de saúde

ATRIBUIÇÕES/RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
ATRIBUIÇÕES/RESPONSABILIDADES	PROFISSIONAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Captar o Idoso na microárea ▪ Cadastrar o idoso na equipe de Saúde da Família ou na Unidade Básica de Saúde 	Equipe de Saúde da Família/ ACS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre a existência dos serviços ▪ Orientar o Idoso sobre a importância da consulta médica para detectar, precocemente, os problemas de saúde ▪ Auxiliar a equipe multiprofissional nas visitas domiciliares ▪ Agendar ações e/ou intervenções 	Agente Comunitário de Saúde/ Equipe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar queixas ▪ Agendar consultas ▪ Cadastrar ▪ Encaminhar para os grupos operativos ▪ Encaminhar para o serviço de Saúde Bucal se necessário ▪ Orientar e encaminhar para as atividades de outros serviços da comunidade 	Auxiliar de Enfermagem/ Equipe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar consulta de enfermagem, abordando questões referentes à higiene, alimentação ▪ Imunização ▪ Informar sobre o uso correto dos medicamentos utilizados 	Enfermeiro
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notificar situações de risco ou de violência contra o idoso 	Médico enfermeiro ou equipe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agendar os retornos de acordo com a necessidade do caso, priorizando sempre os idosos em maior situação de risco (social, familiar, físico e psíquico) 	Enfermeiro ou equipe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar consulta médica ▪ Oferecer o cuidado através do diagnóstico, tratamento, orientações diversas, solicitação de exames complementares, encaminhamentos ▪ Apoiar tecnicamente a equipe de saúde ▪ Detectar graus de incapacidade e identificar os Gigantes da geriatria 	Médico
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oferecer apoio técnico aos profissionais do PSF e Unidades Básicas de Saúde e outros serviços, supervisionando o atendimento das equipes ▪ Apoiar e orientar os Grupos de Idosos e familiares das unidades de saúde ▪ Realizar avaliações individuais, se necessário e possível 	Psicólogo Assistente social, Terapeuta ocupacional equipe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar o trabalho de reabilitação do idoso como um todo: física, mental e social, o mais precocemente possível ▪ Oferecer apoio técnico aos profissionais das unidades de saúde em relação às questões específicas da área (exercícios físicos e orientações posturais), supervisionando e orientando o atendimento das equipes locais 	Fisioterapeuta
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oferecer o cuidado odonto-geriátrico que deve incluir, pelo menos, o diagnóstico, prevenção e tratamento de cárie, doenças periodontais e da mucosa, dores na cabeça e pescoço, disfunções, problemas com próteses e comprometimento das funções de mastigação, deglutição 	Odontólogo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar avaliações e orientações nutricionais 	Nutricionista
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procurar aplicar medidas de prevenção das alterações de audição, voz e funções vitais como sucção, mastigação e deglutição ▪ Procurar trabalhar a comunicação dentro de uma abordagem de manifestações biopsicosociais ▪ Realizar avaliações fonoaudiológicas para diagnosticar as patologias que podem surgir no Idoso 	Fonoaudiólogo

4.5 A REDE DE ATENÇÃO AO IDOSO

4.5.1 Os pontos de atenção



ACS – Agente comunitário de saúde

Profissionais da rede de assistência, integrados à comunidade, com a função de auxiliar a equipe multiprofissional nas visitas domiciliares, busca ativa, informar sobre os serviços, orientar sobre ações das Unidades de atendimento, os diversos pontos de atenção que compõem a rede de assistência, assim como informar sobre funcionamento de fluxos contribuindo para a agilização da assistência e garantia do atendimento.

C – Cuidador

É a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente das suas atividades diárias, acompanha os serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano, excluindo as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem.

4.5.2 As modalidades de atendimento

APS – Atenção primária à saúde

É a porta de entrada e encaminhamento do Idoso para os demais pontos de atenção. Implementada através da Estratégia de Saúde da Família-ESF e/ou Unidades Básicas de Saúde-UBS.

ADT – Atendimento domiciliar terapêutico

Pode ser compreendida como a continuação do cuidado à saúde por meio do qual os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e à sua família em seus locais de residência, com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde ou maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo-as sem perspectiva terapêutica (Marrelli, 1997). É prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, por cuidadores de idosos/agentes comunitários no próprio domicílio do idoso. Destina-se a apoiar o idoso e/ou sua família na orientação das atividades da vida diária, articulando uma rede de serviços e praticando técnicas de intervenção profissional focada no apoio psicossocial, pessoal e familiar, na atenção à saúde e na interação com a comunidade. Poderá funcionar de forma integrada a Centros de Convivência, Centros-Dia e Abrigos.

IH – Internação hospitalar

Leitos Geriátricos para o Idoso Frágil, conforme protocolo, com a atuação da equipe interdisciplinar.

HD/CE – Hospital dia – Centro de enfermagem

O Hospital dia constitui uma forma intermediária de assistência à saúde situada entre a internação Hospitalar e a assistência domiciliar, podendo também complementar a esta.

AMB – Assistência ambulatorial especializada

Neste ambulatório, o idoso deverá ser atendido por uma equipe multidisciplinar, em caráter individual, através de consulta médica, enfermagem, fisioterapia, psicoterapia, terapia ocupacional e outras. Serão implementadas ações de apoio ao paciente, cuidador e à família e educação para a saúde, nutrição, reabilitação, saúde bucal, avaliação social.

CRAI – Centro referência em atenção ao idoso

Devidamente cadastrado como tal, deve dispor de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada, envolvendo as diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar e tenha capacidade de se constituir a referência para a rede de assistência à saúde dos idosos. As modalidades de assistência que fazem parte do atendimento ao Idoso nos Centros de Referências são unidades assistenciais com características voltadas a atender as necessidades específicas desta população. Os encaminhamentos para estes serviços deverão se processar através da Atenção Primária

à Saúde conforme o fluxo estabelecido e constituir mecanismo integrado de Referência e Contra Referência, garantindo atendimento de qualidade e manutenção de educação continuada.

UCP – Unidade de cuidados paliativos

HOSPICE: Programa de assistência domiciliar cujo objetivo é capacitar o paciente terminal a permanecer o maior tempo possível em casa (HURZELE, BARNUM, KLIMAS E MICHAEL, 1997). O objetivo é permitir aos pacientes e suas famílias viver cada dia plena e confortavelmente tanto quanto possível ao lidar com o estresse causado pela doença, morte e dor da perda. Para os cuidados, utiliza-se uma abordagem multidisciplinar que enfoca as necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais dos pacientes e familiares.

ILP I – Instituição de longa permanência para idosos

Instituições de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.

4.5.2. Outras modalidades de atenção ao idoso

ATENDIMENTO INTEGRAL INSTITUCIONAL / ABRIGO

Prestado em instituições acolhedoras, conhecidas como abrigo, asilo, lar e casa de repouso, durante o dia e à noite, às pessoas idosas sem condições de prover sua própria subsistência, em situação de abandono, sem família ou incapacidade familiar. Estas instituições deverão garantir a oferta de serviços assistenciais, abrigo, alimentação e higiene, e ainda garantir o acesso aos serviços de saúde, fisioterapia, apoio psicológico, atividades físicas, ocupacionais, lazer, cultura e outros. Os serviços poderão ser prestados diretamente ou através de encaminhamento à rede de recursos da comunidade. A instituição também é responsável pelo desenvolvimento de esforços para a reconstrução dos vínculos familiares, propiciando o retorno do idoso à família. Poderá integrar no seu atendimento, as modalidades de Centro-Dia, Casa-Lar, Atendimento Domiciliar e Capacitação de Cuidadores de Idosos.

CASA-LAR

Alternativa de moradia para pequenos grupos de idosos, com adaptações nos espaços físicos, mobiliários adequado e pessoa habilitada para apoio às necessidades diárias do idoso. Destina-se principalmente a idosos que apresentam limitações para o desenvolvimento das atividades da vida diária, mas que preservam habilidades para a convivência em grupo e integração na comunidade. Poderá estar integrada a abrigos, propiciando atendimento similar ao da esfera familiar.

REPÚBLICA

Alternativa de moradia para idosos independentes, que optaram por viver sós ou que

estão afastados do convívio familiar, mas com renda insuficiente para sua sobrevivência. Daí a necessidade de se organizarem em grupos, em sistema participativo, em imóveis cedidos por instituições públicas ou privadas. A República é co-financiada pelos próprios idosos, com recursos da aposentadoria, benefício de prestação continuada, renda mensal vitalícia e viabilizada em sistema de auto-gestão, com apoio do poder público.

CENTRO-DIA

Estratégia de atenção dirigida aos idosos que apresentam limitações para o desenvolvimento das atividades da vida diária e que, devido às suas carências familiares e funcionais, não podem ser atendidos durante o dia em seus próprios domicílios ou por serviços comunitários. É desenvolvida em locais especializados que assegurem o atendimento às necessidades pessoais básicas, mantendo o idoso junto à família. Este trabalho reforça o aspecto da segurança, da autonomia, proporcionando o bem-estar e a socialização do idoso. Pode funcionar em espaços especificamente construídos para este fim ou adaptados em Centros de Convivência ou Abrigos, desde que disponham de pessoal qualificado, com serviços sociais prestados diretamente ou através da rede local, de acordo com as necessidades dos usuários.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA

Espaço destinado à frequência dos idosos e de seus familiares, onde são desenvolvidas, planejadas e sistematizadas ações de atenção ao idoso, de forma a elevar a qualidade de vida, promover a participação, a convivência social, a cidadania e a integração entre gerações. São realizadas atividades físicas, ocupacionais, culturais, de lazer, associativas, produtivas e de ação comunitária. O Centro de Convivência pode e deve constituir-se em referência para integração dos demais serviços e programas de atenção ao idoso: Centro-Dia, Atendimento Domiciliar, Capacitação de cuidadores de idosos e Ações comunitárias.

4.5.2 Os encaminhamentos e co-responsabilidade

Quando encaminhar /elegibilidade

O Agente Comunitário de Saúde visita as famílias para identificar o Idoso e o encaminha para a Unidade Básica de Saúde ou Equipe de Saúde da Família, a equipe acolhe, cadastra e realiza a primeira consulta. Após avaliação, identifica se o Idoso encontra-se em situação de risco.

Caso o risco seja proveniente de causas externas encaminhar o usuário para o Serviço de Assistência Social do município e/ou outros órgãos competentes.

Disponibilizar o serviço para os diversos pontos de atenção

- Utilizar a rede de saúde existente através dos fluxos elaborados nesta Linha-guia.
- Ampliar e implementar Sistema de Informação que favoreça o desenvolvimento dos fluxos.

- Garantir a informação qualificada e de forma humanizada.
- Garantir o retorno, com responsabilidade, à unidade de saúde de origem ou, se for o caso, para uma das modalidades de atendimento do Centro de Referência ou outros pontos da atenção.

ENCAMINHAMENTOS PARA O CENTRO DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO AO IDOSO

Critérios para encaminhamento para núcleos ou centros de referência

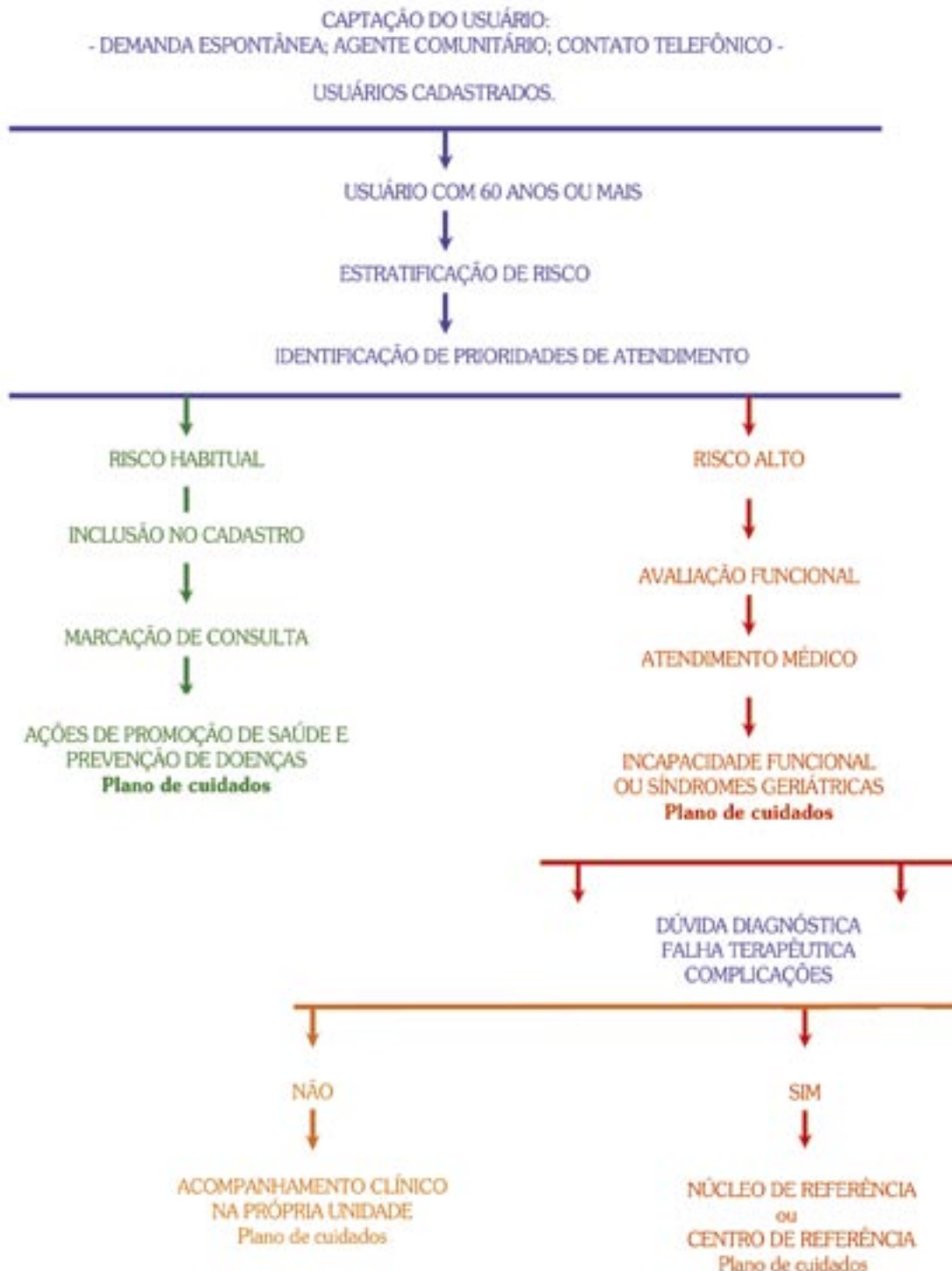
DÚVIDA DIAGNÓSTICA, COMPLICAÇÕES E / OU FALHA TERAPÊUTICA

O idoso requer dos profissionais da atenção primária um enfoque que englobe a prevenção e a detecção precoce dos agravos à saúde. A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada do encaminhamento do Idoso para os demais pontos de atenção.

Propõe-se uma forma de organização das ações, em saúde do Idoso, que utilize racionalmente a rede de serviços já existente. Serão implantados Núcleos Regionais em Atenção ao Idoso que serão localizados em microrregiões do Estado e posteriormente, um ou mais, em cada município.

- Cada Núcleo Regional terá um médico e enfermeiros capacitados, como referência, podendo a equipe ser ampliada conforme demanda regional.
- Os profissionais de todas as equipes serão capacitados através dos Centros de Referência e /ou Pólos de Educação Permanente/PEP, viabilizando atendimento adequado ao paciente idoso e observando as diretrizes do gestor Estadual.
- O usuário, após propedêutica nas Unidades Básicas de Referência, Equipe de Saúde da Família ou Núcleos Regionais poderá ser encaminhado ao Centro de Referência em Assistência ao Idoso, conforme Protocolo de encaminhamento, onde será avaliado pela equipe e elaborado Plano de Cuidados, para ser implementado pelo médico responsável e sua equipe na unidade de origem,
- Caberá à equipe da Atenção Primária à Saúde viabilizar o plano de cuidados elaborado pelos profissionais do Núcleo e/ou Centro de Referência em Assistência ao Idoso/CRAI garantindo os fluxos de referência e contra-referência e reforçando a educação continuada.
- Deverão ser observados os fluxos desta Linha-guia, garantindo o retorno do usuário para a unidade de origem e o monitoramento com responsabilidade assim como a notificação dos indicadores de resultados, quaisquer que sejam estes.
- Os profissionais deverão prover o Sistema Estadual de Informações em Saúde através da criação de Banco de Dados, atualizados pelos diversos setores da rede de atendimento, dados relacionados às situações de saúde e às ações dirigidas aos idosos para análise e redirecionamento das políticas.

FLUXOGRAMA – ATENÇÃO AO IDOSO NA ATENÇÃO ASSISTENCIAL



FLUXOGRAMA O ATENDIMENTO AO IDOSO NO CENTRO DE REFERÊNCIA

MODALIDADES DE ATENDIMENTO CONECTADAS
AO CENTRO DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO AO IDOSO



MODALIDADES DE ATENDIMENTO

A – ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

- A base deste atendimento é o enfoque geriátrico/gerontológico, que deve basear-se na avaliação global do paciente por equipe multidisciplinar, visando sua autonomia através da coleta e registros de informações que possam orientar o diagnóstico.
- Deve incluir ainda os aspectos educativos relacionados ao Idoso, seu cuidador e familiares que englobem ações de prevenção de agravos à saúde e de reabilitação preventiva ou corretiva, sempre considerando o contexto no qual estão inseridos.
- Todas as atividades desenvolvidas devem sempre envolver o Idoso, seu cuidador e sua família garantindo-lhes orientação e apoio constantes.

O Idoso deverá contar com o atendimento individual, segundo suas necessidades, com:

- Consulta médica
- Consulta de enfermagem
- Avaliação e intervenção fisioterápica
- Avaliação e intervenção psicológica e psicoterapia
- Avaliação e intervenção nutricional
- Avaliação e intervenção fonoaudiológica
- Avaliação e intervenção de terapeuta ocupacional
- Avaliação e intervenção odontológica

Outras atividades desenvolvidas:

- Grupo operativo
- Grupo terapêutico
- Atividades socioterápicas
- Grupos de orientações específicas
- Atividades de sala de espera
- Atividades de educação em saúde

B – INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Critérios para atendimento do Idoso nesta modalidade:

Leitos gerais

O Idoso no qual não foi detectada qualquer incapacidade funcional deverá ser atendido segundo modelo tradicional (leitos gerais).

Leitos Geriátricos

O Idoso que apresenta incapacidade funcional em pelo menos uma das atividades da vida diária deverá ser atendido por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que incluirá a avaliação da saúde física, mental, social e da autonomia e capacidade funcional segundo o que se segue:

- Avaliação da saúde física: diagnósticos atuais indicadores de gravidade, internações anteriores e auto-avaliação que serão realizados por fisioterapeuta;
- Avaliação da saúde mental: testes de função cognitiva e de humor, realizados por geriatra, psicólogo ou psiquiatra;
- Avaliação Social: rede de suporte social, recursos disponíveis, necessidade de suporte, realizados por Assistência Social;
- Avaliação nutricional: diagnóstico e orientações nutricionais realizados por Nutricionista;

- Avaliação de enfermagem: capacidade para o autocuidado e demandas assistenciais serão realizadas por Enfermeiro;
- Avaliação de autonomia e capacidade funcional – atividades básicas e instrumentais da vida diária: avaliação realizada por Geriatra, Psicólogo e Fisioterapeuta.

C – HOSPITAL DIA

Acesso

O usuário poderá ser encaminhado através de:

- Hospital
- Assistência Domiciliar
- Assistência Ambulatorial Especializada
- Equipe de Saúde da Família
- Unidade Básica de Saúde

Indicação

- Assistência aos Idosos cuja necessidade terapêutica e de orientação para cuidados não justificarem a sua permanência contínua em ambiente hospitalar.
- Auxiliar as famílias que não apresentam condições adequadas para assistir as demandas assistenciais destes Idosos.
- Atendimento aos idosos que, após avaliação multiprofissional e indicação médica, estiverem enquadrados em casos específicos.
- Pós-alta hospitalar de origem clínica ou cirúrgica, em fase de recuperação, ainda necessitando de acompanhamento médico, intervenções de enfermagem e/ou reabilitação físico-funcional por um período de até 30 dias.
- Idosos apresentando perda ou incapacidade funcional média ou grave, decorrente de transtorno físico ou cognitivo com potencial para reabilitação.
- Necessidade de procedimentos técnicos específicos, que não justifiquem uma internação e cuja realização em domicílio possa não ser a mais indicada como, por exemplo, quimioterapias, hemodiálise, etc.
- Ausência de apoio familiar contínuo e adequado às demandas identificadas que podem levá-lo a re-internações ou a institucionalização.

Nota

O Idoso deverá ser encaminhado pelas instituições/serviços (públicos ou privados conveniados ao SUS) por eles referenciados como o próprio hospital, o ambulatório especializado, o programa de assistência domiciliar ou as unidades básicas/Programa Saúde da Família.

A pós-alta hospitalar de origem clínica ou cirúrgica, em fase de recuperação, ainda necessitando de acompanhamento médico, intervenções de enfermagem e/ou reabilitação físico-funcional por um período de até 30 dias.

Critérios de elegibilidade

- Idosos apresentando perda ou incapacidade funcional média ou grave, decorrente de transtorno físico ou cognitivo com potencial para reabilitação.
- Necessidade de procedimentos técnicos específicos, que não justifiquem uma internação e cuja realização em domicílio possa não ser a mais indicada como, por exemplo, quimioterapias, hemodiálise, etc.
- Ausência de apoio familiar contínuo e adequado às demandas identificadas que podem levá-lo a re-internações ou a institucionalização.

D – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

- É uma modalidade de cuidado por meio do qual os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e à sua família em seus locais de residência.
- Tem como objetivo promover, manter ou restaurar a saúde ou maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo-as sem perspectiva terapêutica de cura (MARRELLI, 1997).

Critérios de Elegibilidade

- Pacientes Idosos portadores de enfermidade(s) crônica(s) com baixa capacidade funcional ou totalmente dependente, que tiverem esgotado todas as condições de terapia específica e que necessitam de assistência de saúde ou cuidados permanentes.
- Pacientes cuja família resida na mesma área de abrangência do Serviço de Assistência Domiciliar e que tenha condições de prover ao seu Idoso enfermo os cuidados necessários.
- Quando isso não ocorrer, o paciente deverá ser transferido para um Leito de Longa Permanência.

Assistência domiciliar de média complexidade

Normas Gerais

Deve compreender um conjunto de procedimentos:

- diagnósticos e terapêuticos
- relativos à reabilitação (motora, respiratória, psíquica e social)
- que envolvam a orientação de cuidadores e familiares na busca de autonomia no cuidado do Idoso.

Deve ser considerada quando:

- não representar um risco de agravamento do quadro clínico apresentado pelo Idoso;
- os Idosos residirem na área de abrangência do serviço;
- existirem familiares ou responsáveis que possam prestar cuidados mínimos em domicílio;
- a assistência domiciliar de média complexidade pode ser de curta permanência, média permanência e longa permanência.

1. Assistência domiciliar de média complexidade e curta permanência

Acesso

- Programa Saúde da Família ou Rede de Atenção Básica
- Ambulatório
- Hospital
- Pronto-socorro ou pronto atendimento.

Critérios de elegibilidade

- Corresponde aos cuidados de casos subagudos ou agudos não caracterizáveis como urgências ou emergências, estes requerendo um ambiente hospitalar.
- Período de atenção/permanência: 30 dias.

2. Assistência domiciliar de média complexidade e média permanência

Acesso

- Programa Saúde da Família ou Rede de Atenção Básica;
- Ambulatório
- Hospital
- Pronto-socorro ou pronto-atendimento.

Critérios de elegibilidade

- Preferencialmente aos Idosos que recebam alta do leito hospitalar ou da Assistência Domiciliar de Média Complexidade e Longa Permanência, e que apresentam uma baixa capacidade funcional, tendo como objetivo a reabilitação do mesmo para a vida na comunidade
- Idosos que necessitam de estabilização, recuperações e reabilitação de problemas

de saúde, que comumente levam à internação prolongada e/ou re-internações hospitalares freqüentes por falta de alternativas de atendimento.

- Período de atenção/permanência: 60 dias.

3. Assistência domiciliar de média complexidade e longa permanência

Acesso

- Hospital
- Unidade Hospitalar Intermediária
- Assistência Domiciliar de Média Complexidade e Curta ou Média Permanência
- Programa Saúde da Família
- Rede de Atenção Básica ou Ambulatorial Especializada
- Leito de Longa Permanência ou Residência Terapêutica do Idoso cuja avaliação detectou uma perspectiva de continuidade de cuidados em seu domicílio.

Critérios de elegibilidade

- Estabilidade clínica
- Rede de suporte social (cuidador, família, amigos, voluntários, etc.)
- Ambiente apropriado
- Avaliação profissional das demandas existentes.

Procedimento

- A Equipe de Saúde da Família deve acionar a Central de Regulação para agendar a primeira consulta
- O formulário de encaminhamento deve ser adequadamente preenchido
- Até que aconteça a primeira consulta no serviço de referência, a equipe de Saúde da Família deve manter o acompanhamento do Idoso (monitoramento)
- A Equipe de Saúde da Família deve manter uma vigilância sobre o Idoso, realizando visitas domiciliares, atividades educativas e assegurando que ele compareça a todas as consultas agendadas
- A freqüência das consultas deve ter intervalo definido de acordo com o grupo de risco identificado e a condição do Idoso no momento
- O profissional deve estar mais atento a todos os cuidados da anamnese, exame físico e cognitivo
- O Idoso e seus familiares devem ser continuamente orientados quanto a sua patologia e tratamento.

E – INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSO-ILPI

Clientela: Pessoas acima de 60 anos

Capacidade máxima: 40 residentes por modalidade

Objetivo: assegurar as condições mínimas de funcionamento das instituições de atendimento ao idoso, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, de modo a garantir a atenção Integral, defendendo a sua dignidade os seus direitos.

Competência: Prevenir a redução dos riscos aos quais ficam expostos os idosos que não contam com uma moradia, em conformidade com a legislação vigente, que trata de ações de baixa complexidade em Instituições de Longa Permanência.

F – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

O cuidado paliativo é definido como “o cuidado ativo total dos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. O controle da dor e de outros sintomas, o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual são o mais importante. O objetivo do cuidado paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias” (World Health Organization, 1990).

O tratamento paliativo vem a ser apenas uma parte desses cuidados e a medicina paliativa, ao ser descrita como de baixa tecnologia e alto contato humano, não visa ir de encontro com a moderna tecnologia médica. Com os avanços tecnológicos, cada vez mais presenciamos a morte em hospitais, escondida e considerada vergonhosa como que provando o fracasso tecnológico perante a inexorável morte por si só. “O ser humano sabe quando irá morrer, pela presença de avisos, sinais ou convicções internas. A morte era esperada no leito e era autorizada pela presença de parentes, vizinhos, amigos e até crianças. Havia uma aceitação dos ritos, que eram cumpridos sem dramatização. Era algo familiar, próximo.”

Nesse contexto, muito se fala de *hospices*, unidades de cuidados paliativos, medicina paliativa ou cuidados paliativos que encara a morte ou o estar morrendo como um processo normal. Enfatiza o cuidado e o controle dos sintomas como uma busca de melhor qualidade de vida para os pacientes e familiares, com plenitude e conforto, numa abordagem que enfoca as necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais.

A equipe de saúde consiste de médicos, enfermeiras, assistentes sociais entre outros, além de voluntários treinados e conselheiros pastorais que articuladamente trabalham provendo coordenação e continuação dos cuidados envolvendo o paciente e sua família. Atuam também junto à família no aconselhamento aos enlutados após a morte do ente querido.

Os programas de cuidados paliativos incluem: clínica-dia, assistência domiciliar, internação, serviços de consultoria e suporte para o luto.

Na clínica-dia, o paciente receberá informações e cuidados diários pela equipe multidisciplinar e, se necessário, será encaminhado para os cuidados no domicílio, com atendimento integral no contexto familiar, sendo utilizados serviços especializados e equipamentos necessários para cuidados contínuos e monitoramento e suporte da equipe diariamente. A unidade de cuidados paliativos deverá estar disponível 24 horas por dia, reconhecer os sinais de emergência, ser capaz de identificar problemas, oferecer segurança aos doentes e familiares, individualizar queixas, orientando em dúvidas e minorando o sofrimento físico através de escuta qualificada por equipe capacitada e treinada para coordenar as atividades da equipe. A comunicação e coesão da equipe é fundamental para a manutenção do vínculo de confiança.

O que familiares e doentes esperam da equipe de cuidados:

- **ATENÇÃO:** reconhecer e gerir sintomas físicos desesperadores – é em vão tentar encontrar forças emocionais necessárias para enfrentar os problemas psicossociais, quando somos esgotados pela dor.
- **ENGAJAMENTO REAL:** estar presente e acessível de fato – é muito difícil se sentir sozinho e mortal.
- **VERDADE**
- **CONFIANÇA**
- **RECONHECIMENTO DE QUE TODO SER HUMANO TEM UM VALOR INTRÍNSECO:** não julgar alguém pela fragilidade que mostra hoje, mas recuperar toda a sua história.

A esperança

- Pode estar sempre presente.
- Deve ser “usada” para reduzir a dor e o sofrimento, mas não para iludir e aumentar a impotência e a frustração de quem cuida.

Não nos cabe julgar nem os familiares nem o paciente. Por mais óbvio que a morte seja, especialmente para alguém já familiarizado com o cuidado a pacientes terminais, para aquela família e para aquele doente, muitas vezes, é a primeira vez que ela se mostra tão real.

Os medos mais freqüentes

Medo da dor pela perda

Medo da perda do corpo

Medo da solidão

Medo da perda da família e dos amigos

Medo da perda do autocontrole

Medo do desconhecido

Medo do sofrimento e da dor

Medo da perda da identidade

Medo da regressão e da dependência

O perfil de quem cuida de idosos

Quem cuida de idosos e realiza cuidado paliativo deve ser capaz de viver ou trabalhar na incerteza e de deixar de lado a sua necessidade de compreensão, de ordem e de prognóstico.

Cada pessoa que chega ao momento da morte deve ser considerada na sua plenitude e no seu inacabamento; vivendo uma experiência única, com forças e fraquezas, com algumas questões resolvidas e outras nem tanto. Deve ser apreciada no seu momento de HOJE.

Na avaliação do cuidador, utiliza-se o INVENTÁRIO DE SOBRECARGA DE ZARIT (Scazufca M., Ver Ver. Bras. Psiquiatr., 2002). É um instrumento composto de uma lista de afirmativas, que analisa/ reflete o que sente uma pessoa que cuida de outra pessoa.

Quatro dificuldades maiores

- A ausência de comunicação – o sujeito cuidado freqüentemente não se comunica verbalmente, por vezes está inconsciente, o que obriga quem cuida adivinhar o desejo desse sujeito. A resposta muitas vezes advém da pergunta: e se eu estivesse no seu lugar?
- A imagem do corpo da pessoa idosa – duplamente deteriorado pelo tempo e pela doença. O corpo porta traços de sofrimento e de morte (úlceras de decúbito). Não é belo de ver, não é agradável de tocar, nem bom para cheirar. É a imagem da morte fazendo o seu trabalho.
- O tempo que dura – vivemos sem perceber o tempo que passa. A doença nos lembra essa passagem porque ela instala uma expectativa. O tempo de quem cuida, o tempo da família e aquele do paciente não são o mesmo tempo. Um mesmo tempo passado não significa um mesmo tempo partilhado por todos nem a medida do tempo é a mesma para todos. O tempo da solidão, o tempo roubado aos vivos e a perda de tempo são sensações que merecem tempo.
- O senso do cuidado – nessas situações a perda do senso do cuidado é freqüentemente ligada à inutilidade do cuidado e à perda da esperança. Só a morte é desejada (ou esperada). Mesmo a noção de cuidado de conforto parece irrisória. (Thominet, 1998).

Algumas perguntas difíceis dos pacientes

“Por que eu?”

“Por que você não descobriu isso antes? Você errou?”

“Quanto tempo eu tenho?”

“O que você faria no meu lugar?”

“Eu deveria tentar a terapia tradicional ou uma nova droga experimental?”

“Eu deveria ir para um centro superespecializado para tratamento ou para ouvir uma segunda opinião?”

“Se o meu sofrimento se tornar insuportável, você me ajudará a morrer?”;

“Você estará comigo ao longo de toda a caminhada para a minha morte, aconteça o que acontecer?”

V. AS PRINCIPAIS PATOLOGIAS: OS GIGANTES DA GERIATRIA



5. AS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICAS/ GIGANTES DA GERIATRIA

O horizonte da geriatria vai além da avaliação de sistemas, órgãos ou doenças isoladamente, não se atendo ao tratamento de doenças somente, mas buscando a manutenção da autonomia e independência funcional, priorizando ações de promoção e prevenção à saúde como alternativa mais eficiente em relação à atenção baseada em cuidados curativos.

O maior desafio da Geriatria é o enfrentamento dos problemas mais típicos das pessoas de idade avançada, prevenindo, tratando e cuidando desta parcela da população, identificando e tratando as grandes Síndromes Geriátricas ou Gigantes da Geriatria também chamados “**IS**”, que são: a **Imobilidade**, a **Instabilidade** a **Incontinência**, a **Insuficiência cerebral** e posteriormente incorporada a **Iatrogenia**. Essas grandes síndromes têm como atributos a complexidade terapêutica, múltipla etiologia, não constituir risco de vida iminente e comprometer severamente a qualidade de vida dos portadores e, muitas vezes, os familiares. Essas síndromes podem-se apresentar isoladas em ou associação e implica em grande dano funcional para o indivíduo, impedindo o desenvolvimento das atividades de vida diária.

O envelhecimento populacional vem acompanhado do aumento de doenças crônico-degenerativas com incapacidades e deficiências, tornando-se necessária a avaliação do comprometimento da capacidade funcional do paciente idoso, já que esta é essencial para o diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequados.

A avaliação funcional incide sobre a capacidade funcional. Esta foi definida como a habilidade do paciente em desempenhar trabalho e é medida comparando-se o pico de capacidade de exercício do paciente com o pico esperado para sua idade e gênero.

Nesse contexto, a avaliação multidimensional do idoso se torna um importante instrumento, cuja execução simples é realizada através da revisão dos sistemas fisiológicos principais, divididos em: avaliação das AVDs básicas e instrumentais, mobilidade, cognição e humor e comunicação. É preconizado o uso de instrumentos de avaliação de cada uma destas funções:

Atividades de vida diária

- Básicas: autocuidado – Índice de Katz
- Instrumentais: Escala de Lawton-Brody
- *Get up and go*: quantitativo e qualitativo (*timed up and go*).

Mobilidade

- Testes adicionais de equilíbrio: equilíbrio de pé com olhos abertos e fechados, *nudge test* e o equilíbrio unipodálico.

Cognição/humor

- Mini-mental
- Fluência verbal
- Lista de 10 palavras (CERAD)
- Reconhecimento de figuras (10 figuras)
- Teste do relógio
- Escala de Pfeiffer (cuidador)
- Escala geriátrica de depressão GDS-5 ou 15 (versão simplificada de 5 e 15 itens)
- Critérios do DMS-IV.

Comunicação

- Acuidade visual: Snellen simplificado
- Acuidade auditiva: Anamnese e Teste do sussurro.

5.1 A INSTABILIDADE POSTURAL E AS QUEDAS NO IDOSO

5.1.1 A instabilidade postural

Além de um problema, a instabilidade postural é um grande desafio para a medicina. Tem como principal consequência a elevada incidência de quedas e outros traumas, com suas repercussões, levando a grandes limitações para a vida e o bem-estar. Além das limitações advindas das repercussões das quedas, a dificuldade para lidar com a insegurança e o medo de cair leva à reclusão e limitação para as atividades habituais e devem ser abordadas minuciosamente. Devemos lembrar sempre que as quedas resultantes de alterações da marcha são passíveis de correção por tratamentos fisioterápicos.

A elevada incidência de quedas em idosos é um dos indicadores desta tendência observada na velhice. Deve ser encarada como um dos mais importantes sintomas em geriatria, já que dados epidemiológicos apontam expressivo aumento da mortalidade em idosos que caem com frequência, mesmo se excluindo os óbitos causados pelo trauma.

Tendo em vista a frequência do aparecimento e a complexidade de etiologias envolvidas, é um grande desafio a identificação e o tratamento que muitas vezes são negligenciados.

Alterações de marcha e equilíbrio

A manutenção da postura e a marcha demandam um grande esforço dos sistemas músculo esquelético e nervoso, não apenas para suportar o corpo, mas também para preservar o equilíbrio. O homem é mecanicamente instável principalmente nos extremos da

vida, infância e velhice. A prevalência de distúrbios da marcha é alta em idosos, contudo, várias afecções crônicas estão associadas ao declínio da mobilidade, não se podendo tributar este distúrbio ao envelhecimento.

Distúrbios de marcha são comuns e podem ser incapacitantes. Em um estudo populacional, 15% dos indivíduos com mais de 60 anos apresentavam alguma anormalidade de marcha e essas alterações aumentam com a idade.

Em estudo realizado em Boston, 6% das mulheres com 65 a 69 anos necessitavam de auxílio para andar comparado com 38% daquelas maiores que 85 anos. Entre idosos institucionalizados, 63% apresentam limitação na mobilidade.

Apesar de o envelhecimento fisiológico levar à alteração da marcha relacionada à idade, a maioria desses transtornos estão ligados a condições patológicas.

A mudança do padrão de marcha no idoso pode ser sinal de doença sistêmica.

Principais causas de transtornos de marcha em idosos

Os distúrbios são heterogêneos, a causa é na maioria das vezes multifatorial e há uma considerável diversidade etiológica nos distúrbios de marcha em idosos, uma vez que grande número de sistemas anatômicos está envolvido na deambulação. A marcha pode refletir anormalidades músculo-esqueléticas, neurológicas e algumas vezes ambas. A distinção entre essas duas condições é difícil e anormalidades neurológicas muitas vezes são atribuídas erroneamente a alterações articulares coincidentes.

Sudarsky e colaboradores examinaram uma série de pacientes com distúrbios de marcha de etiologia não definida (n = 50, média de idade de 80 anos) e determinaram o principal diagnóstico responsável pelo distúrbio de marcha. Fuh e colaboradores também classificaram o distúrbio de marcha de 50 pacientes (média de idade de 66 anos, variando de 50 a 78 anos) cuja queixa principal era uma dificuldade de andar. Pacientes com seqüelas motoras de AVC, com doença de Parkinson conhecida, com osteoartrose grave de articulação coxofemoral ou de joelho e em uso de tranqüilizantes maiores, foram excluídos. A maioria dos casos em que a causa do distúrbio de marcha não é evidente, uma patologia neurológica subjacente pode ser diagnosticada e, apesar da etiologia multifatorial da instabilidade postural, muitos pacientes irão apresentar um diagnóstico considerado determinante dessa condição.

Apenas 10 a 20% dos idosos com alteração na marcha apresentam distúrbio de marcha senil essencial e, nesses casos, nenhuma causa para o distúrbio é encontrada, apesar de exaustiva propedêutica. É interessante notar também que em 24% dos pacientes da série do Sudarsky apresentavam condições para as quais existia um tratamento primário.

Ressaltamos com isso a importância de investigarmos sempre o idoso com distúrbio de marcha antes de encaminhá-lo para reabilitação e acreditamos, baseado nos estudos citados, que podemos encontrar uma causa tratável em até um quarto dos casos sem causa evidente para o distúrbio de marcha.

Classificação dos transtornos de marcha do idoso

É baseada em níveis sensorio-motores hierárquicos e classifica os transtornos de marcha em **transtornos de nível inferior, médio e superior** (Nuto, Marsden e Thompson).

Apesar dessa classificação ser amplamente aceita, utilizaremos uma classificação dos transtornos de marcha baseada nos principais determinantes da marcha e do equilíbrio, a saber, as informações **sensoriais das vias aferentes**, o **sistema nervoso central** que integra os estímulos sensoriais e coordena as respostas motoras, **e os efeitores**, ou seja, nervos periféricos motores, musculatura e articulações.

Uma entidade freqüente na prática clínica e que merece ser destacada é a síndrome de desadaptação psicomotora, que afeta todos os níveis sensorio-motores e está associada à fragilidade.

A – DISFUNÇÃO DAS VIAS SENSORIAIS AFERENTES:

Visão

A visão contribui para o equilíbrio normal e o idoso frágil torna-se mais dependente da visão à medida que o envelhecimento determina uma disfunção dos outros componentes do sistema de controle postural. O **teste de Romberg** traz importantes informações a respeito do grau de dependência visual do paciente. Patologias que comprometam a acuidade visual, a sensibilidade aos contrastes e a percepção de profundidade estão relacionados à instabilidade postural e quedas.

Também é importante salientar que 70% das alterações da visão em idosos podem ser corrigidos com intervenções relativamente simples como correção de erros de refração e cirurgia de catarata.

Sistema vestibular

O sistema vestibular contribui para a orientação espacial em repouso e durante aceleração, além de controlar a fixação do olhar durante o movimento. A hipofunção vestibular nos idosos pode resultar em disfunção no controle postural e gerar instabilidade quando não pode ser compensada pelos outros sistemas sensoriais.

Ainda não está clara a importância da disfunção vestibular nos transtornos de marcha e equilíbrio do paciente idoso, entretanto, é possível que somente disfunções vestibulares graves devam ser consideradas como causa principal de instabilidade postural nos idosos.

Pacientes com desequilíbrio resultante de perda vestibular bilateral causada por doenças (TCE, infecções recorrentes, aterosclerose) ou exposição a drogas ototóxicas (aminoglicosídeo, aspirina, furosemida, quinidina, álcool) têm sido descritos, embora tais alterações contribuam mais como causa de vulnerabilidade do que como fator desencadeante.

Propriocepção

Quando existe uma disfunção da propriocepção, o paciente apresenta dificuldade de

manter o equilíbrio com os olhos fechados (**sinal de Romberg**). A perda proprioceptiva pode ser encontrada em cada uma das seguintes condições: neuropatias sensório-motoras (neuropatia desmielinizante); lesões dos gânglios das raízes posteriores (síndromes paraneoplásicas); lesões das raízes posteriores (tabes dorsales ou Ataxia de Friedreich); lesões das colunas posteriores da medula espinhal ou mesmo das vias lemniscais (mielopatias compressivas, degeneração subaguda da medula relacionada à deficiência de vitamina B12 ou esclerose múltipla). Apesar da lista de causas de neuropatia periférica nos idosos ser extensa, freqüentemente nenhuma causa específica pode ser identificada.

Algumas condições subclínicas, entretanto, podem estar presentes no idoso e agravar a perda da propriocepção observada no envelhecimento fisiológico. Alguns autores têm relacionado alterações degenerativas ósteo-musculares a lesão dos mecanorreceptores e redução da propriocepção, em especial, a espondilose cervical.

Outra condição que merece ser destacada é a mielopatia cervical. O distúrbio de marcha causado por fraqueza em membros inferiores, perda de sensibilidade vibratória e da propriocepção é a queixa comum e precoce em idosos com essa patologia. Assim, o exame neurológico com avaliação dos tratos espinhais e pesquisa dos reflexos tendinosos profundos é mandatório em pacientes com alteração de marcha e equilíbrio.

A radiografia da coluna cervical poderá evidenciar estreitamento dos espaços discais, osteófitos vertebrais e hipertrofia facetaria.

A RNM deve ser solicitada em pacientes com evidências clínicas de compressão medular, entretanto, é necessário lembrar que achados compatíveis com compressão medular à RNM podem estar presentes em até 20% dos idosos assintomáticos.

A deficiência de vitamina B12, outra condição extremamente freqüente em idosos, pode levar à degeneração subaguda da medula, e talvez, mesmo sem a presença de quadro clínico clássico, estar relacionada à perda de propriocepção.

As polineuropatias crônicas predominantemente sensoriais adquiridas também são comuns em indivíduos idosos, com uma prevalência estimada em 3%. A maioria é secundária a causas facilmente identificadas como o diabetes, entretanto, excluindo causas conhecidas, um número ainda significativo de idosos irá apresentar o que denominamos Polineuropatia Axonal Crônica Idiopática (PACI). Vários estudos têm demonstrado que a PACI tem curso estável ou lentamente progressiva e raramente leva à incapacidade.

Salientamos mais uma vez que as alterações na propriocepção encontradas no idoso raramente são causas isoladas de distúrbio de marcha e equilíbrio.

Disfunção sensorial múltipla

Como os sistemas sensoriais são redundantes quando apenas um dos sistemas aferentes maiores (visual, proprioceptivo e vestibular) é afetado, o distúrbio de marcha é geralmente autolimitado ou é bem compensado por mecanismos centrais.

Drachman e Hart, entretanto, descrevem uma síndrome de desequilíbrio resultante de múltiplos déficits sensoriais. Esses pacientes geralmente têm diabetes, déficit na propriocepção, visão e disfunção vestibular.

O sinal de Romberg está presente na maioria dos pacientes com déficit sensorial múltiplo.

B – DISFUNÇÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL:

O córtex motor contém várias áreas distintas do lobo frontal que recebem informações das vias sensoriais, das estruturas de controle motor e das vias modulatórias envolvendo o tálamo e os gânglios da base.

As áreas do córtex frontal envolvidas no planejamento e execução dos movimentos são:

- O córtex motor primário (M1), que provavelmente controla a força muscular e a direção do movimento
- A área pré-motora (APM) que provavelmente está envolvida no acoplamento das informações ambientais aos atos motores podendo ser responsável pela resposta motora aos estímulos externos
- A área motora suplementar (AMS) que está possivelmente envolvida na preparação motora e execução de movimentos voluntários complexos, especialmente se esses movimentos requerem evocação de memória. Além disso, a AMS pode ser responsável pelas informações internas e por guiar atos motores e habilidades aprendidas.

No caso da marcha, um ato motor aprendido tem sido sugerido que a AMS é ativada antes da ignição da marcha. Isso provavelmente reflete uma atividade preparatória para cada submovimento da seqüência motora, que posteriormente é enviada à M1.

A atividade da AMS é modulada pelos gânglios da base através dos circuitos fronto-estriatais motores, que permitem que cada submovimento seja executada normalmente e em tempo correto. Acredita-se que os circuitos motores fronto-estriatais participem da execução automática de seqüências motoras, além de facilitar movimentos desejados ou inibir movimentos indesejados conforme a ativação das vias diretas e indiretas, respectivamente. Os gânglios da base seriam, então, responsáveis por alternar submovimentos da área motora suplementar com movimentos automáticos e possibilitar a execução harmoniosa da seqüência motora pretendida.

Quando o movimento ocorre em resposta a uma sinalização externa, a seqüência de ativação é diferente. Nessas situações os circuitos fronto-estriatais motores podem ser desviados e as informações sensoriais do ambiente são enviadas diretamente ao córtex pré-motor com subsequente ativação do córtex motor primário (M1). Essa via pode ser demonstrada em pacientes com doença de Parkinson que realizam melhores tarefas motoras quando são auxiliados com sinalização externa.

Distúrbios de marcha de nível superior

Apraxia de marcha

É definida como a perda da habilidade para usar os membros inferiores no ato da marcha, sem que existam evidências de alterações sensoriais ou distúrbios do aparelho

locomotor. A apraxia de marcha em idosos pode ser caracterizada por dificuldade para iniciar a marcha e quando vencida a inércia, o paciente se move como se seus pés estivessem aderidos ao piso. Apresenta lentidão, base alargada, *freezing*, passos curtos, dificuldade para tirar os pés do solo, desequilíbrio e dificuldade em realizar mudanças de direção em pacientes com pouco ou nenhum sinal neurológico. Tem como principais causas as lesões do lobo frontal devido a tumores, demência, hematoma subdural crônico bilateral e hidrocefalia de pressão normal.

Numa tentativa de classificação, Nutt sugeriu o termo distúrbio de marcha de nível superior para agrupar todas essas alterações de marcha que antigamente eram conhecidas com várias denominações: pseudoparkinsonismo vascular, parkinsonismo aterosclerótico, parkinsonismo de membros inferiores, apraxia de marcha, *marche a petits pas*, ataxia frontal e desequilíbrio frontal.

O mesmo autor também propôs uma subclassificação dos distúrbios de marcha de nível sensório-motor superior baseado na descrição de cinco padrões de marcha:

- Marcha cautelosa;
- Falência isolada de início de marcha ;
- Desequilíbrio subcortical;
- Desequilíbrio frontal;
- Distúrbio de marcha frontal.

Essa classificação é um tanto confusa, pois faz referências à anatomia (marcha frontal), à fenomenologia (marcha cautelosa, falência isolada de início de marcha) e algumas vezes à ambas (desequilíbrio frontal, desequilíbrio subcortical).

Além disso, pode haver sobreposição entre os tipos de marcha descritos.

Recentemente, uma nova classificação dos distúrbios de marcha de nível superior foi proposta por Richard Liston. Essa classificação baseia-se nas características clínicas e localização das lesões e determina três tipos de marcha:

- Apraxia de ignição;
- Apraxia de equilíbrio;
- Apraxia de marcha mista.

As características dessa classificação encontram-se na tabela a seguir:

TIPO DE APRAXIA	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	ALTERAÇÃO DA MARCHA COM SINAIS VISUAIS	ALTERAÇÃO DA CADÊNCIA COM SINAIS SONOROS	LOCAL DAS LESÕES
Ignição	Falência de início de marcha e <i>freezing</i>	Sim	Sim	SMA, GB ou conexões
Equilíbrio	Desequilíbrio e quedas	Não	Não	PMA ou conexões
Mista	Falência de início de marcha, freezing , desequilíbrio e quedas	Sim	Sim	SMA, GB ou conexões e PMA ou conexões

Essa classificação representa uma tentativa de simplificação na subclassificação das apraxias de marcha, mas não é universalmente aceita. Acreditamos que o termo apraxia de marcha pode ser adequado para descrever a maioria dos distúrbios de marcha de nível superior, com ressalva apenas à marcha cautelosa, que a nosso ver não pode ser enquadrada nessa condição.

Apraxia de marcha de origem vascular

Na série de Sudarsky, 16% dos pacientes com alteração de marcha tinham evidências de infartos cerebrais na TC embora não apresentasse nenhuma história de hemiparesia ou déficit motor maior.

Na série de Fuh, a prevalência de múltiplos infartos e doença de Binswanger é ainda maior, chegando a 28%.

Alterações nos pequenos vasos periventriculares e na substância branca que são atribuídas a isquemia crônica (leucoaraiose), podem também contribuir para os distúrbios de marcha. Alguns trabalhos têm demonstrado que pacientes “caidores” com alteração de marcha e equilíbrio apresentam hipodensidade na substância branca à TC mais exuberante que os controles.

O problema é que a leucoaraiose é muito freqüente na população geriátrica, sendo encontrada em 19% dos idosos “normais” à TC e em 92% a RNM de encéfalo. Talvez apenas alterações na substância branca periventricular excessivas para a idade estejam clinicamente associadas a doenças como demência vascular e distúrbios de marcha de nível superior (HLGD).

Os distúrbios de marcha de nível superior também podem ser causados por infartos frontais ou em gânglios da base.

Em um caso especial de leucoaraiose, chamado leucoencefalopatia subcortical aterosclerótica ou doença de Binswanger, as lesões de pequenos vasos envolvendo os gânglios da base e as substâncias brancas periventricular determinam apraxia de marcha em pelo menos metade dos pacientes com essa condição. É importante lembrar que os distúrbios de marcha nessa condição podem ser observados até 02 anos antes do quadro demencial.

Acreditamos que infartos na AMS ou nos circuitos ligam essa área a estruturas subcorticais, em particular os gânglios da base e o núcleo ventro-lateral do tálamo e podem levar à quadros de apraxia de marcha caracterizados principalmente por dificuldade de iniciar a marcha, passos curtos e freezing. Também observamos um grande número de pacientes com distúrbios vasculares que apresentam o desequilíbrio como sua maior queixa.

Talvez infartos nos circuitos que ligam as vias sensoriais à PMA dificultem a utilização das informações sensoriais do ambiente, informações essas que nos ajudam a iniciar e controlar os submovimentos. Essa incapacidade de integrar as informações externas à seqüência motora pretendida é a principal causa da instabilidade desses pacientes.

Marcha cautelosa

A marcha cautelosa é uma resposta à percepção de instabilidade e pode ser desencadeada por artrite, dor, disfunção sensorial ou vestibular ou pelo medo de queda. Geralmente uma patologia subjacente torna-se aparente com o tempo e é necessário identificar as condições contribuintes para a marcha cautelosa para desmascarar patologias neurológicas primárias.

Alguns autores consideram a marcha cautelosa o distúrbio de marcha mais freqüente no idoso. Chamamos atenção para o papel do medo da queda nas alterações de marcha observadas nesses pacientes. Quase sempre o medo de cair gera no idoso uma ansiedade toda vez que ele é exposto a condições em que o risco de cair esteja presente. Essa **ansiedade pode se manifestar de três formas principais** que podem estar presente em maior ou menor grau com variações individuais:

- A primeira pode ser descrita como uma manifestação motora da ansiedade, na qual o idoso adquire uma postura mais rígida, com perda da cadência, passos curtos e aumento na fase de apoio da marcha. As viradas passam a ser realizadas em bloco, lembrando a marcha parkinsoniana.
- A segunda forma de manifestação da ansiedade é a forma psicofisiológica, na qual o paciente apresenta uma hiperatividade simpática associada a hiperventilação que, por sua vez, pode gerar alcalose e prejudicar o equilíbrio por alterações no nível de SNC.
- Por fim, a terceira forma de manifestação da ansiedade é a cognitiva, onde o medo vivenciado pelo paciente faz com que o mesmo restrinja sua mobilidade gerando um descondicionamento físico e perda das reservas posturais.

Na **síndrome de desadaptação** psicomotora é observada uma forma mais grave de alteração de marcha e equilíbrio gerada pelo medo de queda associado à fragilidade.

Hidrocefalia de pressão normal (HPN)

O diagnóstico de HPN, descrito pela primeira vez por Adams em 1965, é baseado na tríade clássica de demência, instabilidade de marcha e incontinência urinária, com hidrocéfalo observado à TC de crânio e uma pressão de líquido normal (menor que 180 mmHg). Estima-se que essa condição possa estar presente em até 1% dos idosos avaliados com suspeita de demência.

O diagnóstico de HPN é pouco prevalente, conforme observado na série de Sudarsky e na série de Fuh. A marcha da HPN pode ser caracterizada pela instabilidade que progride para uma marcha de passos curtos com pés arrastados, viradas lentas e instáveis e dificuldade para iniciar a marcha.

A função dos membros inferiores é normal, especialmente para tarefas motoras voluntárias, quando o paciente encontra-se em posição supina e torna-se anormal quando os membros inferiores têm que suportar o peso do corpo. Esse tipo de marcha se assemelha à apraxia de marcha descrita acima.

O diagnóstico de HPN pode ser difícil uma vez que os achados tomográficos, ventriculomegalia e atrofia cerebral, não são necessariamente diagnósticos. Além disso, a TC em pacientes com HPN pode revelar múltiplos infartos, assim como pacientes com múltiplos infartos podem ter hidrocefalo. Isso sugere que um possível overlap entre HPN e a lesões vasculares possa ser responsável por algumas das alterações de marcha observadas nesses pacientes. A resposta clínica à retirada de 40 a 50 ml de líquido é considerada um melhor parâmetro para o diagnóstico de HPN e para a seleção de pacientes a serem submetidos ao tratamento cirúrgico dessa condição.

Hemiparesia espástica – lesões do trato córtico-espinhal

A marcha hemiparética espástica é causada por lesão unilateral do trato córtico-espinhal no hemisfério ou tronco cerebral contralateral ou ainda na medula cervical alta ipsilateral.

Nesse tipo de marcha, o paciente caminha lentamente, apoiando o peso do corpo sobre o lado não afetado e movendo o membro parético em semicírculo, com o pé arrastando no chão. Ao mesmo tempo, o braço permanece junto ao corpo, em semiflexão. A etiologia da marcha hemiparética comumente inclui acidente vascular isquêmico ou hemorrágico envolvendo cápsula interna.

Esse tipo de alteração de marcha é facilmente diagnosticado na prática clínica.

Paraparesia espástica – mielopatia cervical:

A mielopatia é uma causa freqüente de distúrbio de marcha em idosos e a artrite degenerativa da coluna cervical (espondilose cervical) é a etiologia mais comum.

Protrusões osteofíticas são freqüentemente observadas nas radiografias de coluna cervical de pacientes idosos. Impressões na medula cervical por barras espondilóticas foram encontradas em 10% dos pacientes acima de 70 anos de um estudo de autópsias não selecionadas. Essa patologia é devida à compressão crônica da medula.

Características clínicas típicas incluem: espasticidade e hiperreflexia nas pernas, sinais de comprometimento das colunas dorsais e urgência urinária. Cervicalgia e radiculopatia estão freqüentemente ausentes, embora alguns pacientes possam se queixar de dormência nas mãos. Na marcha paraparética, cada perna é avançada lenta e rigidamente, com movimentação restrita nos quadris e joelhos. As pernas encontram-se esticadas ou ligeiramente flexionadas na altura dos joelhos e as coxas podem estar fortemente aduzidas, fazendo com que as pernas quase se cruzem quando o paciente caminha (marcha em “tesoura”). As passadas são regulares e curtas, sendo que o paciente avança apenas com grande esforço. Na série de Sudarsky, 16% dos pacientes preenchem critérios para

mielopatia, baseado na evidência de espasticidade das pernas (hipertonia espástica e sinais piramidais), déficits de propriocepção e achados positivos na avaliação por imagem.

Parkinsonismo

A doença de Parkinson idiopática afeta 1,5% da população acima de 65 anos. Alguns pacientes apresentam uma síndrome de rigidez axial predominante e alterações de marcha. Quando o tremor de repouso, uni ou bilateral está presente, essa condição é facilmente reconhecida. Nos pacientes com doença de Parkinson, a marcha é caracterizada por uma postura fletida, redução no swing dos braços e tendência a festinação. Os pacientes freqüentemente têm dificuldades ao iniciar o movimento e ao realizar viradas. Levantar de uma cadeira pode ser difícil ou mesmo impossível para alguns. Distúrbios de equilíbrio ocorrem em um estágio mais tardio, quando as respostas posturais estão comprometidas. A marcha pode melhorar com o tratamento medicamentoso, mas o equilíbrio muitas vezes não é restaurado.

Devemos salientar, entretanto, que muitos pacientes que apresentam rigidez ou bradicinesia, especialmente aqueles com tendência a quedas precoce e disfunção dos reflexos posturais, não têm o diagnóstico de doença de Parkinson.

Condições a serem consideradas nesses pacientes incluem a atrofia de múltiplos sistemas (síndrome de Shy-Drager, degeneração olivopontino cerebelar e degeneração estriatonigral), paralisia supranuclear progressiva, doença de copos de Lewy e degeneração gangliônica cortico-basal.

O parkinsonismo induzido por drogas também é muito prevalente em nosso meio, particularmente em pacientes institucionalizados que recebem neurolépticos.

Agrupamento das manifestações clínicas para utilização diagnóstica

Grupo A: Manifestações características da Doença de Parkinson

- Tremor em repouso
- Bradicinesia
- Rigidez
- Início assimétrico

Grupo B: Manifestações sugestivas de um diagnóstico alternativo

- Manifestações incomuns no curso clínico inicial
- Instabilidade postural proeminente nos primeiros três anos de início dos sintomas
- Fenômeno do congelamento nos primeiros três anos
- Alucinações não relacionadas a medicações nos primeiros 3 anos
- Presença de demência precedendo sintomas motores ou no primeiro ano de doença

- Paralisia ocular supranuclear (outra que não restrição do olhar para cima ou redução da velocidade dos movimentos oculares verticais)
- Disautonomia sintomática e severa não relacionada com o uso de medicamentos
- Documentação de uma condição conhecida como causadora de parkinsonismo e plausível conexão com os sintomas do paciente, tais como lesão cerebral focal compatível com os sintomas ou uso de neurolépticos nos últimos seis meses.

Critérios diagnósticos de doença de Parkinson

Critérios para diagnóstico **possível**

- Pelo menos 2 manifestações do grupo A estarem presentes e pelo menos 1 delas ser tremor ou bradicinesia;
- Nenhuma das manifestações do grupo B estar presente, ou Sintomas estarem presentes por menos de 3 anos, e nenhuma das manifestações do grupo B estar presente até o momento;
- Significativa e mantida resposta à levodopa ou a um agonista dopaminérgico seja documentada ou pacientes sem adequado tratamento com levodopa ou agonista dopaminérgico.

Critérios para diagnóstico **provável**

- Pelo menos 3 manifestações do grupo A estarem presentes;
- Nenhuma das manifestações do grupo B estar presente (observação: duração dos sintomas por no mínimo 3 anos);
- Significativa e mantida resposta a levodopa ou a um agonista dopaminérgico seja documentada.

Critérios para diagnóstico **definitivo**

- Todos os critérios para diagnóstico de doença POSSÍVEL e confirmação histopatológica do diagnóstico por autópsia.

Ataxia cerebelar

- Distúrbios cerebelares podem apresentar-se como instabilidade de marcha e tendência a quedas;
- A marcha é caracterizada por instabilidade lateral do tronco, posicionamento errático dos pés, base alargada e perda de equilíbrio durante a tentativa de caminhar com um pé à frente do outro;
- A ataxia cerebelar é uma causa rara de distúrbio de marcha em idosos. Na série de Sudarsky, 8% dos pacientes com alteração de marcha apresentavam o diagnóstico de ataxia cerebelar.

C – DISFUNÇÃO DAS VIAS EFETORAS EFERENTES E DO SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO:

Neuropatias periféricas

- As neuropatias periféricas causam fraqueza distal, freqüentemente assimétrica e com alterações sensoriais.
- Atrofia e fasciculações podem ocorrer.
- Ao exame neurológico é possível observar tônus muscular normal ou reduzido, hiporreflexia a alterações tróficas como perda de cabelo e unhas e pele fina e brilhante.
- O paciente pode atropelar nos artelhos ou gastar a ponta dos sapatos (pé caído).
- Entre as condições que levam a neuropatias periféricas citamos as neuropatias hereditárias e neuropatia fibular compressiva.
- Radiculopatias lombares são causa de dor e déficits neurológicos em membros inferiores e a estenose do canal lombar, especialmente com o envolvimento de múltiplas raízes nervosas, podem apresentar-se clinicamente como claudicação neurogênica.

Artropatias degenerativas

- Condição muito freqüente em geriatria, a osteoartrite está presente em até 70% das mulheres acima de 65 anos se considerarmos critérios radiológicos para o diagnóstico.
- O principal sintoma da ósseo artrite é a dor, eventualmente desencadeada pelo próprio peso do corpo sobre a articulação.
- Além da dor, a rigidez articular, redução da amplitude de movimento da articulação comprometida, fraqueza dos músculos periarticulares e instabilidade articular podem comprometer a marcha do idoso e levar a quedas.

Fraqueza muscular

- A fraqueza muscular contribui para o risco de queda.
- Importância especial deve ser dada à fraqueza na flexão dorsal do pé, uma vez que a coordenação entre dorsiflexão e flexão plantar é fundamental na correção de qualquer perturbação do equilíbrio.
- A principal causa de fraqueza muscular no idoso é a redução da mobilidade pelo falta de condicionamento físico associada a sarcopenia.

- Miopatias inflamatórias, síndrome miastênica de Lambert-Eaton, neuropatia proximal diabética são condições menos comumente diagnosticadas.

Deformidades dos pés

- Calosidades, joanetes, calçados inadequados são causas de distúrbio de marcha que freqüentemente não são percebidos pelos médicos em geral.

Síndrome de desadaptação psicomotora

- A síndrome de desadaptação psicomotora (SDP) é caracterizada por desequilíbrio, tendência a cair para trás ao assumir a posição ortostática, hipertonia reacional, respostas posturais alteradas, alterações de marcha e medo de quedas.
- A Síndrome de Desapitação Psicomotora pode resultar da perda das reservas posturais atingindo um limiar de fragilidade no qual o indivíduo não consegue mais manter um nível funcional adequado.
- Essa entidade clínica pode estar associada a disfunção subcortico-frontal na qual a microangiopatia desempenha um papel principal, quase sempre associada a alterações em vias aferentes e eferoras.
- A SDP – Síndrome de Desapitação Psicomotora pode ser desencadeada por inúmeros fatores como doenças metabólicas e cardiovasculares, quedas e períodos de restrição ao leito.

A ABORDAGEM CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE MARCHA E EQUILÍBRIO EM GERIATRIA

Em alguns casos a causa do distúrbio de marcha no idoso pode ser diagnosticada antes mesmo do idoso sentar-se na cadeira do consultório, entretanto, outros casos não serão diagnosticados nem mesmo após extensa investigação (o que geralmente não é necessário como veremos).

A importância do diagnóstico é identificar causas reversíveis ou tratáveis e indicar modalidade correta de reabilitação para as causas não tratáveis.

O exame da marcha começa quando o paciente entra no consultório e senta na cadeira. Durante o exame formal todo paciente idoso deve ser submetido a um teste de screening para risco de queda relacionado à distúrbio de marcha e equilíbrio.

O *Timed Up and Go Test*

O paciente deve levantar-se de uma cadeira sem o apoio dos braços, deambular 03 metros, girar 180°, retornar à cadeira e sentar-se novamente. O tempo no qual o idoso realiza essa tarefa é cronometrado.

- Pacientes que conseguem realizar o teste sem se desequilibrar e com um tempo menor que 10 segundos, ainda que apresentem um distúrbio de marcha, têm risco de queda mínimo, assim, não se justifica qualquer avaliação adicional.

- Pacientes com tempo entre 10 e 20 segundos são em geral independentes e, na ausência, história de quedas ou padrão de marcha típico não devem ter sua propedêutica estendida.
- Pacientes com tempo maior que 20 segundos geralmente são dependentes em muitas atividades de vida diária e na habilidade da mobilidade, por isso, devem ser investigados para o diagnóstico do seu distúrbio de marcha.

Para os pacientes com risco de queda aumentado detectados pelo *Timed Up and Go Test*, o próximo passo é a análise da marcha, que a nosso ver pode ser realizado de uma forma simplificada no próprio consultório médico. Durante essa análise, o médico deverá avaliar:

1. Paciente levantando da cadeira;
2. Paciente de pé;
3. Início da marcha (*freezing*, hesitação ao iniciar ou virar);
4. Manutenção da marcha (cadência, largura da base de suporte, tamanho da passada, altura dos passos, *swing* dos braços, desvios de trajetória ou presença de instabilidade);
5. Virada;
6. Equilíbrio (em pé, resposta postural a empurrão, equilíbrio unipodálico, marcha pé-antepé).

O objetivo dessa análise é tentar identificar os padrões de marcha, baseados nas características que serão descritas abaixo.

Além da análise de marcha outros testes podem ser necessários e devem ser selecionados de acordo com a suspeita clínica.

Padrões típicos de marcha

Marcha hemiplérgica espástica

O paciente apresenta: adução da extremidade superior e flexão em todos os níveis (cotovelo, punho e dedos); extensão da extremidade inferior em todos os níveis (quadril, joelho e tornozelo); o pé é rodado internamente.

Pacientes com hemiplegia espástica têm grande dificuldade de flexionar o quadril e joelhos envolvidos e realizar a flexão dorsal do tornozelo. Como resultado, eles não arrastam o pé solto atrás deles, mas o balançam no lado afetado em um meio círculo (circunção).

A parte superior do corpo se inclina e a marcha é lenta e difícil. Os reflexos patelares e aquileu estão exacerbados e há presença de sinal de Babinski no lado afetado.

Marcha paraplérgica espástica

As pernas são estendidas no quadril e nos joelhos e aduzidas nos quadris. Os artelhos

sempre ficam no chão. Como resultado, uma perna precisa ser impulsionada por sobre a outra em vez de para frente, produzindo assim um movimento cruzado típico (“marcha em tesoura”).

Como os pés freqüentemente arrastam no chão, os sapatos ficam gastos na frente. Para compensar o movimento rígido das pernas, o paciente pode mover o tronco de um lado para o outro.

Novamente os reflexos estão exacerbados nos membros inferiores e o sinal de Babinski pode estar presente.

Marcha cerebelar

É a marcha instável e vacilante da ataxia cerebelar. Ela é totalmente irregular em freqüência, amplitude e direção. É freqüentemente acompanhada por uma tendência a cair para um lado ou para o outro, para frente ou para trás.

A passada é larga, mas não o suficiente para evitar o balanço. A falta de equilíbrio em pé piora consideravelmente quando o paciente coloca os pés juntos e, em geral, leva à oscilação e até mesmo à queda.

Abrir ou fechar os olhos não piora o equilíbrio, ao contrário da ataxia sensorial. Os passos variam em comprimento e são acompanhados por oscilação de um lado para o outro. Outros sinais de doença cerebelar estão presentes e podem ser pesquisados com a prova index – nariz, calcanhar-joelho, pesquisa de disdiadococinesia e sinal do rechaço.

Marcha parkinsoniana

Os passos são muitos pequenos a princípio, mal livrando do chão. O andar é bastante lento e sem movimentos automáticos associados (como balançar os braços).

O início dos movimentos é particularmente difícil. Outras características são a festinação (caminhar acelerado involuntário) e a propulsão (tendência a cair para frente e motivo do caminhar acelerado).

Na posição de pé, a cabeça do paciente se dobra para baixo, a coluna torácica dobra-se para frente, os braços ficam moderadamente fletidos nos cotovelos e as pernas ficam levemente fletidas nos quadris e nos joelhos.

Durante a caminhada o tronco se dobra mais para frente, os braços ficam imóveis ao lado ou para frente do corpo e as pernas permanecem dobradas nos quadris, nos joelhos e tornozelos.

Os pacientes apresentam **rigidez**, que pode ser observada durante manobras de movimentação passiva das articulações, e **bradicinesia** que pode ser documentada através do “*finger tapping*” (no qual o paciente toca a ponta do indicador no polegar repetidas vezes) pedindo-se ao paciente para abrir e fechar a mão com rapidez, várias vezes e em membros inferiores, solicitando ao paciente que bata os pés no chão várias vezes, o mais rápido possível.

Marcha parética

O paciente arrasta as pontas dos pés gastando as pontas dos sapatos. Os pés caem na marcha, pela ação da gravidade, devido à fraqueza do grupo tibial anterior. Ocorre nas polineuropatias periféricas.

Marcha antálgica

É a marcha resultante da dor ao apoio. A fase de posicionamento é tipicamente encurtada no lado afetado. O pé é abaixado de forma suave até o chão no lado afetado e elevado quase imediatamente.

Padrões atípicos de marcha

Marcha cautelosa

Ausência de dificuldade em iniciar a marcha, lentificação da marcha, maior tempo do ciclo da marcha em fase de apoio, os pés não arrastam no solo e existe apenas um discreto desequilíbrio, que pode ser evidenciado pela dificuldade em caminhar pé-ante-pé, pelo equilíbrio unipodálico comprometido e pela resposta postural levemente comprometida após um empurrão súbito.

Síndrome de desadaptação psicomotora

O equilíbrio é prejudicado com tendência a cair para trás, dificuldade ao iniciar a marcha, incapacidade de levantar de uma cadeira sem apoio.

Uma vez em pé, esses pacientes sempre seguram o cuidador ou se apóiam na cadeira, mesa, parede ou outros. São incapazes de realizar o *Get Up and Go Test*.

Apraxia de marcha

Conforme o descrito anteriormente, a apraxia de marcha pode assumir diversas formas de apresentação, por isso consideramos esse padrão de marcha atípico. Dois padrões distintos de alterações podem ser descritos.

- O primeiro manifesta-se predominantemente pelo desequilíbrio em que poderemos observar tendência a queda para trás, incapacidade de se manter de pé sem suporte e tentativas bizarras de coordenar movimentos do tronco e das pernas. Ao tentar se levantar da cadeira esses pacientes empurram para trás ao invés de impulsionarem o corpo para frente. Quando recebem ajuda para deambular, seus passos podem ser desorganizados e ineficazes em alguns casos, mas podem exibir um padrão razoável em outros.
- Um segundo padrão manifesta-se por falência de ignição em que observamos grande dificuldade ao iniciar a marcha (hesitação) e ao manter o movimento (*freezing*). A marcha é feita com passos arrastados e após um tempo de caminhada, a passada se torna mais longa e a marcha melhora. Obstáculos no caminho ou a virada levam ao *freezing* e deterioram a marcha. Nesses pacientes o equilíbrio é relativamente preservado.

Entre os dois padrões clássicos descritos anteriormente, entretanto, existem vários outros modelos de apresentação da apraxia de marcha que mesclam componentes de desequilíbrio com falência de ignição, gerando assim em espectro de manifestações clínicas na apraxia de marcha. Como pacientes com apraxia de marcha apresenta em geral lesões em lobo frontal, outras características podem estar presentes como: parkinsonismo, sinais de liberação frontal, sinais piramidais discretos e incontinência urinária.

Os distúrbios do lobo frontal pode ser testado através de uma bateria de testes que avaliam a capacidade de conceituação, flexibilidade mental, programação motor, sensibilidade à interferência, controle inibitório e autonomia ambiental. Como programação motora relaciona-se à capacidade de realizar tarefas que requerem organização temporal, manutenção e execução de atos sucessivos, talvez essa seja a função frontal mais prejudicada em pacientes com apraxia de marcha.

Podemos testar a programação motora com uma série simples como: mão fechada, palma e borda. Pacientes com lesão frontal podem apresentar simplificação de tarefas (dois gestos ou invés de três) e perseveração (repetição inapropriada do mesmo gesto).

Disfunção sensorial múltipla

Nesses casos, o padrão de marcha irá refletir o nível de disfunção das vias sensoriais afetadas. O padrão de marcha é totalmente atípico podendo ir da ataxia sensorial (perda **proprioceptiva** predominando), marcha apropriadamente cautelosa (perda **visual** predominando) ou **desequilíbrio** durante a marcha (perda vestibular predominando).

Como observar o padrão da marcha raramente ajuda no diagnóstico nesses casos, sugerimos a avaliação das vias sensoriais de maneira independente. Assim, a **visão** deverá ser avaliada pelo **teste de Snellen**.

A propriocepção é avaliada através da movimentação passiva da articulação do primeiro dedo do pé pelo examinador, que deverá flexioná-lo ou estendê-lo pedindo ao paciente para informar se o dedo está para cima ou para baixo. Obviamente o paciente deverá estar com os olhos fechados.

A sensibilidade vibratória também deve ser testada com o auxílio de um diapasão, já que o estímulo vibratório também é conduzido por fibras grossas tipo I e é transmitido ao SNC pela mesma via do estímulo proprioceptivo. Por fim o teste de Romberg deve ser realizado. Sugerimos como teste de triagem para avaliar disfunção vestibular o teste de impulso com a cabeça e o teste de acuidade visual dinâmica.

Teste de impulso da cabeça

É um teste simples que pode ser feito no leito e permite a identificação e a localização de uma perda grave da função do canal horizontal ou do nervo vestibular associado.

O teste é realizado da seguinte forma: segure a cabeça do paciente com as mãos e gire a cabeça do paciente o mais rápido possível cerca de 30° para esquerda e para direita, pedindo ao paciente que fixe seu olhar em seu olho direito durante o movimento passivo

da cabeça. A fixação é perfeita em indivíduos sadios nos dois lados. Em pacientes com disfunção vestibular grave (falha calórica unilateral maior que 60%) o reflexo vestibulo-ocular é insuficiente quando a cabeça é girada para o lado comprometido. Um movimento sacádico corretivo deve ser feito para encontrar e fixar seu olhar novamente e é interpretado como sinal de função vestibular anormal reduzida.

Teste de acuidade visual dinâmica

O paciente deve ler a menor linha possível do **teste de Snellen**, enquanto o examinador oscila a cabeça a 01 Hz ou mais. Uma piora da acuidade visual em comparação com a condição estática em pelo menos 03 linhas aponta perda da função vestibular.

Salientamos que os testes de visão, propriocepção e vestibular somente identificam disfunções graves, nas quais uma patologia subjacente pode ser identificada. A detecção de pequenos déficits sensoriais exige exames complexos como eletroneuromiografia, eletronistagmografia e outros. Ainda não é possível afirmar se uma extensa propedêutica é custo-efetiva.

Fatores que contribuem para distúrbio de marcha e equilíbrio

A – Fraqueza muscular

Devemos sempre testar a força muscular dos membros inferiores já que a fraqueza muscular pode contribuir para as alterações de marcha observada no indivíduo idoso. Os grupos musculares testados são:

- Ílio-psoas (flexão da coxa);
- Quadríceps (extensão da perna);
- Tibial anterior (flexão dorsal do pé);
- Panturrilha (flexão plantar do pé);
- Músculos posteriores da coxa (flexão dorsal da perna).

B – Disfunção articular

O exame das articulações dos membros inferiores também deve ser realizado buscando detectar dor, limitações na amplitude de movimento (ADM) e instabilidade articular.

- Articulação coxo-femural:

Amplitude de movimentos: Abdução (45°) e adução (30°); flexão (120°); extensão (30°); rotação interna (135°) e externa (45°)

Teste de Patrick ou Fabere – detecção de patologias coxo-femorais

- Articulação do joelho:

Amplitude de movimentos: extensão (0°), flexão (135°), rotação com joelho a 90° (10°)

Estabilidade articular: testar estabilidade dos ligamentos colaterais – medial e lateral – e dos ligamentos cruzado anterior e posterior. Testar integridade dos meniscos.

C – Deformidades dos pés

Avaliar os pés em busca de alterações que podem contribuir para piora da marcha como *hálux valgus*, ceratose plantar, úlceras, unha encravada, calcanealgia, onicomiose e até mesmo calçados inadequados.

D – Cognição

A incapacidade cognitiva é avaliada através de um teste de screening, o **Mini-Mental de Folstein**. Pacientes com escore abaixo do esperado pela sua escolaridade devem ser investigados para a presença de demência.

E – Depressão

A depressão no idoso está relacionada a alterações na postura e no equilíbrio corporal, por isso julgamos necessário que todos pacientes em avaliação com relato de quedas devem ser submetidos no mínimo a um screenig para depressão que pode ser feito através da **Escala de Depressão Geriátrica/GDS** (Yesavage).

5.1.2 Quedas

Tem como consequência as restrições na mobilidade podendo levar a sérias complicações. O idoso que sofreu queda pode se tornar inseguro e abandonar as atividades cotidianas comprometendo a convivência, atividades de vida diária (alimentação, higiene, vestuário) e atividades instrumentais de vida diária (maior grau de complexidade).

O idoso saudável pode sofrer quedas em tarefas que exigem um bom equilíbrio enquanto o idoso frágil pode apresentá-las ao entrar e sair do box no banheiro, levantar-se de sofás baixos e macios, ao utilizar toaletes baixos, etc.

Estatísticas demonstram que 29% dos idosos caem pelo menos 1 vez ao ano e 13% dos idosos caem de forma recorrente (Perracini, 2005).

Importante avaliar pacientes que apresentam tendência a quedas e que estimulam uma avaliação mais detalhada. São eles:

- mulheres idosas;
- história anterior de fratura osteoporótica;

- mobilidade prejudicada;
- incapacidade de se levantar da cadeira sem o auxílio dos braços;
- marcha instável;
- distúrbios cognitivos.

Avaliação funcional

Objetivos de uma avaliação funcional

- Avaliar quantitativamente a habilidade funcional do indivíduo.
- Avaliar o resultado terapêutico com metodologia objetiva.
- Avaliar conjuntos de destreza motora e não grupos isolados.
- Abordar o indivíduo hígido e aquele com patologias.
- Facilidade de execução em qualquer recinto e por qualquer profissional (rapidez e simplicidade).
- Contribuir para o reconhecimento de indivíduos que apresentem risco de quedas.

Qualidades básicas de avaliação funcional

- Validade e confiabilidade do conceito estudado.
- Sensibilidade às pequenas mudanças ao longo do tempo.
- Inclusão de tarefas do cotidiano.
- Ser aplicável em qualquer paciente.
- Facilidade de comunicação dos resultados com a equipe.

Prevenção de quedas

Propõe-se a adaptação do ambiente com remoção dos riscos para prevenção de acidentes e aumento da funcionalidade. Por outro lado, incentiva-se a mudança de atitude observando a supervalorização do conhecimento prévio e familiaridade com o ambiente doméstico. Pode se dar das seguintes maneiras:

Prevenção primária: incentivo à atividade física, nutrição adequada, avaliação de riscos domésticos, revisão periódica da medicação buscando eliminar a que favorece as quedas.

Prevenção secundária: identificação dos fatores que aumentam os riscos em pessoas que já sofreram quedas.

Avaliação do ambiente

Avaliar a natureza das estratégias ambientais (dispositivos de ajuda), as características do paciente (desempenho, necessidades, e desejos), dos membros da família e da rede de suporte (objetivos dos cuidadores, necessidades e capacidades), e os atributos físicos do ambiente.

Observar o espaço caminhando pelo ambiente acompanhado pelo idoso e pelo cuidador esclarecendo possíveis dúvidas quando surgirem. Considerar que o ambiente físico não é estático e a colocação dos objetos e a organização física pode variar ao longo do dia.

Entrevista com o idoso

Conhecer as demandas, a necessidade e os desejos em relação ao espaço, tais como a rotina prévia e atual, a necessidade atual de suporte, como lida com os problemas cotidianos, levantar os fatores de estresses psicológicos atuais.

Avaliação do desempenho do idoso no ambiente

- Avaliar as habilidades preservadas, as que podem ser restauradas e as habilidades perdidas.
- Determinar as atividades que o cliente exerce e exercerá no ambiente e anotar soluções adotadas no momento.
- Analisar recursos disponíveis.
- Conhecer a motivação do idoso.

Avaliação dos atributos físicos do ambiente

Segurança para entrar e sair do ambiente; a mobília facilita a movimentação, disponibilidade e acesso aos objetos; centros de controle de comandos estão em locais estratégicos, quais as atividades são realizadas nos diferentes espaços; para a realização de cada atividade estão presentes os itens necessários, considere para cada atividade: a seqüência de ações e as demandas motoras e cognitivas. Identificar as pistas no ambiente requer uma observação cuidadosa considerando as relações do ambiente com as habilidades do usuário. O local contém muitos itens, poucos ou o suficiente.

A avaliação dessas dimensões pode afetar a qualidade de vida, o senso de bem-estar e o desempenho ocupacional.

Intervenção

Orientar, treinar e adaptar as atividades cotidianas e a modificação do ambiente. Indagar sobre algum local da residência que não é freqüentado e qual o motivo e o local onde passa a maior parte do tempo, a atividade desenvolvida e os problemas com o local.

AVALIAÇÃO AMBIENTAL – INTERVENÇÕES AMBIENTAIS

LOCAL	AVALIAÇÃO
ÁREAS DE LOCOMOÇÃO	Áreas de locomoção desimpedidas
	Barras de apoio
	Revestimentos: uniformes ou tapetes bem fixos
ILUMINAÇÃO	Aumentar a intensidade de 2 a 3 vezes, especialmente no banheiro e nas escadas, usar luz fluorescente
	Suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus
	Utilizar luzes noturnas e luminárias com base segura
	Distribuir os interruptores por lugares fáceis de notar
	Sentinela: iluminando o quarto, o corredor e o banheiro
	Embutir fios dos aparelhos ou fixá-los
	Iluminação exterior: suficiente para iluminar toda a entrada exterior
	Cama com luz indireta
QUARTO DE DORMIR	Guarda-roupa: cabides facilmente acessíveis
	Cadeira permitindo assentar para se vestir
	Controle de luz e telefone ao lado da cama
	Cama de altura adequada (45); colchão firme
BANHEIRO	Área do chuveiro: antiderrapante, cadeira de banho
	Lavabo: facilmente acessível e bem fixo
	Aumento da altura do vaso sanitário
	Barras de apoio laterais e paralelas ao vaso
	Box: abertura fácil, cortina bem firme
COZINHA	Armários: baixos, sem necessidade de uso de escadas
	Pia sem vazamento e que permita a entrada de cadeira de roda se necessário
ESCADA	Revestimento antiderrapante, marcação do primeiro e último degrau com faixa amarela
	Interruptores no início e final da escada
	Identificação das bordas dos degraus com faixa amarela
	Corrimão bilateral e sólido, observar a distância da parede, o contraste de cor e o diâmetro
	Corrimão que se prolonga além do primeiro e do último degrau
	Espelho do degrau fechado, com lixas antiderrapantes
	Uniformidade dos degraus: altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes
SALA	Disposição dos móveis para facilitar a circulação, sofás e cadeiras firmes e com braços

Tratamento

Deve ser direcionado à causa básica sempre levando em conta a prevenção.

5.2 A INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL

5.2.1 Incontinência urinária

Incontinência urinária é definida como a perda de urina involuntária em quantidade ou frequência suficiente para originar um desconforto social ou problemas de saúde.

As principais conseqüências relacionadas à incontinência urinária são: insuficiência renal, Infecção do Trato urinário/ITU, sepse, aumento do risco de quedas e fraturas, maceração da pele e formação de feridas e o impacto psicossocial (isolamento social, depressão, vergonha).

Embora possa ocorrer em todas as faixas etárias, a incidência da incontinência urinária aumenta com o decorrer da idade. Calcula-se que 8 a 34% das pessoas acima de 65 anos possuam algum grau de incontinência urinária sendo que atinge cerca de 50% dos idosos institucionalizados e é mais prevalente em mulheres. Constata-se que apenas 50% dos portadores de incontinência urinária procuram consulta por esse motivo.

A incontinência urinária pode ser classificada como

- Incontinência por Urgência
- Incontinência Urinária de Esforço
- Incontinência Mista
- Incontinência Paradoxal
- Incontinência Total

Classificação

A incontinência por urgência

Constitui a principal causa de incontinência urinária em pacientes idosos de ambos os sexos (cerca de 60%), geralmente decorre de hiperatividade detrusora e se manifesta clinicamente por perda urinária com desejo súbito e incontrolável de urinar.

A incontinência urinária de esforço – ESTRESSE

Representa 30% das causas de incontinência em pacientes idosos do sexo feminino, decorre de deficiência esfínteriana associada ou não à hipermotilidade do colo vesical de modo que, durante manobras de esforço (tosse, espirro, etc.), a pressão intravesical supera a pressão no nível de esfínter gerando perdas. Caracterizar clinicamente as perdas urinárias relacionadas a aumentos da pressão intra-abdominal não precedida de desejo miccional.

No homem é comum após ressecção prostática ou radioterapia.

A incontinência mista

Decorre da associação de incontinência por urgência à incontinência de esforço.

A incontinência paradoxal – transbordamento

Representa importante causa de incontinência urinária em homens idosos. Decorre de hiperdistensão vesical geralmente secundária à obstrução prostática ou hipocontratilidade detrusora, onde o paciente não consegue obter micções eficazes permanecendo com a bexiga cheia e perdendo urina por transbordamento.

Manifesta-se clinicamente por perdas em gotejamento associado a globo vesical palpável (bexigoma).

A incontinência total ou funcional

Decorre de lesão esfinteriana e geralmente de lesão do esfíncter uretral externo ou de sua inervação, em conseqüência de cirurgias para tratamento de hiperplasia prostática benigna e, principalmente, câncer de próstata.

Manifesta-se clinicamente por perdas urinárias contínuas sem globo vesical palpável ou resíduo significativo.

Um dos aspectos mais importante na incontinência urinária do paciente idoso é a caracterização da incontinência como transitória ou permanente.

Caracterização

A incontinência urinária transitória

É aquela decorrente de causas externas ao trato urinário que no idoso apresenta uma reserva funcional diminuída.

As principais condições que levam o paciente idoso a se tornar incontinente estão listadas e podem ser lembradas utilizando-se o termo **mnemônico DIURAMID**.

DIURAMID:

Delírium

Infecção

Uretrite e vaginite atrófica

Restrição de mobilidade

Aumento do débito cardíaco

Medicações

Impactação fecal

Distúrbios psíquico

Tratamento

Dirigido à causa básica e dependerá da abordagem dessas condições, resultando na cura da incontinência em grande parte dos idosos, dispensando investigações mais aprofundadas.

A incontinência urinária permanente

Decorre de alterações anatômicas ou funcionais próprias do trato urinário conforme descritos. O critério de duração não permite classificar a incontinência urinária como transitória ou permanente uma vez que causas transitórias se não diagnosticadas e tratadas adequadamente podem levar o paciente a permanecer incontinente por meses ou até anos.

Avaliação do idoso incontinente

História clínica

Dentro da avaliação do paciente idoso com incontinência urinária, deve-se inicialmente ater-se à história clínica e doenças concomitantes (co-morbidade). Assim, este deve-se pesquisar objetivamente quanto à presença de diabetes, hipertensão arterial e drogas utilizadas no controle destas condições, em especial o uso de diuréticos. Deve-se interrogar o paciente e familiar quanto ao hábito intestinal, mobilidade e status mental.

Antecedentes de patologias neurológicas, tais como acidente vascular cerebral bem como cirurgias prévias sobre o trato urinário inferior, devem ser pesquisadas de forma objetiva.

Exame físico

Devem ser pesquisados sinais de insuficiência cardíaca congestiva, patologias neurológicas e condições que restrinjam a mobilidade tais como artrites e artroses.

- Avaliar a genitália externa em mulheres procurando sinais de vaginite atrófica e a presença de cistocele e retocele.
- Podem ser realizados testes de esforço visando comprovar a presença de Incontinência de Esforço.
- A palpação pélvica permite o diagnóstico de massas tumorais, fecaloma e bexigoma.
- O toque retal em homens permite a avaliação do volume prostático atentando para a possibilidade de eventual obstrução intravesical.

A elaboração de um diário miccional, que consiste numa brochura entregue ao paciente na qual ele anota por um período de 03 a 07 dias o volume urinado, o horário de cada micção, a presença de perdas urinárias e os fatores que as desencadearam. Esse recurso simples e barato permite caracterizar as queixas do paciente quanto ao tipo de incontinência e permite calcular o volume urinário diário.

Diário miccional

O paciente é instruído a preencher uma folha a cada dia durante um período de 03 a 07 dias. O volume urinado pode ser aferido através de um medidor de cozinha. No quadro relativo a perdas, ele pode quantificar com uma a três cruzes de acordo com a intensidade das mesmas.

MODELO DE DIÁRIO MICCIONAL

HORÁRIO	VOLUME URINADO	PERDAS	FATOR DESENCADEANTE
0 h - 3 h			
3 h - 6 h			
6 h - 9 h			
9 h - 12h			
12 h -15 h			
15 h -18 h			
18 h -21 h			
21 h - 24 h			
Total 24 h			

Exames complementares

Exames laboratoriais como urinálise, urocultura, glicemia, creatinina sérica devem ser realizados em todos os pacientes. A presença de infecção ou diabetes descompensado pode ser a causa da incontinência.

A realização de ultra-som em homens permite, na maioria dos casos, afastar ou sugerir a presença de obstrução infravesical (valor de referencia do resíduo: 100ml). Trata-se de um exame não invasivo e importante em homens portadores de incontinência por urgência uma vez que esta pode ser secundária à obstrução.

A presença de um fluxo normal praticamente exclui a ocorrência de incontinência paradoxal. Pacientes que apresentam fluxo superior a 15 ml/seg têm 85% de chance de não apresentarem obstrução infravesical.

Em pacientes magros, a simples palpação do hipogástrio permite confirmar ou afastar a presença de bexigoma. Em pacientes obesos a medida do resíduo pós-miccional pode ser realizada através de cateterismo pós miccional ou ultra-sonografia.

Nos casos em que se excluam as causas transitórias e o paciente permaneça incontinente ou permaneçam dúvidas quanto ao tipo de incontinência após a avaliação inicial descrita acima, o **Estudo Urodinâmico** permitirá a correta caracterização da queixa do paciente e é um exame bem tolerado por idosos.

Outros exames de imagens ou endoscopia ficam reservados aos casos em que se suspeita de patologia anatômica ou tumoral concomitante.

Tratamento

Medidas Gerais

O tratamento deve inicialmente estar focado nas condições externas ao trato urinário. Deve-se descartar a presença de afecções que possam causar incontinência urinária

transitória e abordá-las como medida inicial. Assim pacientes com distúrbios metabólicos que levem o paciente às alterações da função cognitivas devem ser corrigidos.

Eventuais infecções urinárias sintomáticas devem ser tratadas através de antibioticoterapia adequada. Pacientes pós-menopausa com atrofia vaginal, o uso de hormônio tópico é controverso.

A hidratação do paciente deve ser adequada à necessidade do mesmo. Em geral um adulto necessita urinar cerca de 1500 ml ao dia sem uso de diuréticos e com urina não concentrada. A simples adequação deste volume urinário resulta, algumas vezes na remissão da incontinência em muitos pacientes.

A medicação do paciente deve ser checada, em especial o uso de diuréticos para tratamento de hipertensão arterial. Muitas vezes, a simples substituição de um diurético de alça por outro de ação mais longa ou ainda por outra droga resulta na redução do volume urinado num curto espaço de tempo e, conseqüentemente, dos episódios de incontinência.

O controle da glicemia em diabéticos também atua reduzindo o volume urinário.

A normalização do hábito intestinal alivia uma eventual compressão da bexiga pelo fecaloma levando à uma redução da pressão intravesical e diminuindo a possibilidade de perdas.

O tratamento de condições como artrose que resulta em melhora da mobilidade também faz parte do tratamento da incontinência neste grupo etário. Da mesma forma, em pacientes nos quais a mobilidade é restrita, medidas de assistência ao toalete podem facilitar a micção e, conseqüentemente, reduzir os episódios de perdas.

Micções de horário ou comandadas

Pacientes portadores de incontinência urinária também devem ser instruídos a realizar micções a cada duas ou três horas como forma de aliviar a sobrecarga sobre o trato urinário inferior. Este procedimento simples, também denominado **micções de horário**, quando a função cognitiva está preservada ou **micções comandadas** quando outra pessoa lembra o paciente de urinar periodicamente, resulta em melhora significativa dos episódios de incontinência.

Tratamento específico

Incontinência Paradoxal

Pacientes portadores de incontinência paradoxal devem ser tratados abordando-se a causa de eventual obstrução, principalmente em homens.

- O uso de alfa bloqueadores (prazosin, terazosin) estão indicados.
- Uma eventual desobstrução prostática normalmente resulta em drenagem adequada da urina e cessação das perdas.

- Em pacientes com incontinência paradoxal devido à hipocontratilidade vesical, como ocorre em diabéticos, a drenagem intermitente da bexiga através de auto-cateterismo realizado 3-4 vezes ao dia resulta em esvaziamento adequado sem aumento significativo no número de episódios de infecção do trato urinário.

Incontinência Urinária de Esforço (IUE)

O tratamento inicial em idosos deve incluir tratamento comportamental e fisioterápico.

O tratamento comportamental inclui micções de horário mesmo sem desejo miccional, além da adequação da hidratação.

O tratamento fisioterápico visa a recuperação da musculatura do assoalho pélvico proporcionando melhor sustentação à bexiga. Essa melhora pode ser obtida através da realização periódica de exercícios da musculatura pélvica orientados por fisioterapeutas.

Preconiza-se também o uso de cones (pesos) vaginais ou ainda o *biofeedback*, que consiste na realização dos mesmos exercícios, demonstrados de forma objetiva através de eletrodos de eletromiografia ou transdutores vaginais de pressão, conectados a um computador, que permite a demonstração gráfica da contração do assoalho pélvico, melhorando o aprendizado e a aderência ao tratamento. Essa forma de tratamento apresenta como principal vantagem a ausência de efeitos colaterais, porém seus resultados se manifestam apenas após meses de tratamento dependendo da motivação e adesão do paciente.

O tratamento cirúrgico da IUE apresenta, em idosos, resultados semelhantes àqueles obtidos em mulheres jovens embora a morbidade seja maior. Nos casos em que a perda ocorre por hipermotilidade do colo vesical, as cirurgias de suspensão tais como Burch e Marshall Marchetti têm bons resultados. Nos casos em que a deficiência esfínteriana é grave, a abordagem deve ser realizada através de cirurgias de Sling.

Vale ressaltar que a abordagem da Incontinência Mista é semelhante à de esforço, uma vez que a correção das perdas por esforço leva à resolução da urgência em cerca de 70% dos pacientes.

Urge-incontinência (Incontinência de Urgência)

Assim como no caso da Incontinência Urinária de Esforço, o tratamento inicial em idosos deve incluir tratamento comportamental, fisioterápico e neuro-modulação.

Tratamento comportamental

Baseia-se na adoção de determinadas mudanças no comportamento diário como forma de se evitar os episódios de urgência e urge-incontinência.

- A primeira mudança consiste na adequação da hidratação. Baseando-se no volume urinário anotado no diário miccional, pode-se ajustar a hidratação para que o paciente urine 1500 ml/dia. Tal medida resulta em melhora significativa dos sintomas em cerca de 50% dos pacientes.

- A segunda medida consiste na adoção de micções de horário, ou seja, o paciente é orientado a urinar em intervalos fixos de tempo evitando-se que atinja um volume de urina dentro da bexiga, suficiente para desencadear urgência e/ou urge-incontinência.
- Outra medida consiste em orientar os pacientes quanto ao controle da urgência. Normalmente, o paciente ao sentir a sensação de micção iminente procura imediatamente atingir o toalete e geralmente a perda ocorre durante o percurso. Deve-se orientá-lo que diante tal situação ele deve interromper o que estiver fazendo, se concentrar em contrair o assoalho pélvico inibindo a urgência e, logo após ir ao toalete e urinar.

Tratamento medicamentoso

Visa controlar os sintomas de bexiga hiperativa sem interferir no mecanismo da micção. Seu modo de atuação se baseia nos diferentes mecanismos etiopatogênicos que levam à hiperatividade detrusora. Podemos classificar as drogas em:

- 1) Drogas de ação no sistema nervoso central (SNC)
- 2) Drogas de ação periférica
 - ♦ Drogas com atuação nas fibras aferentes e
 - ♦ Drogas de ação a nível motor, que reduzem a excitabilidade do detrusor.

Em termos práticos atuais, as drogas mais utilizadas são aquelas que atuam nas fibras eferentes e músculo detrusor ou principalmente nos receptores vesicais. Como a bexiga recebe principalmente inervação parassimpática, estas drogas são denominadas anticolinérgicas ou antimuscarínicas. Embora também possuam um efeito central, os **antidepressivos tricíclicos** (imipramina) também pertencem a este grupo e apresentam boa eficácia.

Outro grupo inclui os **relaxantes musculotrópicos**, destes os mais conhecidos são: flavoxato (Genurin) e a diciclomina (Bentyl). Embora bastante utilizados no passado, atualmente tais drogas se encontram praticamente abandonada devido à sua baixa eficácia ou pela proximidade entre a dose terapêutica e a dose capaz de causar toxicidade.

As drogas de maior eficácia e segurança no tratamento da bexiga hiperativa, até o momento, têm sido os **anticolinérgicos**. Diversos medicamentos desta categoria já foram utilizados, entre os mais conhecidos até o momento destacamos a propantelina (Probanthine) e a oxibutinina (Retemic, Incontinol).

A propantelina tem eficácia inferior e efeitos colaterais mais significativos que a oxibutinina, razão pela qual raramente é indicada. A oxibutinina representou durante muitos anos a droga padrão no tratamento dos sintomas de hiperatividade detrusora. Sua dosagem em adultos é de 2,5 a 5,0 mg administrados 02 a 03 vezes ao dia. Contudo, essa droga apresenta efeitos colaterais tais como constipação intestinal, tonturas e principalmente boca seca, que levam muitos pacientes a abandonar o tratamento. Novas formas de oxibutinina

utilizando cápsulas de liberação lenta procuram uma distribuição mais regular da droga e parecem diminuir tais efeitos colaterais. Entretanto, faz-se necessário um maior número de estudos para se comprovar tal proposta.

Mais recentemente, foi introduzido no mercado o tartarato de tolterodina (Detrusitol), um potente antimuscarínico que apresenta afinidade pelos receptores vesicais 05 vezes maior que pelos receptores protídeos. Diversos estudos demonstraram uma redução significativa dos efeitos colaterais comuns aos antimuscarínicos e, conseqüentemente, um menor abandono de tratamento. A dose varia de 01 a 02 mg administrados 02 vezes ao dia. Estudos mais recentes apontam também para uma eficácia superior desta droga em relação aos outros anti-colinérgicos. Além disso, a tolterodina por sua menor solubilidade tende a ter uma menor concentração líquórica não interferindo com a função cognitiva, o que parece ser de grande importância especialmente em idosos.

Tratamento fisioterápico

Reabilitação do assoalho pélvico: baseia-se na capacidade da contração do assoalho pélvico de inibir por mecanismo reflexo a contração vesical. Portanto, as diversas formas de tratamento que estimulam a contração do assoalho pélvico tendem a inibir a hiperatividade detrusora.

Fisioterapia do assoalho pélvico

- Consiste inicialmente em orientar as pacientes através de moldes anatômicos da estrutura muscular do assoalho pélvico e a possibilidade de contração de seus músculos.
- Posteriormente, através de toque retal ou vaginal, são orientadas a realizar as duas formas principais de contração desta musculatura através dos movimentos de clameamento e levantamento pela musculatura perineal.
- A paciente deverá realizar estes exercícios várias vezes ao dia e, semanalmente realizar uma reavaliação como forma de checar a correta realização dos mesmos bem como avaliar o progresso do tratamento como forma de motivar a continuidade do tratamento.

É importante na consulta inicial, a elaboração de uma tabela na qual se registre o basal quanto à atividade desta musculatura: força de contração, duração da contração, capacidade de anteriorização do períneo. Esse parâmetro basal será útil não só para avaliação futura da eficácia do tratamento, mas também para motivar a paciente. A eficácia desta forma de tratamento varia de 30 a 70% de cura ou melhora significativa.

Cones vaginais

Baseia-se na introdução via vaginal de pesos progressivos orientando-se a paciente a retê-los durante determinado período de tempo, em princípio a única forma da paciente

retê-los na vagina é através da contração do assoalho pélvico. Caso a paciente faça qualquer outra forma de contração muscular (valsalva, por exemplo), o cone será expelido.

A paciente deverá permanecer várias vezes por semana com o cone introduzido em sua vagina durante determinado período de tempo. Conforme ocorra uma melhora da contração pélvica, os cones vão sendo gradativamente substituídos por outros de maior peso até que se atinja o de peso máximo com o qual a paciente deverá realizar os exercícios.

Biofeedback

Consiste na demonstração objetiva da contração do assoalho pélvico através de transdutores de pressão colocados via retal ou vaginal ou ainda através de eletrodos de superfície para registro eletromiográfico. Estes, por sua vez, são conectados a um computador que elabora imagens gráficas demonstrando a contração do assoalho pélvico.

Permite ensinar ao paciente a correta contração desses músculos bem como permite elaborar um registro basal de contração da musculatura. Como os exercícios necessitam ser feitos várias vezes ao dia e, devido à inviabilidade de o paciente se locomover ao hospital cada vez que necessite realizá-lo, eles são sempre executados como orientação e avaliação. Deve-se orientar o paciente a repeti-los várias vezes ao dia em casa. Pode ser feito sem monitorização (associação entre exercícios pélvicos e *biofeedback*) ou através de aparelhos portáteis que o próprio paciente utiliza em casa.

Conforme haja progressão do tratamento, os resultados podem ser observados nos gráficos elaborados pelo computador, facilitando o acompanhamento bem como melhorando a adesão ao tratamento.

Os tratamentos baseados na reabilitação do assoalho pélvicos têm como grande vantagem serem pouco invasivos com ausência de efeitos colaterais e de representarem a primeira opção em idosos portadores de hiperatividade detrusora. Entretanto, apresentam resultados efetivos apenas após 02 ou 03 meses de tratamento e necessitam ser mantidos por tempo indefinido para manutenção de seus efeitos. Por estas razões, necessitam de alto grau de motivação do paciente e uma função cognitiva preservada a fim de que possam ser empregados.

Na literatura os resultados positivos (melhora significativa ou desaparecimento dos sintomas) variam de 30 a 70%.

Incontinência Urinária Total – Incontinência Pós-prostatectomia

A Incontinência total em idosos geralmente decorre de cirurgias prostáticas, seja por lesão direta do esfíncter, seja por lesão de sua inervação. Embora seja muito mais frequente após cirurgias para tratamento de câncer de próstata, é igualmente devastadora quando ocorre após cirurgias para tratamento de processos prostáticos benignos (Hipertrofia Prostática Benigna/HPB).

É importante ressaltar que a presença de incontinência urinária é bastante comum no pós-operatório recente de cirurgias prostáticas e, por essa razão, o tratamento definitivo dessa condição só deve ser realizado, pelo menos após um ano decorrido da cirurgia inicial.

Tratamento

Cerca de 10% dos portadores de incontinência pós prostatectomia perdem urina por instabilidade detrusora e podem ser tratados através de anticolinérgicos. Nos outros 90% dos casos, ocorre um predomínio de lesão esfíncteriana e a perda urinária decorre da diminuição da resistência uretral.

Nesses casos, o tratamento é feito através de procedimentos não invasivos que aumentem a resistência uretral, tais como fisioterapia ou *biofeedback* que se mostraram de baixa eficácia neste grupo de pacientes.

Em pacientes com incontinência leve a injeção de agentes tais como colágeno, teflon ou macroplastique pode ser suficiente para aumentar a resistência uretral restaurando a continência.

Em pacientes que apresentam incontinência severa o tratamento padrão consistirá na implantação de um esfíncter artificial. Trata-se de uma prótese composta por 03 partes, conectadas entre si e preenchidas por soro que são implantadas cirurgicamente.

A primeira parte é o *cuff* que envolve a uretra no bulbo, que é conectado a uma bomba que é implantada na parte superior do escroto, e a um reservatório implantado no espaço pré-vesical. Todo o sistema é preenchido com solução fisiológica de modo que a pressão do reservatório transmitida ao *cuff* mantém a uretra ocluída. Quando o paciente sente desejo miccional, ele ativa a bomba que transfere o líquido do reservatório para o *cuff*, permitindo a micção.

O esfíncter artificial apresenta eficácia ao redor de 90% no tratamento da incontinência pós prostatectomia com melhora significativa da qualidade de vida dos pacientes. Trata-se de um procedimento pouco invasivo em bem tolerado em idosos.

Apresenta como principais complicações a ocorrência de infecção e falência mecânica, que podem ocorrer em até 15% dos pacientes.

5.1.2 Incontinência fecal

Quadro clínico e epidemiologia

Continência anal é a capacidade em retardar a eliminação de gases ou de fezes até o momento em que for conveniente fazê-lo. Resulta da inter-relação complexa entre volume e consistência do conteúdo retal, capacidade de distensão (complacência retal), sensibilidade retal e a integridade da musculatura esfíncteriana anal, bem como sua inervação.

A incontinência anal é a incapacidade, em graus variados, de reter a matéria fecal e de

evacuá-la de forma voluntária. Trata-se de condição incapacitante, constrangedora e com repercussão socioeconômica significativa. Por esses motivos, a prevalência na população é de difícil mensuração. Por vezes, existe uma grande dificuldade do paciente de expor sua condição ao médico. Em outras circunstâncias, o paciente ou seus familiares, por déficit de cognição ou de atenção, pode interpretar os episódios de incontinência como sendo diarreia.

A perda de controle sobre a eliminação de fezes sólidas é denominada de incontinência anal total, enquanto a perda de controle restrito à eliminação de gases ou fezes líquidas é chamada de incontinência anal parcial.

A prevalência da incontinência fecal é de 42 por 10.000 indivíduos com idade entre 15 e 64 anos. Na faixa etária acima dos 65 anos, a prevalência é de 109 por 10.000 homens e 133 por 10.000 mulheres. Em crianças, associa-se a malformações congênitas da coluna vertebral (espinha bífida) e do segmento anorretal (imperfuração anal).

A rotura esfintéfrica parcial ou completa pode ocorrer durante o parto vaginal em até 20% dos partos e o seu não-diagnóstico ou o reparo inadequado dos esfíncteres anais após o parto pode levar a incontinência fecal. Como a maioria das lesões esfintéricas é parcial e reparada imediatamente, a insuficiência esfintéfrica pode se manifestar anos após o parto. Vale lembrar que a maioria das mulheres vítimas de lesão esfintéfrica de causa obstétrica também sofre de prejuízo da inervação dos esfíncteres anais (neuropatia do pudendo).

A lesão iatrogênica dos esfíncteres anais pode ocorrer após operações anorretais, tais como a correção de fístula anal (fistulotomia) ou a hemorroidectomia. Mais comumente, nessas situações, a incontinência fecal é resultado de erro técnico ou incapacidade de avaliar, ainda no período pré-operatório, a insuficiência esfintéfrica.

A incontinência fecal idiopática (ou neurogênica) é observada na ausência de trauma obstétrico, de iatrogenia cirúrgica ou de doença sistêmica, estando associada ao envelhecimento *per se*, a história de trabalho de parto prolongado e ao esforço evacuatório crônico.

Há situações em que a perda de fezes não é devida à denervação do assoalho pélvico, como a impactação fecal, algumas doenças orificiais e a encoprese. Na impactação fecal, que pode ocorrer em alguns casos de grave constipação de trânsito lento ou no megacólon chagásico, as fezes se tornam endurecidas e ressecadas no interior do reto e do sigmóide, o que leva à dilatação reflexa crônica do ânus, que permite a evacuação involuntária de fezes líquidas que ultrapassam as fezes endurecidas (fecaloma) e permeiam o ânus. Esse fenômeno também é conhecido como diarreia paradoxal.

Algumas doenças orificiais, como as hemorróidas, a fístula anal e a fissura anal crônica, podem levar à perda de muco ou pus pelo ânus.

Na encoprese, mecanismos de base psicopatogênica levam à postergação voluntária ou involuntária do chamado à evacuação, o que resulta em impactação fecal e diarreia paradoxal.

Diagnóstico

Na maioria dos casos, a queixa não é espontânea, mas seguida ao questionamento do médico. É necessário conhecer o grau de incontinência fecal, se parcial ou total, bem como o grau de comprometimento da qualidade de vida do indivíduo. Perguntar sobre a necessidade de utilizar fralda ou tampão ou se o paciente se priva da realização de viagens ou mesmo sair de casa para passeios ou refeições.

Deve-se perguntar sobre operações anais e abdominais, passado obstétrico de mulheres, qualidade de assistência ao parto e história pessoal de constipação. Deve-se perguntar também sobre consistência das fezes, frequência diária de evacuação, percepção da vontade de evacuação, sintomas como dor e sangramento, bem como sensação de evacuação incompleta. Esses são conhecimentos que auxiliam no diagnóstico da causa da incontinência fecal.

A inspeção anal estática

É valiosa à avaliação da incontinência fecal, pois, além de identificar a presença de fezes ou vestes sujas, pode identificar cicatriz perineal ou anorretal ou ainda um defeito anal visível que possam ser indicativos de lesão esfintéfrica prévia de natureza cirúrgica, traumática ou obstétrica.

Afecções anorretais associadas, tais como fístulas ou hemorróidas, podem produzir sintomas similares aos da incontinência fecal, tais como a eliminação fecal de muco.

A precedência do reto é diagnosticada à inspeção do ânus, que deve ser realizada pelo examinador com o paciente agachado, com flexão do quadril e dos joelhos.

O prolapso genital, cistocele e retocele, cujo diagnóstico fornece idéia sobre o grau de fraqueza /denervação do assoalho pélvico, também são identificados à inspeção do períneo.

A inspeção dinâmica

Realizada durante a solicitação de manobra de esforço evacuatório ao paciente. Com a retração manual das nádegas pelas mãos do examinador também pode ajudar na inferência sobre a função esfintéfrica. Durante essa manobra, a identificação de ânus entreaberto é geralmente indicativa de significativo dano esfintérfico ou neuropatia grave.

O toque digital

Em repouso e durante a realização de esforço de segurar fezes pelo paciente. Permite valiosa avaliação da função esfintéfrica. O toque digital associado à **retossigmoidoscopia**, é de realização obrigatória pelo especialista, permitindo afastar a presença de afecções que se manifestam por aumento do número de evacuações, imitando tenesmo e urgência evacuatória, tais como o câncer do reto, fecaloma e doença inflamatória intestinal.

A avaliação fisiológica especializada

É necessária a comprovação das hipóteses sobre a etiologia da incontinência fecal, a delimitação da adequada conduta terapêutica e também objetivando conhecer o prognóstico.

Trata-se de arsenal diagnóstico ainda restrito aos ambulatórios de especialidade dos centros médicos terciários. Sua realização ajuda sobremaneira no adequado manejo de pacientes com incontinência fecal. No entanto, a impossibilidade de realizá-los não deve constituir empecilho à assistência dos pacientes com incontinência fecal.

Tratamento

Feito o diagnóstico da causa principal da incontinência fecal, várias opções terapêuticas estão disponíveis, a saber: o tratamento clínico, o tratamento não-cirúrgico por biofeedback (espécie de fisioterapia anal que objetiva aumentar a sensibilidade do reto ao conteúdo fecal e melhorar a força de contração dos esfíncteres anais) e o tratamento cirúrgico propriamente dito.

Na medida em que o tratamento cirúrgico da incontinência fecal está reservado aos pacientes com evidente rotura esfinctérica e incontinência fecal grave, significativa parcela dos pacientes com incontinência fecal experimenta melhora sintomática com modificação dietética, agentes constipantes e exercícios pélvicos.

O tratamento clínico

Não traz a cura da incontinência fecal, mas leva ao alívio sintomático. Em adição à orientação dietética (evitar refeições volumosas, ricas em gordura ou excessivamente ricas em fibras), o tratamento farmacológico deve incluir o uso de antiperistálticos como a loperamida (01 a 02 mg três a quatro vezes ao dia).

Deve-se sempre afastar a ocorrência de impactação fecal e diarréia paradoxal como causa de incontinência fecal. Nesses casos, a eliminação do conteúdo fecal impactado por enemas evacuatórios e a correção do hábito intestinal pela adoção de dieta rica em fibras deve prevenir a ocorrência de novos episódios.

A realização de exercícios de contração voluntária da musculatura anal em uma ou mais sessões objetiva a hipertrofia do esfíncter externo do ânus e da musculatura do assoalho pélvico. Esses exercícios devem ser encorajados e a melhora dos episódios de perda fecal é freqüentemente verificada. O emprego de enemas evacuatórios ou lavagens intestinais é paliativo e pode ser orientado a pacientes que possam utilizá-los em situações onde o risco de perda fecal está aumentado, como, por exemplo, em viagens ou eventos sociais.

O tratamento por biofeedback

Objetiva incrementar a percepção da distensão retal e otimizar a capacidade de contração dos esfíncteres anais em resposta a essa distensão, bem como em resposta à

vontade do indivíduo. Trata-se de uma espécie de “fisioterapia anal” na qual o médico, com o emprego de equipamento de eletromanometria e com o doente monitorizado (cateter do equipamento posicionado no interior do reto e dos esfíncteres anais), mostra na curva de um gráfico desenhado em fita de polígrafo ou projetado na tela de computador, o incremento na função esfinctérica produzido pela contração anal.

Da mesma forma, proporciona coordenação entre a distensão de um balão no reto (que simula a presença de conteúdo fecal) e a resposta consciente de contração anal confirmada pela impressão visual. São geralmente empregadas algumas sessões semanais e a principal desvantagem do método é a necessidade de o paciente contar com algum grau de cooperação e cognição. Bons resultados, na ordem de até 80% de resposta, podem ser observados e o método pode ser empregado isoladamente, antes do tratamento cirúrgico ou na eventualidade de insucesso deste.

O tratamento cirúrgico

Existem várias técnicas cirúrgicas empregadas na correção da incontinência fecal. Ainda que a minoria dos pacientes com incontinência fecal tenha indicação de tratamento cirúrgico, as cirurgias, quando bem indicadas, resultam em significativa melhora da continência anal. Os melhores resultados estão associados à correção de defeitos esfinctéricos específicos de etiologia traumática obstétrica ou pós-cirúrgica e bem delineada à investigação clínica e fisiológica.

Encaminhamento

Em nosso meio, os instrumentos necessários e os centros destinados à adequada investigação da incontinência ainda são escassos, ocasionando a exclusão de parcela da população aos benefícios de exames e tratamentos específicos. Porém, o dedicado acompanhamento clínico e psicológico e, em alguns casos, intervenções farmacológicas e uso racional dos enemas evacuatórios, podem melhorar a qualidade de vida desses pacientes de forma significativa.

5.3 INSUFICIÊNCIA CEREBRAL – INCAPACIDADE COGNITIVA

A manifestação da incapacidade cognitiva no idoso pode se dar de diferentes formas como quadros de *Delírium*, Depressão ou Demência.

DELIRIUM: estado clínico caracterizado por distúrbios da cognição, humor, consciência, atenção memória (imediate, registro e retenção), de início agudo ou em sobreposição a distúrbios crônicos da cognição. São desencadeados por infecções, distúrbios metabólicos ou lesões estruturais do SNC. É de fundamental importância o seu reconhecimento, dado a frequência de aparecimento no idoso, levando, muitas vezes, à tratamento intempestivos e errôneos com conseqüência graves.

DEPRESSÃO: manifesta-se por humor rebaixado, perda de interesse ou prazer com alterações do funcionamento biológico com repercussões importantes sobre a qualidade de vida do indivíduo durante longo espaço de tempo, quando não tratado corretamente. No idoso, pode se manifestar como déficits de memória em graus variados, somatizações, ansiedade, alcoolismo ou síndromes algícas.

DEMÊNCIA: é definida como uma condição em que as funções encefálicas, particularmente o desempenho intelectual, estão comprometidas a ponto de prejudicar a autonomia e a independência funcional, pressupondo-se a existência de causas.

A demência é caracterizada pela deterioração das funções mentais sem perda da consciência. Tem caráter progressivo, interfere no desempenho das Atividades de Vida Diária – AVD e, em algumas circunstâncias pode ser reversível. É caracterizada por um transtorno persistente da memória e de duas ou mais funções mentais tais como: a linguagem, a praxia, a gnosis, a abstração, o juízo e conceituação, podendo ser acompanhadas de alterações da personalidade e emocionais.

A praxia é a capacidade de idealizar, formular e executar atos voluntários mais complexos.

A gnosis é a capacidade de reconhecer e interpretar o que é percebido pelos sentidos, por exemplo, reconhecer e interpretar objetos, estando o sistema sensorial intacto.

A memória é a capacidade de reter e posteriormente fazer uso de uma determinada experiência. A maioria dos idosos se queixa de esquecimentos habituais, que nem sempre tem significado patológico, e, em outras circunstâncias, o distúrbio cognitivo se apresenta através de alterações do comportamento e diminuição da capacidade funcional em decorrência dos distúrbios da memória.

As demências são mais comuns após os 70 anos e sua prevalência aumenta com a idade acometendo até 1/3 dos maiores de 80 anos. As alterações do estado mental no idoso muitas vezes não são prontamente reconhecidas principalmente quando se tratam de alterações do estado mental como a depressão e os distúrbios da memória. Cerca de 70% dos idosos queixam-se de falhas da memória, mas apenas a metade deles apresenta diminuição de sua capacidade funcional devido a essa alteração.

Avaliação neuropsicológica

É realizada através da anamnese e exame clínico e complementada por testes cognitivos. Estes são instrumentos padronizados de avaliação para a detecção das alterações cognitivas, que procuram mensurar as funções superiores do cérebro, a saber: memória, fala, decisão e reação, linguagem, inteligência.

A avaliação das funções encefálicas inicialmente se direciona para a determinação da deterioração cognitiva e, posteriormente, busca os subsídios técnicos para o preenchimento dos critérios diagnósticos de demência. É de grande importância a investigação da etiologia do quadro demencial e a causa mais comum é a doença de Alzheimer, devendo ser feito o diagnóstico diferencial com as demências de origem vascular ou mista.

As manifestações básicas das demências são:

- Incapacidade para realizar AVDs
- Alterações cognitivas (memória, linguagem, funções executivas e a capacidade de integração visuoespacial)
- Manifestações neuropsiquiátricas (depressão, ansiedade, alucinações, agressividade, idéias delirantes).

O exame sistemático da memória deve ser direcionado aos idosos que apresentam maiores risco de apresentarem transtornos significativos e deve ser completo e de rotina, buscando diagnosticar uma possível demência e tratá-la quando possível, usando os recursos estritamente necessários.

Nas seguintes condições, o idoso deve ser avaliado rotineiramente:

- Maiores de 80 anos;
- Idosos com perda da independência nas atividades de vida diária, instrumentais ou básicas;
- Idosos com alterações comportamentais;
- Idosos hospitalizados ou institucionalizados;
- Avaliação pré-operatória;
- Histórico de delirium, depressão, ansiedade, diabetes, doença de Parkinson ou deterioração funcional inexplicada;
- Alterações súbitas no estado mental ou psíquico;
- Alterações de outras funções cognitivas;
- Comprometimento funcional ou laboral devido ao déficit de memória.

A – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Atividades da vida diária (AVD)

As denominadas AVD-Básicas são caracterizadas pela capacidade de autocuidado e de atenção às necessidades básicas diárias, como a capacidade para alimentar-se, ter continência, locomover-se, tomar banho, vestir-se e usar corretamente o toalete. Seu desempenho é o parâmetro mais aceito e reconhecido para a avaliação funcional, pois permite uma visão mais precisa quanto à gravidade das doenças e suas seqüelas. Tem boa aceitação pelo paciente e boa correlação com a deterioração cognitiva.

A **Escala de Katz** é o instrumento padronizado utilizado na maioria das avaliações multidimensionais para avaliar as AVDs.

OBS.: Esse instrumento assim como os demais utilizados para a avaliação multidimensional do idoso encontra-se descritos no Manual do Prontuário da Saúde da Família de Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais.

ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA- KATZ

Fonte: Modificado de Katz s, Downs Td, Cash Hr, et al. Gerontologist 10:20,1970

ATIVIDADE: INDEPENDENTE: SIM ou NÃO.

() **Independência** () **Dependência parcial** () **Dependência importante**

A pontuação é o somatório de respostas “sim”

06 pontos: significa independência para AVDs;

04 pontos: dependência parcial;

02 pontos: dependência importante.

Atividades instrumentais da vida diária (AIVD)

As Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD são as rotineiras do dia-a-dia, utilizando recursos disponíveis no meio ambiente, tais como fazer compras, usar o telefone, pagar contas, preparar refeições, arrumar a casa, lavar e passar roupas, controlar remédios e dinheiro, sair sozinho.

A **Escala de Lawton-Brody** é o instrumento padronizado, mais utilizado para sua avaliação.

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD) – LAWTON

Metodologia:

Para cada questão considere:

- Sem ajuda: 03 pontos
- Com ajuda parcial: 02 pontos
- Não consegue: 01 ponto

Escore:

A pontuação máxima é de 27 pontos, sendo que a pontuação tem um significado apenas para o paciente individual, servindo como base para a comparação evolutiva.

As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

Escore Final:

Independência: 19 a 27 pontos

Dependência parcial: 10 a 18 pontos

Dependência: abaixo de 9 pontos

Para avaliação de AIVD pode-se também utilizar a **Escala de Pfeffer**.

A incapacidade para **Atividades da Vida Diária (AVDS)** e **Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)** e perda da autonomia, que podem ser:

- Reversíveis: Delirium ou Depressão
- Irreversível: Demências

Quando se tratar de quadro reversível (Delirium ou Depressão), deve-se buscar a causa e tratar as condições.

Em casos de demência, deverá proceder o diagnóstico diferencial e instituir o tratamento adequado.

B – AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO

Na avaliação comportamental, lançamos mão de escalas para os distúrbios do comportamento e o diagnóstico de depressão.

Os instrumentos mais utilizados para o diagnóstico da depressão são a Escala Geriátrica de Depressão (GDS-5 ou GDS-15) utilizada para triagem e a classificação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* utilizada para diagnóstico.

O *Clinical Dementia Rating (CDR)* avalia a influência da perda cognitiva na habilidade de conduzir as atividades da vida diária.

Escala geriátrica de depressão

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO – GDS 5 ou GDS 15

Validação: Almeida O.P. Arq. Neuropsiquiatria, v.57,p,421-426,1999

Metodologia:

Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas e dê 1 UM ponto para cada resposta marcada em negrito.

Escore:

- 0 a 05: **NORMAL**
- Acima de 05: **DEPRESSÃO**, aplicar, então, o DMS-IV para diagnóstico.

Depressão – DSM – IV

DEPRESSÃO – DSM IV PARA DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO American Psychiatric Association

Duração da sintomatologia: () > 2 semanas () < 2 semanas

A sintomatologia trouxe alteração do seu funcionamento anterior : () sim () não

Escore:

- 1- Cinco ou mais dos sintomas acima presentes há mais de 2 semanas.
- 2- É obrigatória a presença de pelo menos um dos dois sintomas marcados em negrito.
- 3- Os sintomas não devem estar associados ao luto, aos sintomas psicóticos nem aos efeitos fisiológicos.
- 4- Os sintomas devem estar causando sofrimento ou incapacidade social.

CDR – *Clinical Dementia Rating Scale*

Avalia as diferentes funções em relação ao comprometimento funcional, com pontuações.

C – AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO

O processo do envelhecimento apresenta fatores que influenciam a habilidade (sentidos, pensamento, raciocínio) e a capacidade de respostas a estímulos externos tais como a idade, nível de escolaridade, interesses pessoais, comportamento, saúde, atividades que desenvolve habitualmente, quantidade de estímulos a que é exposto, aspectos psico-emocionais e socioculturais.

A avaliação cognitiva verifica a habilidade de um indivíduo para desempenhar respostas de natureza intelectual, considerando sua história pessoal e expectativas.

O **Minixame do Estado Mental (MEEM)** é amplamente utilizado e reconhecido para seu rastreamento inicial, sendo de fácil aplicação e muito útil como triagem.

MINI- MENTAL Folstein 1975, adaptado por Brucki et al,
<p>Metodologia: Dê 1 ponto para cada item correto.</p> <p>Escore 0 a 30 pontos Considerar a escolaridade de 4 anos.</p> <p>Considera-se o teste NORMAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maior que 4 anos de escolaridade: igual ou maior que 25 pontos ▪ Menor que 4 anos de escolaridade: igual ou maior que 18 pontos

Fluência verbal

Teste utilizado para pacientes analfabetos ou baixa escolaridade. Também é extremamente simples, fácil aplicação, não constitui ameaça para o paciente e avalia a memória semântica (conhecimento geral sobre o mundo, dos fatos, das palavras, sem relação com o momento do seu aprendizado).

FLUÊNCIA VERBAL: PACIENTES ANALFABETOS OU BAIXA ESCOLARIDADE
<p>Metodologia: O teste consiste na avaliação de categorias semânticas pré-definidas, por exemplo, animais e frutas. Solicita-se ao paciente idoso que enumere o máximo de animais (“bichos”) e frutas em 1 minuto cronometrado. Anote o número de animais lembrados em 1 minuto: ____</p> <p>Escore: A pontuação mínima obtida por idosos com 8 anos ou mais de escolaridade e analfabetos é, respectivamente, 13 e 9. Escores menores indicam comprometimento cognitivo</p>

Teste do relógio

Trata-se de um teste simples e rápido, não é ameaçador para o paciente. É influenciado por fatores culturais e escolaridade, sendo mais útil quando combinado com outros testes.

TESTE DO RELÓGIO

Metodologia:

Consiste em solicitar ao paciente desenhar um relógio com todos os números e marcando um determinado horário (especificar um horário), sem mencionar a necessidade de ponteiros. O círculo pode ou não ser oferecido previamente.

O teste é considerado completo quando o paciente desenha todos os números do relógio, especialmente bem distribuídos, e os ponteiros marcando 11h 10. O teste não é cronometrado e pode ser repetido quantas vezes forem necessárias.

Interpretação:

0. Inabilidade absoluta de representar o relógio.

1. O desenho tem algo a ver com o relógio, mas com desorganização visuo-espacial grave.

2. Desorganização visuo-espacial moderada que leva à uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso.

3. Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora.

4. Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos.

5. Relógio perfeito.

Optamos para simplificar e categorizar melhor o Teste do Relógio por esta classificação:

COMPLETO: níveis 4 e 5

Outros instrumentos padronizados de avaliação podem ser utilizados para a detecção das alterações cognitivas:

- LISTA DE PALAVRAS DO CERAD;
- RECONHECIMENTO DE FIGURAS.

D – COMUNICAÇÃO (ÓRGÃOS DOS SENTIDOS)

- Acuidade visual: teste de *Snellen* simplificado.
- Acuidade auditiva: teste do sussurro.
- Voz: avaliação da voz.

Memória

As dificuldades de memória, muitas vezes relatadas pelos pacientes, assim como familiares, podem ser a primeira manifestação de um transtorno demencial.

Conceitos básicos

- **Memória semântica:** informações lingüísticas, verbais, nomes de coisas; pouco afetado pelo envelhecimento.
- **Memória episódica:** capacidade de gravar eventos recentes; sensíveis ao envelhecimento, memória recente.
- **Memória explícita:** consciência do aprendizado; não resistente ao envelhecimento.

- **Memória implícita:** não tem consciência do aprendizado; resistente ao envelhecimento.
- **Memória de procedimento:** ações automáticas, como dirigir, escovar dentes.
- **Processamento de informações:** codificação, armazenagem e resgate: o envelhecimento altera a codificação e o resgate (testes de resgate ou evocação livre) demonstram déficit cognitivo.
- **Memória sensorial:** registro dos sentidos; breve.
- **Memória de curto prazo:** primária e operacional (working memory).

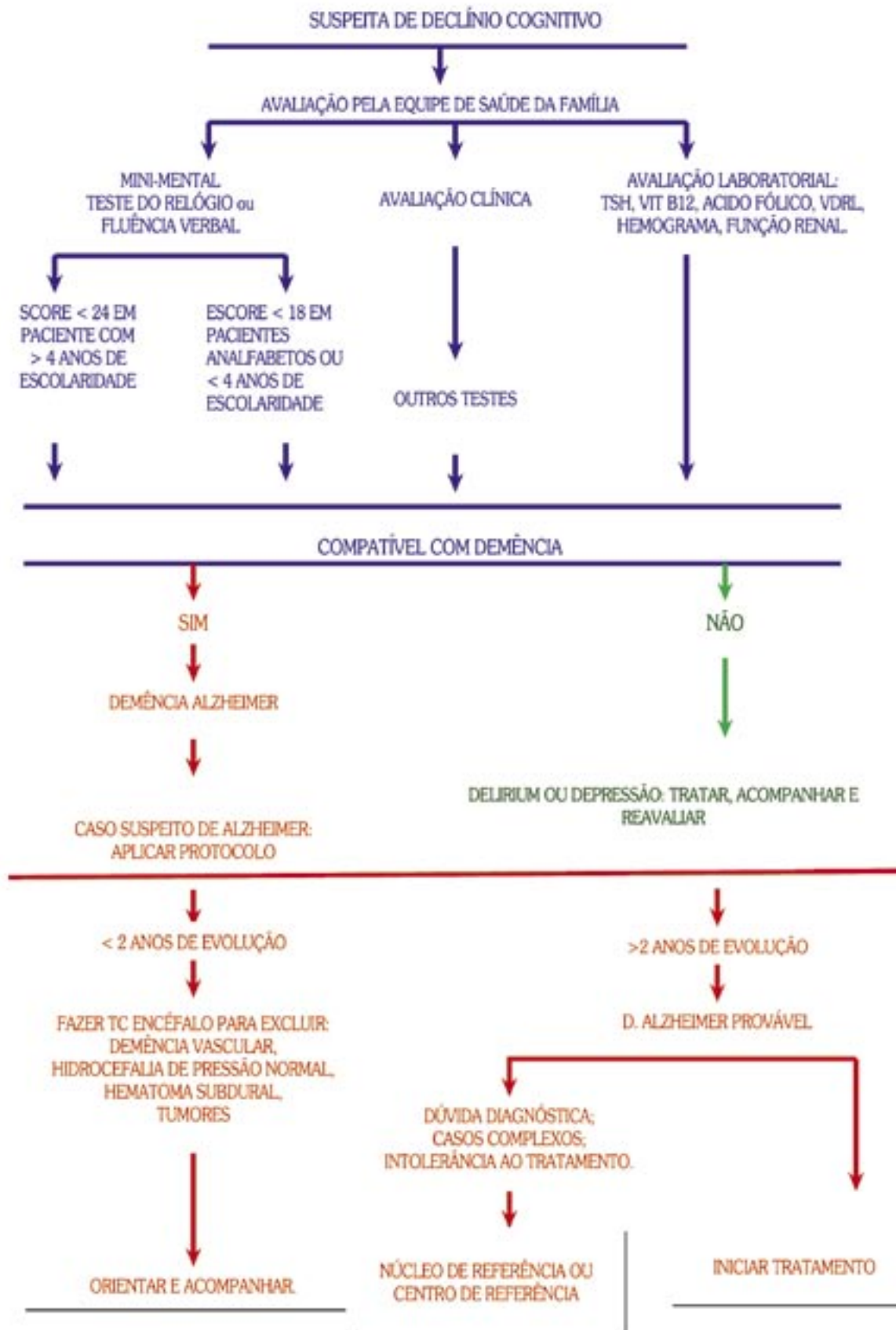
Alteração pelo envelhecimento

- **Memória sensorial:** breve manutenção de dados sensoriais;
- **Memória de curto prazo:** processamento atual;
 - Memória primária: manutenção passiva de poucos itens;
 - Memória operacional: manutenção e processamento simultâneos, cálculos matemáticos, lembrar de compras supermercado sem auxílio de lista;
- **Memória de longo prazo:** codificação e recuperação;
 - Memória episódica: eventos específicos;
 - Memória semântica: conhecimento;
 - Memória explícita: memorização deliberada;
 - Memória implícita: memorização sem consciência;
 - Memória de procedimentos: ativação automática.

AVALIAÇÃO DO ESQUECIMENTO

NORMAL	ANORMAL
Existe equilíbrio entre esquecimento e aprendizagem	A pessoa só esquece e apresenta grande dificuldade para aprender coisas novas ou não aprende
O esquecimento não afeta a independência ou autonomia da pessoa	O esquecimento afeta a independência e autonomia da pessoa
A pessoa percebe o esquecimento ou lapso de memória	A pessoa não percebe o esquecimento que é notado pela família e/ou amigos (anosognosia)
O nome do objeto ou da pessoa é lembrado posteriormente	A pessoa esquece a pessoa ou o objeto cujo nome estava tentando lembrar
O esquecimento é sobre detalhes do fato ou ocasião	O esquecimento é de todo o fato ou ocasião
O uso de agendas, anotações ou lembretes ajudam o paciente a lembrar-se	O paciente não faz uso de agendas, anotações ou lembretes. O esquecimento é justificado de várias formas
A presença de pistas cognitivas ajudam-no a lembrar (Por exemplo: refazer o percurso; recomeçar o assunto)	O paciente é incapaz de utilizar pistas cognitivas

FLUXOGRAMA - O DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA POR DOENÇA



5.4 IATROGENIA

É a alteração maléfica como causa direta ou indireta de intervenção. O conceito não está restrito à prescrição de medicamentos ou à realização de procedimentos, mas também à omissões na abordagem de problemas, que possam ser suprimidos ou minimizados com o uso de medicamentos ou intervenções. Não é exclusivo do médico, estando a iatrogenia relacionada a qualquer ação de um agente de saúde.

Podemos citar vários exemplos como imposições dietéticas inadequadas, imobilização no leito que pode acarretar diminuição da força muscular que demandará dias de reabilitação para corrigir o descondicionamento gerado por um dia de repouso. As alterações em barorreceptores podem evoluir com hipotensão ortostática e aumento do risco de quedas e fraturas. O uso excessivo de medicamentos para tratar vários sintomas concomitantes no idoso pode desencadear sintomas indesejáveis e muitas vezes graves. A valorização da opinião médica ou de outros profissionais que ao emitir opiniões equivocadas pode gerar iatrogenia e causar impacto negativo na vida do idoso.

Algumas situações podem ser minimizadas com medidas específicas de adequação ou substituição de medicamentos utilizados, assim como ajuste na orientação dietética ou reabilitação.

Medicamentosa

A prescrição de um medicamento é parte de um processo complexo e dinâmico e a decisão para escolha da droga envolve desde conhecimentos de farmacologia até as implicações financeiras para o paciente, muito particularmente, o idoso. Além das doenças infecto-contagiosas que incidem com frequência nesta faixa etária, somam-se as crônico-degenerativas, levando à polifarmácia e ao conseqüente risco de iatrogenia.

Alterações fisiológicas normais que ocorrem com o envelhecimento, como o aumento da gordura corporal, redução do volume intracelular, modificações no metabolismo basal, fluxo sanguíneo hepático e taxa de filtração glomerular, podem ocasionar modificações na farmacocinética e farmacodinâmica das drogas e maior sensibilidade aos fármacos, principalmente aos psicoativos.

O sucesso terapêutico depende de vários fatores além da escolha da droga, como a presença de limitações físicas e cognitivas que o impedem de usar a medicação corretamente. Soma-se a isto a falta de condições econômicas para a aquisição do medicamento, levando a conseqüências sérias e penosas para o paciente, família e ao sistema de saúde.

Cascata iatrogênica

Instala-se quando uma intervenção desencadeia outras intervenções e seus efeitos deletérios tornam-se superiores aos benefícios.

Temos como exemplos:

- Drogas para tratar efeitos colaterais;
- Seqüências de exames desnecessários;
- Eficácia duvidosa;
- Segurança não comprovada;
- Dose elevada;
- Custo elevado;
- Complacência duvidosa;
- Regime complexo;
- Outros procedimentos.

Efeitos adversos às drogas

Os efeitos adversos a drogas são mais comuns em idosos porque, habitualmente, utilizam um número maior de medicamentos. Aproximadamente 30% das admissões hospitalares estão ligadas à toxicidade e ao uso de drogas por interações medicamentosas. A polifarmácia é o principal fator de risco de efeito adverso das drogas e pode ser devido a disfunção do órgão, alterações nas concentrações das drogas (farmacocinética), alterações farmacodinâmicas, alterações na reserva homeostática e comorbidades.

Observa-se que um grande contingente de fraturas de bacia em decorrência de quedas são devidas ao uso de medicações e muitos efeitos adversos apresentado são preveníveis com uma abordagem adequada. Eventos graves que colocam em risco a vida dos pacientes apresentam maior probabilidade de serem evitados comparados com os efeitos menos graves.

Os idosos consomem cerca de 30% a 50% do total de drogas prescritas em geral e a automedicação representa 60% de todas as medicações. Isso corresponde a 50% do custo total da medicação utilizada. As reações adversas das drogas evitáveis mais comumente observadas se devem à utilização de AINE, benzodiazepínicos, antipsicóticos, digoxina, warfarin.

O potencial de efeitos adversos das drogas aumenta quanto maior o número de drogas utilizadas e, segundo Larsen and Martin (1999), foi observado que as reações adversas ocorreram em:

- 6% dos idosos que utilizam 02 medicamentos;
- 50% dos idosos que utilizam 05 medicamentos diferentes;
- 100% dos idosos que utilizam 08 ou mais medicamentos.

Os idosos são um desafio terapêutico permanente para qualquer médico, devido a suas peculiaridades e ao uso de múltiplas drogas. O papel do profissional que cuida do idoso, muitas vezes é racionalizar a prescrição, tentando evitar os riscos da polifarmácia e conseqüente iatrogenia ou efeitos patológicos do uso ou da interação das drogas prescritas.

EFEITOS ADVERSOS DOS MEDICAMENTOS EM IDOSOS	
SINAIS – SINTOMAS	MEDICAMENTOS
CONFUSÃO MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticolinérgicos: antipsicóticos (Tioridazina>Haloperidol) ▪ Antidepressivos tricíclicos (Amitriptilina > Imipramina > Nortriptilina) ▪ Antiparkinsonianos, ▪ Bloqueadores H2 (Cimetidina, Ranitidina), Corticosteróides ▪ Digitálicos ▪ Fenitoína ▪ Benzodiazepínicos ▪ Analgésicos narcóticos
QUEDAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicotrópicos (sedação): benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos, anticolinérgicos. ▪ Anti-hipertensivos (hipotensão ortostática)
CONSTIPAÇÃO INTESTINAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticolinérgicos, bloqueadores de canal de cálcio (Verapamil), analgésicos narcóticos, antiácidos com alumínio, diuréticos, cálcio e suplemente de ferro, AINE.
HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticolinérgicos ▪ Antiadrenérgicos ▪ Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina>imipramina>nortriptilina) ▪ Anti-hipertensivos ▪ Anti-histamínicos ▪ Álcool
RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticolinérgicos ▪ Analgésicos narcóticos ▪ Agonistas α-adrenérgicos ▪ Bloqueadores de canal de cálcio ▪ Agonistas β-adrenérgicos
INCONTINÊNCIA URINÁRIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticolinérgicos ▪ analgésicos narcóticos ▪ agonistas α-adrenérgicos ▪ bloqueadores de canal de cálcio ▪ agonistas β-adrenérgicos- I.U. sobrefluxo ▪ Bloqueadores α-adrenérgicos – I.U. esforço ▪ Diuréticos – I.U. urgência ▪ Benzodiazepínicos, sedativos, hipnóticos: I.U. funcional
PARKINSONISMO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antagonistas dopaminérgicos (cinarizina, flunarizina) ▪ Antipsicóticos (haloperidol > tioridazina > risperidona > olanzapina) ▪ Metoclopramida ▪ Fluoxetina

XEROSTOMIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticolinérgicos ▪ Antidepressivos tricíclicos ▪ Anti-histamínicos ▪ Anti-hipertensivos ▪ Antiparkinsonianos ▪ Ansiolíticos ▪ Diuréticos
TINNITUS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aminoglicosídeo ▪ Salicilatos ▪ AINE ▪ Diuréticos de alça
ANOREXIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Digoxina ▪ Teofilina, ▪ Hidroclorotiazida ▪ AINEs ▪ Triantereno ▪ Inibidores da enzima conversora.
MÁ-ABSORÇÃO DE VITAMINA B12	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metformina ▪ Cimetidina ▪ Ranitidina ▪ Colchicina
MÁ-ABSORÇÃO DE ÁCIDO FÓLICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metrotexato ▪ Difenilhidantoína ▪ Primidona ▪ Carbamazepina ▪ Fenobarbital ▪ Isoniazida ▪ Trimetropin ▪ Sulfasalazina ▪ Triantereno ▪ Alcool ▪ Metformina ▪ Colestiramina
MÁ-ABSORÇÃO DE VITAMINAS LIPOSSOLÚVEIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Óleo mineral

Existem algumas regras básicas para a boa condução do paciente idoso que podem nos auxiliar no complexo manejo farmacológico:

ANTES DE PRESCREVER PARA UMA PESSOA IDOSA, PENSE:

- **Conheça os efeitos do envelhecimento antes de dizer que se trata de uma doença;**
- **Estabeleça as prioridades do tratamento. Conheça o incômodo que a doença representa para o idoso. Considere-o ao prescrever;**
- **Evite sempre que possível tratar sinais e sintomas sem procurar esclarecer a causa, como nos casos de anemia, agitação e confusão mental;**
- **Um efeito colateral não deve ser tratado com outro medicamento. Isso estabelece o efeito “cascata”: usa-se um remédio para tratar o mal que outro causou, sem resolver o problema que motivou a prescrição;**
- **O medicamento é realmente necessário? Já foram tentadas medidas não farmacológicas?**
- **Simplifique a sua receita. Conheça as razões que o levaram a prescrever;**

Elas ainda são necessárias? Se não forem mais, esclareça e retire;

- **Antes de iniciar a medicação certifique-se de que é realmente indispensável ou pode ser substituída por tratamento tópico ou medidas para reabilitação física;**
- **Comece a usar as drogas sempre em doses mais baixas, habitualmente os idosos respondem muito bem a doses consideradas subterapêuticas para o adulto;**
- **Aumente a dose da medicação gradativamente, de acordo com a resposta e a sensibilidade do paciente;**
- **Evite o uso de drogas que necessitem de várias tomadas por dia, geralmente não têm boa aceitação e favorecem erros;**

- **Estabeleça os objetivos do tratamento e o tempo; analise periodicamente a prescrição, revendo a necessidade de modificá-la;**
- **Informe e esclareça o idoso e familiares sobre os remédios e os possíveis efeitos colaterais;**
- **Nunca diga ao idoso que deverá tomar um remédio para sempre: eles podem considerar essa recomendação para todos os medicamentos prescritos, dificultando muitas vezes a retirada de medicação desnecessária bem como o ajuste posológico;**
- **Estabeleça contato com outros profissionais que estejam cuidando do idoso, evitando o uso de drogas semelhantes e interações medicamentosas;**
- **Acompanhe sempre o tratamento e peça aos familiares que o informe acerca do aparecimento de sintomas;**
- **Peça ao idoso que traga os medicamentos que está usando – prescritos e não-prescritos;**
- **Pergunte sempre pela medicação para dormir. Medicamentos usados por muito tempo nem sempre são lembrados...**
- **Altere uma droga de cada vez. Isso facilitará o entendimento de efeitos colaterais e ou benefícios de cada uma;**
- **Prescreva o medicamento que você conhece bem, de menor custo, de fácil manuseio e posologia mais cômoda;**
- **Prescrever para uma pessoa jovem é bem diferente de prescrever para um idoso. Um idoso de 60 anos é bem diferente de um idoso de 95. Um idoso de 95 anos sadio, independente, é bem diferente de um idoso de 60 anos diabético, coronariopata e seqüelado de AVC. Pense nisso antes de lançar mão de medicamentos.**

PRINCIPAIS PRESCRIÇÕES INAPROPRIADAS

Can Med Assoc J, v.156, p.385-391, 1997 Arch Inter Med, v.157 p.1531-1536, 1997

5.5 IMOBILIDADE

Definição

Complexo de sinais e sintomas resultantes da limitação de movimentos e da capacidade funcional que geram empecilho à mudança postural e à translocação corporal. Conseqüentemente, verifica-se a incapacidade de se deslocar sem auxílio do leito ao sanitário para executar suas necessidades fisiológicas. É a incapacidade de se deslocar sem auxílio para a realização das AVDs. Pode ser parcial, quando o paciente está restrito a uma poltrona, ou total, quando está imobilizado no leito.

Advém de múltiplas etiologias associadas com múltiplas conseqüências: “efeito dominó”. Uma imobilização temporária pode desencadear uma sucessão de eventos patológicos e complicações subseqüentes, tornando o quadro extremamente complexo e que exige o tratamento do paciente como um todo. É uma síndrome freqüente e de pouco domínio de outras especialidades devido a dificuldades no nosso sistema de saúde para atendimento multidisciplinar e atendimentos domiciliares.

Importância

A importância se dá principalmente devido ao aumento da sobrevida, com conseqüente incremento das doenças crônico-degenerativas e, por conseguinte, da prevalência de imobilidade que leva a alta ocorrência de institucionalização.

Sabe-se da necessidade do estímulo à deambulação precoce e manutenção da independência funcional.

A imobilidade pode ser causa e conseqüência de uma série de problemas (neurológicos, músculo-esqueléticos, etc.) e predispõe à inúmeras complicações sérias que podem ser até fatais como as úlceras de pressão, pneumonias, embolias, etc.

É umas das principais causas de morte acidental em idosos (falta de equilíbrio ou mesmo de mobilidade). Tais incidentes são de grande importância dentro da geriatria pela sua alta ocorrência e pelas sérias conseqüências que podem acarretar.

A avaliação da mobilidade

É fundamental para predizermos o grau de independência do indivíduo para locomoção no meio onde vive e para avaliarmos o risco de quedas e suas complicações.

O teste denominado “*Timed get up and go*” satisfaz plenamente esse objetivo por ser simples de aplicar e de grande utilidade prática. Quanto maior o tempo para a sua execução, maior o risco de distúrbio da marcha e, portanto, maior a necessidade de avaliação específica. Idosos acamados não devem ser submetidos a esse teste.

É um instrumento muito útil para se aplicar em idosos com instabilidade, após alta hospitalar e nos que sofreram quedas e estão deixando de realizar atividades em casa. A Escala de Norton pode ser especialmente útil nos acamados.

A ESCALA DE NORTON					
Estado físico geral	Estado mental	Atividade	Mobilidade	Incontinência	Pontos
Bom	Alerta	Ambulante	Total	Nenhuma	4
Médio	Apático	Diminuída	Caminha com ajuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muito limitada	Sentado	Urinária ou fecal	2
Muito mal	Estupor/coma	Imóvel	Acamado	Urinária e fecal	1
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:					
Pontuação de 5 a 9 _____ risco muito alto					
Pontuação de 10 a 12 _____ risco alto					
Pontuação de 13 a 14 _____ risco médio					
Pontuação maior de 14 _____ risco mínimo/e não risco					

AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE			
Imobilidade completa (acamado)	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
Subir escadas (5 degraus)	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
Caminhar:	<input type="checkbox"/> Sozinho	<input type="checkbox"/> Ajuda ocasional	<input type="checkbox"/> Ajuda freqüente
	<input type="checkbox"/> Muleta ou bengala	<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas
“Timed get up and go” O paciente deve ser orientado a levantar-se de uma cadeira sem apoio de braços, caminhar 3 metros, virar 180 graus quando andando e retornar, sentando na cadeira.	< 10 seg	10 a 20 seg	> 20 seg

Classificação

A imobilidade pode ser classificada em:

- Temporária: fraturas, cirurgias, internações, doenças agudas, infecções;
- Crônica: demências, depressão grave, astenia, doenças cárdio-respiratórias, dor crônica, neoplasia com metástases ósseas ou do SNC, desequilíbrio, doenças agudas, fraturas e suas complicações, distúrbios de marcha, fobia de queda, seqüela de AVC.

Pode ser uma forma de manifestação atípica de doença no idoso.

Crítérios diagnósticos

Maiores:

- Múltiplas contraturas musculares;
- Déficit cognitivo médio a grave.

Menores:

- Sofrimento cutâneo: macerações;
- Úlceras de pressão;
- Disfagia leve a grave;
- Incontinência urinária e/ou fecal;
- Afasia.

Complicações da imobilidade

A imobilidade desencadeia uma sucessão de eventos patológicos, o que é comumente chamado de efeito dominó, no qual um evento inicial, por exemplo, uma fratura de fêmur, desencadeia uma série de complicações. Uma imobilização inicialmente temporária pode provocar atrofia e encurtamento muscular, aumento da reabsorção óssea, rigidez articular, úlceras de pressão, incontinência, dificuldade ventilatória propiciando o aparecimento de infecções, constipação intestinal, fenômenos trombo embólicos e estados confusionais. É necessário que o tratamento não seja direcionado para cada complicação isoladamente e o idoso seja abordado como um todo.

Complicações mais comuns:**Tegumentares:**

- Atrofia de pele;
- Escoriações;
- Dermatites, micoses;
- Úlceras de pressão.

Redução da imunidade**Respiratórias**

- Redução da ventilação pulmonar;
- Pneumonias;
- Insuficiência respiratória.

Músculo-esqueléticas

- Osteoporose, artrose e anquilose, fraturas;
- Atrofia muscular, encurtamento de tendões, hipertonia e contraturas.

Cardiovasculares

- Fenômenos tromboembólicos;
- Edema.

- Vasculopatia arterial;
- Hipotensão postural.

Urinários:

- Incontinência urinária;
- Infecção do trato urinário;
- Retenção urinária.

SNC:

- Delirium;
- Piora do déficit cognitivo;
- Alterações do sono.

Digestivas:

- Desnutrição;
- Constipação intestinal;
- Fecaloma;
- Disfagia;
- Gastroparesia.

Metabólicas:

- Redução da resposta à insulina;
- Deficiência da síntese de vitamina B12.

Úlceras de pressão

Definição

Área de lesão de pele, tecidos subjacentes ou ambos, decorrente de pressão extrínseca aplicada sobre a superfície corpórea. A lesão persiste após remoção da pressão sobre o local. Maior ocorrência em locais de proeminências ósseas e de redução do tecido adiposo, mas podem acometer qualquer área.

Importância

- Alta prevalência em idosos com imobilidade, sobretudo institucionalizados: pacientes hospitalizados: 3% a 14% e institucionalizados: acima de 25%.
- Aumenta a morbimortalidade,
- Risco de infecções.
- Dores, redução da qualidade e dignidade de viver.

- Aumento dos gastos com saúde.
- É essencial instituir medidas preventivas.

Fatores de risco

- Imobilidade.
- Idade avançada.
- Alterações fisiológicas da pele do idoso.
- Desnutrição.
- Incontinência urinária ou fecal.
- Déficit cognitivo.
- Alterações da sensibilidade (diabetes, lesões neurológicas).
- Fatores sociais: financeiros, cuidador incapacitado.

Fatores associados

Fricção da pele: roupas de cama, fraldas de plástico, colchões inadequados.

Cisalhamento: ocorre quando o contato da pele com a superfície a detém no lugar, enquanto a gravidade ou outra força desloca o corpo para outra direção, ex.: paciente assentado no leito ou cadeira vai “escorregando” ⇒ ruptura da epiderme ou de vasos da circulação dérmica.

Umidade:

- Urina, fezes, suor;
- Macerações córneas;
- Presença dos componentes tóxicos que desencadeiam lesão direta nas células.

Co-morbidades associadas à redução do fluxo sanguíneo:

- Insuficiência vascular;
- Diabetes;
- Choque, sepse.

Fisiopatologia

- Alterações circulatórias do local sob pressão.
- Cone de pressão: maior pressão nos tecidos subjacentes ao osso pressionado: o que visualizamos como lesão na pele pode ter uma dimensão muito mais profunda.
- Hipoperfusão ⇒ hipóxia, acidose e hemorragia intersticial ⇒ morte celular e necrose tissular.
- Pressão linfática ⇒ edema.

Classificação

Grau I: Eritema em pele íntegra.

Grau II: Perda tecidual em epiderme, derme ou ambas: exulcerações, úlceras, bolhas.

Grau III: A lesão compromete o tecido subcutâneo ou até a fáscia muscular.

Grau IV: A lesão atravessa a fáscia muscular levando a: dano muscular, ósseo e de tecidos adjacentes.

Localizações mais comuns

- Região sacral
- Grande trocanter
- Calcânhares
- Maléolos
- Hálux
- Joelhos
- Cotovelos
- Região escapular
- Região occipital
- Processos espinhosos da coluna torácica
- Pavilhão auditivo
- Base nasal (pacientes com O₂ por máscara facial)

Complicações

- Infecções: locais, regionais ou sistêmicas.
- Osteomielite: difícil tratamento.
- Miíases.
- Carcinoma sobre úlceras crônicas.
- Hipersensibilidade ao tratamento tópico.

Prevenção

- Educação e orientações à família e cuidadores.
- Treinamento adequado dos profissionais da saúde.
- Combate à imobilidade.
- Higiene adequada, evitar fricção durante higiene, retirar excrementos irritantes e hidratar adequadamente.
- Melhoria do estado nutricional.
- Reposicionamento no leito de 2/2 horas.
- Materiais para proteção das proeminências ósseas
- Evitar elevação da cabeceira.
- Vestimentas confortáveis, de algodão, sem fechos, botões ou costuras.

- Roupas de cama limpas, de algodão.
- Não é recomendado o uso de infláveis com abertura central: isquemias da pele do centro.
- Alinhamento da postura com distribuição do peso.
- Coberturas para colchões e cadeiras reduzem a pressão sobre a superfície.
- Colchões de espuma texturizada, em formato de caixa de ovos.
- Colchões ou coberturas que proporcionam pressão reduzida constante: espuma, gel, água, esferas de isopor, partículas de silicone.
- Colchões ou coberturas que permitem pressão alternante: compartimentos interligados, preenchidos por ar, com insuflação intermitente.

Tratamento

Objetivo:

- Promover a formação de tecido são sobre base limpa da ferida, para reepitelização;
- Melhor controle possível das afecções concomitantes e das doenças de base;
- Adequação da terapia medicamentosa;
- Abordagem global do paciente com atenção multidisciplinar.

Tratamento específico

Debridamento do tecido necrótico:

A. Tratamento Cirúrgico.

B. Tratamento Mecânico (não cirúrgico): para feridas de difícil acesso pela profundidade, com necrose, crostas e/ou exsudatos usa-se a gaze umedecida em SF 0,9%, com troca das gazes a cada 6 horas para a retirada do tecido necrótico

Solução salina sobre pressão, em jatos.

C. Debridamento autolítico:

Curativos oclusivos ou semi-oclusivos, deixando que os próprios fluidos da ferida levem à dissolução do tecido necrótico. Normalmente necessita de associação a outro método.

D. Debridamento químico enzimático:

Aplicação tópica: hidrolisa a necrose superficial e é uma opção para pacientes que não podem ser submetidos a cirurgias.

Limitação: não removem bem os tecidos com grandes quantidades de debris em feridas profundas. Debridamento mais lento do que o cirúrgico, necessitando várias aplicações.

Componentes: fibrinolisinase/desoxirribonuclease, colagenase, papaína, tripsina, sutilaínas.

Limpeza da úlcera

Remoção de material desvitalizado, exsudatos, restos metabólicos e microorganismos.

Limpeza a cada troca de curativo. Solução salina é o ideal para a limpeza. Evitar agentes anti-sépticos tais como polvidine, peróxido de hidrogênio, já que podem ser citotóxicos.

Curativos e coberturas

Tem como vantagens: proteger, preservar e favorecer a cicatrização. Mantém o leito da úlcera úmido e a pele sadia na periferia da lesão seca.

Principais grupos disponíveis no mercado:

- Hidrocolóides;
- Hidrogéis;
- Alginatos;
- Hidrofibras;
- Espumas;
- Filmes poliméricos.

Curativos e coberturas

Hidrocolóides

Coberturas em placas ou grânulos com material polissacáride e protéico em contato com a lesão. Hidratam a ferida, promovem o debridamento, aceleram a cicatrização e aliviam a dor. Indicados para feridas secas, não infectadas, com pouco exsudato. Trocar a cada 7 dias, mas se aplicados sobre muitas crostas necróticas, trocar a cada 3 dias.

Hidrogéis

Material polimérico e protéico em placas ou amorfo. Absorvem fluidos, promovem hidratação e autólise, aliviam a dor.

Espumas

Poliuretano e acrilato de sódio. Altamente absorventes, não indicadas quando há muito exsudato. Podem ser alérgicas.

Alginatos

Polissacárides naturais provenientes da parede celular e espaço intercelular de algas marinhas. Podem ser em placas ou pasta. São ideais para úlceras com muito exsudato e são hemostáticos: indicados em feridas com sangramentos e em pós-operatório.

Não aplicar sobre feridas secas: aderem à lesão.

Troca: quando totalmente embebidos em exsudato, no máximo de 7 dias.

Hidrofibras

Curativos de fibras de carboximetilcelulose. Função de alginato e hidrocolóide ao mesmo tempo.

Filmes poliméricos

Folhas transparentes e adesivas. Devem ser usados sobre curativos não aderentes como cobertura adjuvante.

Tratamento pelo tipo de úlcera

Úlceras com crosta necrótica rija

Crostas duras, muito aderidas aos planos profundos, de difícil debridamento: devem ser tratadas com aplicações sucessivas de gaze umedecida com solução fisiológica, hidrogéis (com cobertura de material impermeável à água) e hidrocolóides, que transferem a umidade para a lesão.

Feridas com fibrina e exsudatos

- Pastas debridantes e bactericidas
- Se pouco exsudato: hidrocolóide, com debridamento autolítico.
- Se muito exsudato: alginato ou gel com polissacárides.

Feridas com odor fétido

- Produtos com agentes antibacterianos e absorventes.
- Curativos contendo carvão ativado.

Lesões com cavidades irregulares

- Preenchimento com produtos amorfos: alginatos, grânulos de hidrocolóide ou hidrogel.

Úlceras com tecido de granulação

- Tecido de granulação: colágeno + proteoglicanos, proteínas e polissacárides, sais e material coloidal.
- Rede vascular densa: ferida vermelha.
- Cavidades profundas: gazes com solução salina, solução de ácidos graxos.
- Cavidades profundas com muito exsudato: fibra de alginato com material amorfo, espumas absorventes e não aderentes.
- Lesões superficiais com pouco exsudato: hidrocolóides ou solução de ácidos graxos.

Feridas em fase de epiteliação

Tecido novo e ainda frágil.

- Proibido contato com material adesivo, aderente ou alergeno.
- Indicados: gazes parafinadas, alginato, hidrocolóide, silicone ou náilon.

Observações

O tratamento deve ser sempre individualizado, levando em conta a questão social e financeira.

Açúcar e mel

Usados em feridas desde épocas remotas. Sacárides naturais que criam pressão osmótica elevada (com absorção de exsudatos) inibem proliferação de bactérias e fungos e estimulam tecidos de granulação. Limitações: provoca muita dor, atrai insetos para a ferida. Necessidade de estudos controlados.

Pasta de zinco

Parece ter efeito debridante, mas deve-se prestar atenção aos sinais de infecção da ferida:

- Odor fétido;
- Modificação do aspecto da ferida;
- Secreção purulenta;
- Aumento da dor;
- Aumento das dimensões da lesão apesar dos cuidados;
- Sinais flogísticos periféricos;
- Febre, leucocitose, *delirium*, perda de peso.

Terapêutica

Deve-se prevenir a imobilidade atentando-se para todas as causas. A reabilitação precoce com abordagem multidisciplinar: cuidados de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, orientações nutricionais e assistência social devem ser focadas. Quando não for possível reabilitar o objetivo será dar conforto, suporte à vida e a dignidade de vida e de morte. O tratamento deve ser direcionado para controlar os seguintes fatores:

- 1) Utilizar sondas quando necessário para: nutrição, hidratação, incontinência urinária.
- 2) Controlar a dor.
- 3) Oxigênio quando indicado.
- 4) Aquecer, posicionar no leito, mudar regularmente de decúbito, manter higiene regular, proteger e mobilizar para prevenção de úlceras de decúbito.
- 5) Controlar as intercorrências agudas: fecaloma, infecções.
- 6) Fazer hipodermoclise quando indicado.
- 7) Deixar registrado e não recomendar medidas de ressuscitação cardio-respiratória quando se tratar de paciente fora de possibilidades terapêuticas.



**VI. DISTÚRBIOS DA PRESSÃO
ARTERIAL E PECULIARIDADES EM
DIABETES MELLITUS NO IDOSO**



6.1 DISTÚRBIOS DA PRESSÃO ARTERIAL NO IDOSO

A dificuldade com a definição dos níveis adequados da pressão arterial no idoso tem levado a dúvida sobre a necessidade, a oportunidade e a eficácia do tratamento da hipertensão arterial nesta faixa etária.

Com o envelhecimento da população, torna-se de grande importância o diagnóstico e tratamento adequados, já que a prevalência real da doença é muito superior a dos casos conhecidos e tratados e muito inferior à prevalência de casos controlados principalmente. Estudos demonstram que 09 em cada 10 indivíduos a partir de 55 anos provavelmente desenvolverão hipertensão arterial durante sua vida tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e renais (insuficiência cardíaca, coronariana, acidente vascular encefálico e a insuficiência renal), sendo que estudos demonstram que o tratamento adequado dos pacientes idosos reduz em 70% a ocorrência de acidente vascular encefálico. “É também a causa atribuível de morte mais comum que pode ser tratada e prevenida nas nações desenvolvidas e que tem aumentado de importância também nos países em desenvolvimento” (WHO, 2002).

A história clínica e o exame clínico devem ser realizados com a atenção que exige a avaliação do idoso. Na aferição da pressão arterial são necessárias diversas avaliações e a variabilidade dos níveis pressóricos nesta faixa etária é muito grande. O diagnóstico deve ser feito através de medições repetidas (pelo menos duas em cada consulta, com intervalos de 1 a 2 minutos) e em duas ou mais visitas sistematizadas (em posição ortostática, sentado e deitado).

Alguns estudos demonstraram que quase metade dos pacientes com alterações da pressão sistólica isoladamente apresentaram níveis pressóricos normais na avaliação realizada pelo MAPA. A pseudo hipertensão arterial é achado comum e decorrente do endurecimento das paredes das artérias periféricas e resulta em falsa estimativa da pressão arterial, quando da aferição pelo esfignomanômetro.

A hipertensão do jaleco branco é também comum em idosos e consiste na elevação dos níveis pressóricos quando da avaliação no consultório médico, que contrasta com as verificações normais realizadas no domicílio. Pode ser diagnosticada através da Monitoração Ambulatorial da Pressão Arterial-MAPA. As Medidas Residenciais da Pressão Arterial - MRPA podem ser de grande utilidade, apesar de algumas dificuldades como limitações físicas e cognitivas, necessidade de ajuda de terceiros, aumento da rigidez arterial, mas facilitam o controle terapêutico dos pacientes.

O MAPA pode auxiliar em situações clínicas comuns em idosos como hipertensão do jaleco branco, hipotensão postural ortostática, medicamentosa, pós prandial ou situacional, síncope e disautonomia. Usualmente apresenta baixa utilidade clínica.

Objetivo do tratamento

Apenas 27% dos idosos acima de 60 anos possuem um controle pressórico adequado. O objetivo do tratamento da hipertensão arterial no idoso, segundo as recomendações do JNC -7, é manter a pressão arterial em níveis menores que 140/90 mm /Hg. Em portadores de *Diabetes mellitus* ou insuficiência renal a meta é manter os níveis pressóricos inferiores a 130/80 mm/Hg, para que se possa diminuir as complicações cardiovasculares.

Em idosos pode ocorrer ainda, mais comumente a Hipertensão sistólica isolada -HSI e a Hipertensão Diastólica isolada-HDI, menos comum de ocorrer nesta faixa etária.

A abordagem dos distúrbios pressóricos deve ser agressiva nos níveis pressóricos entre 140 a 159 mm/Hg (PA sistólica), que indica hipertensão sistólica isolada.

A hipotensão ortostática (H.O.) no idoso é uma disfunção autonômica pura, sem alterações neurológicas associadas e frequentemente leva o paciente a procurar por atendimento médico. Não existe ainda um consenso quanto a definição de hipotensão ortostática no idoso, mas admite-se que queda dos níveis pressóricos igual ou superior a 20 mm/Hg, entre a tomada da pressão assentado e em ortostatismo, pode significar uma Hipotensão Ortostática.

A medida da pressão arterial em ortostatismo deve ser feita após, no mínimo, 30 minutos de repouso em decúbito dorsal e prosseguir até pelo menos 4 minutos quando necessário. Os sintomas são mais freqüentes pela manhã, após exercícios físicos, refeições excessivas ou banho quente e se apresentam como tonteira, distúrbios visuais, quedas, síncope, déficits neurológicos focais e cervicobraquialgias. Podem também se apresentar com sinais de hipoperfusão de órgãos a distância como angina pectoris e infarto agudo do miocárdio, isquemia silenciosa, claudicação intermitente.

A hipertensão arterial supina grave pode também ser uma manifestação de hipotensão ortostática (H.O.) neurogênica. Estes pacientes quando por longo período em repouso no leito apresentam cifras tensionais muito altas e risco de complicações.

A classificação fisiopatológica é feita de acordo com a resposta da freqüência cardíaca:

- Simpaticotônica: apresenta um aumento da freqüência cardíaca em até 20 bpm como resposta cardíaca compensatória. É verificada em situações de falta de condicionamento físico, uso de drogas, hipovolemia;
- Disfunção autonômica: o aumento da freqüência cardíaca é ausente ou inferior a 10 bpm;
- Distúrbio vagal: há uma diminuição da freqüência cardíaca com a queda postural da pressão arterial.

Existem vários testes para esta avaliação, mas nesta faixa etária, os testes não invasivos são mais recomendados (Manobra de Valsalva, Teste da respiração profunda).

Nos pacientes frágeis, com alterações cognitivas avançadas e/ou síndrome e imobilização deve-se optar sempre pelo uso de antihipertensivos de ação prolongada em

dose única e manter os níveis da pressão mais flexíveis tendendo a uma leve hipertensão (preferencialmente o menor valor que não cause hipotensão ortostática), cujo objetivo é evitar complicações agudas. Esta orientação deve ficar muito clara para o cuidador e/ou responsável.

Prognóstico

Existem fatores de risco que influenciam o prognóstico da hipertensão arterial no idoso.

Fatores de risco para doença cardiovascular

- Valores da PAS e PAD.
- Homens acima de 55 anos.
- Mulheres acima de 65 anos.
- Fumantes.
- Colesterol total acima de 240 mg/dl ou HDL colesterol acima de 160 mg/dl.
- Níveis do HDL colesterol: homens abaixo de 40 mg/dl / Mulheres abaixo de 45 mg/dl.
- Antecedentes de Doença cardiovascular em parentes de 1º grau abaixo de 50 anos.
- Obesidade e inatividade física.

Lesões em órgão alvo

- Hipertrofia ventricular esquerda no ECG ou ECO.
- Microalbuminúria: 20 a 300 mg/dia.
- Imagem radiológica ou em ultrassonografia de placa aterosclerótica em artéria aorta, carótida, coronária, ilíaca ou femoral .
- Retinopatia hipertensiva em graus III ou IV.

Condições clínicas associadas

- *Diabetes mellitus*.
- Doença cerebrovascular: AVE, Hemorragia cerebral, Ataque transitório isquêmico, Cardiopatia, IAM, Angina, Revascularização miocárdica, ICC.
- Doença renal.
- Albuminúria acima de 300 mg/dl
- Creatinina plasmática: em mulheres acima de 1,4 mg/dl e em homens acima de 1,5mg/dl.
- Doença vascular periférica.

(Fonte: WHO/ISH, 1999)

Tratamento

Estágio 1-H.A. Leve: níveis pressóricos entre 140-159 e 90-99 mmHg)

O JNC7,2003 recomenda para o Estágio 1 da Hipertensão Arterial o uso dos diuréticos tiazídicos em baixas doses (12,5 a 25 mg de hidroclorotiazida ou 12,5 mg de clortalidona) como primeira escolha para a grande maioria dos pacientes, mas podem promover desidratação e hipotensão ortostática e ainda propiciar um maior risco de quedas.

Pode ser ainda considerada a alternativa do uso de:

- Inibidores da ECA : 25-150 mg de captopril, 2 a 3 vezes ao dia
4 a 40 mg de enalapril 1 a 2 vezes ao dia
2,5 a 10mg de ramipril 1 a 2 vezes ao dia
5 a 20mg de lisinopril 1 a 2 vezes ao dia
10 a 20mg de fosinopril 1 a 2 vezes ao dia
- Antagonista do receptor AT1 da angiotensina II –ARA, 1 vez ao dia
40 a 80 mg de telmisartana
8 a 16 mg de candesartana
150 a 300 mg de ibersartana
50 a 100 mg de losartana
80 a 160 mg de valsartana
- Beta bloqueadores- BB
25 a 100mg de atenolol 1 a 2 vezes ao dia
2,5 a 10mg de bisoprolol 1 a 2 vezes ao dia
50 a 200mg de metoprolol 1 a 2 vezes ao dia
40 a 240mg de propranolol 2 a 3 vezes ao dia
- Antagonistas do canal do cálcio-ACC
2,5 a 10mg de amlodipina 1 vez ao dia
20 a 40mg de nifedipina retard 1 a 2 vezes ao dia
20 a 40mg de nitrendipina 2 a 3 vezes ao dia
20 a 360mg de diltiazem 1 a 2 vezes ao dia
120 a 480mg de verail 1 a 2 vezes ao dia

Neste estágio, caso não se consiga o controle pressórico, deve ser adicionado ao diurético qualquer outra das drogas ou procurar associações sinérgicas;

- Antagonistas do canal do cálcio e Beta bloqueadores
- Antagonistas do canal do cálcio e Inibidores da ECA.

Caso haja necessidade, pode-se lançar mão de uma terceira droga, sendo o diurético de uso obrigatório.

Estágio 2- Moderada: Níveis pressóricos entre 160-179 e 100-109 mmHg e Estágio 3- Grave: Níveis pressóricos maiores ou iguais a 180 mmHg

Para estes estágios a JNC 7 recomenda o uso da associação de duas classes terapêuticas, onde o diurético tiazídico esteja sempre presente.

Em casos de HSI - Hipertensão sistólica isolada, o uso dos tiazídicos é a primeira escolha e os antagonistas dos canais de cálcio, uma segunda alternativa.

O tratamento da Hipertensão Arterial no idoso deve ser feito com cautela, reavaliando-se minimamente a cada 4 semanas para o aumento das doses a menos que seja pacientes no Estágio 3, que requerem menos tempo (em torno de 7 dias). Após o controle os retornos poderão ser em 3 a 4 meses para garantir a adesão do paciente.

As reações adversas devem ser consideradas independente da droga escolhida:

REAÇÕES ADVERSAS	
Diuréticos tiazídicos	▪ Hipopotassemia
	▪ Hipomagnesemia
	▪ Alterações lipídicas, glicêmicas e do ácido úrico
Beta bloqueadores	▪ Broncoespasmo
	▪ Fenômeno de Raynaud
	▪ Alterações dos níveis lipídicos, redução da função renal em nefropatas
	▪ Sintomas neuropsiquiátricos, (alucinações, pesadelos, insônia)
	▪ Insuficiência cardíaca em portadores de disfunção ventricular
	▪ Fadiga
Inibidores da ECA	▪ Baixa tolerância a esforços
	▪ Avaliar função renal e descartar a ocorrência de estenose renal devida à aterosclerose antes do início de seu uso
Antagonistas dos Canais de cálcio ACC	▪ A nifedipina aumenta a morbi-mortalidade cardiovascular, na presença de ICC e insuficiência coronariana. Deve ser usada com cautela no idoso.
	▪ Edema do tornozelo: ocorre em 10 % dos casos
	▪ Verapamil: obstipação intestinal
	▪ Diltiazem : Contra indicado em caso de bradicardia, doença do nó sinusal, bloqueios átrio ventriculares, e insuficiência ventricular esquerda
Antagonisata do receptor AT1 da angiotensina II ARA II	• Tonturas • Reações de hipersensibilidade cutânea

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS	
Arritmias	Tiazídico com digoxina ou amiodarona
Hipotensão ortostática	Tiazídico, Inibidores da ECA ou ACC com levodopa e alfabloqueadores
Hipoglicemia	Inibidores da ECA e BB com antidiabéticos orais
Antagonização do efeito hipotensor	BB , alfabloqueadores e ACC com antiinflamatórios não hormonais
Bloqueio atrioventricular	BB com digoxina, amiodarona, ACC (verapamil e Diltiazem)
Piora da função renal	Tiazídico com antiinflamatórios não hormonais

Importante ter em mente a grande prevalência de co-morbidades nos idosos para a escolha da medicação a ser utilizada, pois as reações adversas e interações medicamentosas podem piorar a qualidade de vida desta população.

PRIORIZAÇÃO DE DROGAS EM ALGUMAS PATOLOGIAS	
Asma e/ ou DPOC	Baixas doses de diuréticos ou ARA
Diabetes mellitus	Inibidor da ECA
ICC	Inibidor da ECA
Angina pectoris	ACC diidropiridina ou benzotiazepina
Infarto do miocárdio antigo	BB ou Inibidor da ECA
Doença vascular periférica	Alfa 1-bloqueadores, ACC diidropiridina ou benzotiazepina
Glaucoma	BB
Hipertrofia prostática	Alfabloqueadores
Impotência	Inibidor da ECA, ARA, Alfabloqueadores, ou ACC diidropiridina ou benzotiazepina, Cautela com: tiazídicos e BB
Gota	Qualquer droga Cautela com: tiazídicos
Obstipação intestinal	Qualquer droga Cautela com BB em dislipidêmicos

O melhor controle e monitoramento dos fatores de risco da população idosa e dentre eles a hipertensão arterial, mais uma vez se torna um desafio para a execução das políticas públicas em nosso país.

6.2 PECULIARIDADES EM DIABETES NO IDOSO

Conceito

A *Diabetes Mellitus* é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas.

Importância

As informações sobre a diabetes no idoso não foram consolidadas pois a maioria dos estudos não incluem pacientes frágeis e muito idosos (acima de 75 anos). UKPDS orienta um controle rigoroso da hiperglicemia e HAS para reduzir complicações do DM e mortalidade em pacientes adultos. A mortalidade cardiovascular é alta em pacientes diabéticos, sendo multiplicado se houver fatores de risco. Em pacientes hipertensos o risco é duas vezes maior.

Epidemiologia

- Aumento da morbi-mortalidade geral
- Tendência a aumento da incidência no idoso
- 7,4% da população brasileira
- 17,4% dos idosos entre 60 e 69 anos
- 14 a 20% dos idosos têm intolerância à glicose
- 20% dos idosos acima de 75 anos tem diabetes sendo que 1/3 desconhece

Classificação

Tipo 1

- Destruição das células beta do pâncreas
- Deficiência absoluta de insulina
- 5 a 10% dos casos: após os 65 anos
- Etiopatogenia diferente no idoso

Tipo 2

- Resistência dos tecidos periféricos às ações fisiológicas da insulina
- Forte componente genético
- Mais comum entre os idosos

Síndrome metabólica

hipertensão + dislipidemia + diabetes + obesidade

Etiopatogenia

No idoso há aumento da intolerância a carboidratos, levando a elevação da glicemia

Fatores associados ao metabolismo de carboidratos

- Fator genético
- Diminuição da secreção da insulina
- Maior resistência à insulina

Fatores associados ao envelhecimento

- Aumento da massa adiposa
- Diminuição da massa magra
- Diminuição da atividade física
- Doenças coexistentes
- Polifarmácia

Quadro clínico

Frequentemente assintomático

Manifestações iniciais:

- Estado confusional agudo
- Incontinência urinária
- Coma cetoacidótico

Sinais e sintomas primários

- Cansaço fácil
- Visão turva
- Muita sede
- Impotência
- Emagrecimento, aumento do apetite
- Urina aumentada

Sinais e sintomas secundários a complicações agudas

- Cetoacidose diabética no Diabetes tipo I
- Coma hiperosmolar no Diabetes tipo II

Hipoglicemia

- Apresentação atípica
- Sintomas: Adrenérgicos (tremores , taquicardia)
Neuroglicopênicos (convulsões , delirium)
- Tratamento: Glicose oral ou endovenosa

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA <i>DIABETES MELLITUS</i>	
NORMAL	Glicemia de jejum <100 mg/dl e Glicemia 2 horas após sobrecarga < 140 mg/dl
GLICEMIA DE JEJUM INAPROPRIADA	Glicemia de jejum entre 100 mg/dl e 126 mg/dl
INTOLERÂNCIA À GLICOSE	Glicemia 2 horas pós sobrecarga, 140 mg/dl e < 200 mg/dl
<i>DIABETES MELLITUS</i>	Glicemia 2 horas pós sobrecarga, 200 mg/dl Glicemia ao acaso acima de 200 mg/dl + sintomas clássicos Glicemia de jejum: 126 mg/ml em mais de uma ocasião

Diagnóstico

Após 45 anos: avaliação glicêmica em jejum a cada três anos e avaliar fatores de risco.

Controle

- Hemoglobina glicada: controle nos últimos 2-3 meses.
- Frutosamina: controle nas últimas 2 semanas.

Complicações

As complicações crônicas da *Diabetes Mellitus* estão relacionadas com alterações vasculares gerando lesões em órgãos alvo, ou seja, os danos, disfunção e falência de órgãos como rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. É a sexta causa de internação e a principal causa de amputação de membros inferiores e de cegueira adquirida, insuficiência renal, sendo responsável por 26% dos pacientes em hemodiálise.

Podemos dividir as complicações crônicas no grupo das microangiopatias, onde encontramos a retinopatia diabética, a nefropatia diabética, e a neuropatia diabética.

O grupo das macroangiopatias é representado pelo IAM, AVC, Insuficiência arterial periférica (MMII) e o pé diabético, que agrupa as alterações sensitivas, vasculares e mecânicas.

A fisiopatologia das alterações vasculares secundárias ao diabetes está relacionada com a hiperglicemia crônica e geração de produtos avançados de glicação. A hiperglicemia crônica também está associada a geração de espécies de oxigênio altamente reativos e promoção de ciclos de metabolismo da glicose alternativos, como o ciclo do sorbitol onde existe o papel da enzima aldoserredutase.

Existem ainda os agentes potencializadores da formação dessas lesões vasculares como a HAS e dislipidemia, dentre outros. Estudos clássicos no DM tipo 1 e 2 como o DCCT e UKPDS estabeleceram a relação entre o controle glicêmicos e o evento das complicações micro vasculares.

A **nefropatia diabética** acomete 35% dos pacientes diabéticos do tipo 1 e entre 10 e 40% do tipo 2. A nefropatia diabética está fortemente associada com a doença cardiovascular, especialmente no DM tipo 2 e está dividida em 5 estágios:

- fase inicial (hiperfiltração glomerular);
- fase silenciosa (microalbuminúria após exercício);
- fase incipiente (microalbuminúria persistente);
- nefropatia clínica (albuminúria e hipertensão);
- estágio terminal (proteinúria+hipertensão e clearance <10ml/min).

O rastreamento da nefropatia deve ser feito nos portadores de DM -1 após 5 anos de diagnóstico da doença ou 5 anos após a puberdade, naqueles em que o DM surgiu antes dos 12 anos. Nos portadores de diabetes do tipo 2, deve ser feito na ocasião do diagnóstico e deve ser repetido anualmente.

Define-se microalbuminúria quando a excreção de albumina encontra-se entre 20 a 200mcg/min. É um exame com variação individual que deve ser repetido.

Falsos positivos: mal controle, exercício, ITU, HAS descontrolada.

Diagnóstico diferencial: se proteinúria com tempo de >10 anos de doença, elevação da creatinina sem elevação da excreção urinária de proteínas, aparecimento súbito de síndrome nefrótica.

O diagnóstico é feito pela pesquisa de proteínas na urina. Pode-se utilizar a microalbuminúria em amostra isolada ou em tempo determinado (24 ou 12h noturna).

Em relação à *retinopatia*, está presente em 100% dos pacientes com mais de 20 anos de diagnóstico de DM-1 e 60% dos portadores de DM 2. Além da hiperglicemia, outros fatores de risco estão relacionados à retinopatia tais como a duração e intensidade da hiperglicemia, HAS, dislipidemia, gestação, puberdade e cirurgia de catarata.

A retinopatia pode ser dividida em 3 estágios:

- Retinopatia não-proliferativa leve (microaneurismas, hemorragias retiniana);
- Retinopatia não proliferativa moderada ou pré-proliferativa (isquemia capilar, exsudatos algodonosos);
- Retinopatia proliferativa (neovasos, isquemia, hemorragia vítrea, deslocamento da retina).

A maculopatia pode estar presente em qualquer fase. O rastreamento e diagnóstico da retinopatia é feito pela fundoscopia direta, feita de preferência pelo oftalmologista.

A **neuropatia diabética** já está presente em 10% dos pacientes ao diagnóstico do diabetes e após 20 anos e 50% apresentaram sintomas de neuropatia. A neuropatia periférica é a forma mais comum. A polineuropatia sensitiva-motora simétrica periférica (luvas e botas) é a mais prevalente, com redução da sensibilidade tátil à dor e temperatura, e parestesias ou hiperestesias. A neuropatia autonômica pode acometer o sistema cardiovascular (hipotensão ortostática), sistema gastrointestinal (gastroparesia, diarreia, distensão abdominal), genitourinário (incontinência ou retenção urinária, disfunção erétil).

A avaliação diagnóstica da neuropatia é feita, além da anamnese, através de alguns exames como eletroneuromiografia, diapasão, biotensiômetro, monofilamento, discriminação térmica, testes de variação da PA e FC em manobras (Valsalva). Considerar diagnóstico diferencial (uremia, alcoolismo, hipotireoidismo).

A **cardiopatia isquêmica** é a principal causa de mortalidade nos pacientes diabéticos. A forma silenciosa, sem dor precordial é observada em 10 a 20 % dos pacientes diabéticos.

Os testes para avaliação de coronariopatia são o ECG de repouso, o ECG de esforço (teste ergométrico), a cintilografia miocárdica após exercício ou estímulo farmacológico, o ECO de stress, cineangiocoronariografia.

Indicações de investigação: sintomas inespecíficos, presença de doença arterial periférica, sedentarismo, dislipidemia, tabagismo, duração do DM maior que 10 anos e nefropatia.

A avaliação do **pé diabético**, que envolve alterações vasculares e neurológicas, deve ser feita anualmente e em menor tempo nos pés de risco, pois grande parte das amputações é precedida de úlceras. A avaliação neurológica de sensibilidade tátil, dolorosa, térmica, avaliação vascular (pulsos), avaliação tegumentar (pele, rachaduras, micoses) e observação de pontos de pressão devem ser efetuados no exame do pé de pacientes portadores de DM.

Mais de 120 milhões de pessoas no mundo são portadores de Diabetes Mellitus e muitos destes indivíduos têm úlceras nos pés, que podem levar à amputações de membros inferiores com severo prejuízo à saúde do indivíduo e ao sistema de saúde. A taxa de amputação dentre os paciente diabéticos é em torno de 15 vezes mais alta do que em indivíduos não diabéticos.

A neuropatia periférica predispõe às úlceras dos pés através da redução da percepção de dor e de desconforto com corpos estranhos no calçado, calçados apertados e ao caminhar. O dano nervoso motor causa fraqueza e perda dos músculos pequenos dos pés e, com a perda da sensibilidade da posição da articulação, leva à postura inadequada. Isso concentra a pressão em áreas vulneráveis, tais como as cabeças metatársicas e o calcanhar. A pressão estimula a formação de calosidades, que é precursora da úlcera.

As causas importantes das **úlceras do pé diabético** são as neuropatias, a isquemia derivada da doença macro vascular, a mobilidade limitada da articulação levando à pressão anormal no pé. A doença micro vascular, prejudicando a nutrição e a oxigenação do tecido, também contribuem. A infecção das úlceras ocorre geralmente após o seu estabelecimento. A neuropatia autonômica contribui para a formação das úlceras, pois através do dano à inervação simpática dos pés, leva a fistulas arteriovenosas e a veias distendidas. Isso desvia a camada capilar nas áreas afetadas e pode comprometer a nutrição e o fornecimento de oxigênio. A sudorese diminuída devido a neuropatia autonômica leva à pele seca, rachaduras e assim proporciona uma porta de entrada para a infecção.

Com relação ao “pé de Charcot” (neuro-osteopatia), acredita-se que a neuropatia autonômica com conseqüente aumento do fluxo através das comunicações arteriovenosas promove um aumento da reabsorção óssea e leva à fragilidade e deformidade ósseas.

A **macrovasculopatia** pode levar à isquemia e em combinação, a microangiopatia, em que há espessamento difuso da membrana basal dos capilares limitando a vasodilatação compensatória e diminuição da perfusão.

As infecções das úlceras do pé diabético podem ser superficiais ou profundas e potencialmente ameaçadoras para o membro com abscessos e osteomielite. Os sinais sistêmicos de infecção como febre, estão geralmente ausentes. As infecções leves em pacientes sem uso prévio de antibióticos são na maioria das vezes causadas por uma ou duas espécies de cocos gram positivos aeróbicos, dos quais o *Stafilococos* e o *Streptococos* são os mais freqüentes. As infecções mais graves (profunda, com necrose ou isquemia) são causadas por flora polimicrobiana e os germes encontrados são: *Stafilococos aureus*, *Escherichia coli*, *Proteus sp*, *Bacteroides sp*, *Peptoestreptococos* e *Clostridio sp*.

O diagnóstico do pé diabético depende de um exame clínico adequado, ou seja, uma boa anamnese e um exame físico detalhado. Os sinais e sintomas relacionados com a neurovasculopatia são: dores tipo queimação, parestesias, sensação de agulhadas, hipoestésias e anestésias. Como ocorre atrofia dos músculos interósseos e deformidades ósseas, pode-se verificar a presença de dedos em garra, dedos em martelo, proeminência das cabeças dos metatarsos, calosidade e úlceras plantares (mal perfurante plantar). Verifica-se também uma pele seca e presença de rachaduras com freqüência. Na predominância do fator neuropático, a temperatura do pé é quente, enquanto que quando há predominância do fator macrovascular, a temperatura do pé é fria (hipotermia).

Os sinais e sintomas relacionados à infecção dependem da gravidade e extensão do processo infeccioso. Nota-se sinais flogísticos locais (rubor, calor, edema e dor), presença de secreção purulenta ou não, áreas de necrose e gangrena.

O tratamento dessas lesões depende da gravidade da lesão, da presença ou não de infecção, tipo de secreção se presente, se há acometimento vascular e osteomielite.

Ao examinar um paciente portador de Diabetes Mellitus e com lesão ulcerosa de membros inferiores deve-se proceder à uma inspeção cuidadosa dos pés, avaliando-se os pulsos arteriais, sensibilidade, descrever a lesão avaliando a profundidade e bordas, presença de necrose, colher material para cultura da secreção. E nunca esquecer que o controle glicêmico é fundamental para a resolução e prevenção de novas lesões.

PÉ DIABÉTICO- CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ENCAMINHAMENTO (Adaptada da SBACV 2001 e da classificação de Wagner)				
Categorias de Risco	Sensibilidade	Deformidade/ Hiperkeratose	Úlcera	Encaminhamento
Grau 0	Presente	Ausente	Ausente	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 6 meses ou anual*
Grau 1	Ausente	Ausente	Ausente	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 3 ou 6 meses*
Grau 2	Ausente	Presente	Ausente	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 3 meses. Encaminhamento para Terapia Ocupacional*
Grau 3	Ausente	Presente ou Ausente	Cicatrizada	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 3 meses. Encaminhamento para Terapia Ocupacional*
Grau 3 a	Úlcera superficial com ou sem infecção superficial			Curativo na unidade, antibiótico se indicado. Se houver evidência de isquemia encaminhamento ao Pólo de cirurgia vascular*
Grau 3 b	Úlcera Profunda, sem infecção e sem atingir o osso			Encaminhamento ao Pólo de cirurgia vascular, marcação em no máximo 48 h.
Grau 3 c	Infecção profunda (celulite, abscesso, tendinite, sinovite, osteomielite)			Internação imediata**
Grau 3 d	Necrose ou gangrena localizada			Encaminhamento ao Pólo de cirurgia vascular, marcação em no máximo 48 h. No caso de gangrena avaliar indicação de internação imediata.
Grau 3 e	Necrose ou gangrena extensa			Internação imediata**

*A presença de isquemia potencializa enormemente o risco e a sua descompensação exige tratamento

** Caso não haja vaga para internação, o paciente deverá ser mantido na emergência. O ferimento deverá receber os cuidados necessários de limpeza, desbridamento, e antibioticoterapia quando indicados.

O Consenso Internacional sobre Pé Diabético 2001, sugere como antibioticoterapia venosa a possibilidade das seguintes associações:

- ampicilina/sulbactan;
- ticarcilina/clavulanato;
- amoxicilina/clavulanato;
- clindamicina + quinolona;
- clindamicina + cefalosporina de segunda ou terceira geração;
- metronidazol + quinolona.

Curativos

Objetivo

O objetivo é desenvolver habilidade de realizar ou orientar a realização de um curativo em uma lesão de membro inferior.

1. Lavagem das mãos
2. Reunir e organizar todo o material a ser utilizado no curativo
3. Colocar o paciente em posição confortável, em local com boa iluminação e explicar o que será feito. Apoiar o membro afetado sobre uma bacia cirúrgica
4. Calçar as luvas
5. Lavar o ferimento com SF 0,9% em jato (sem muita pressão)
6. Esfregar a gaze embebida com solução salina no leito da lesão em um único sentido. Em caso de muita sujeira pode-se associar sabão líquido hospitalar.
7. Desbridamento: Retirar o tecido necrótico com pinças ou tesouras. Caso não consiga retirar todo o tecido necrótico pode-se usar colagenase (evitar em áreas já com tecido de granulação)
8. Pode-se aplicar sulfadiazina de prata, coberturas conforme o tipo da lesão (seca ou com secreção, infectada ou não).
9. Ocluir a lesão com gaze fina, atadura e micropore ou esparadrapo

**Algumas coberturas, pomadas e cremes (sulfadiazina de prata, colagenase, antibióticos tópicos p. ex. Nebacetin®) não deverão ser utilizados esses casos.

Abordagem

Educação

Modificação do estilo de vida é difícil na terceira idade. Mas deve-se estimular cuidados gerais de saúde como: suspensão do fumo, aumento da atividade física e reorganização dos hábitos alimentares.

Dietas restritivas, além de nutricionalmente inadequadas, são de difícil aderência entre idosos. Deve-se insistir nas vantagens do fracionamento dos alimentos. Não é recomendável o uso habitual de bebidas alcoólicas. Deve-se atentar para possíveis deficiências nutricionais associadas (Vit B12, ácido fólico, etc...).

Tratamento inicial

Sempre que possível dar preferência à insulina humana.

Indicações do uso

Níveis de glicose ao diagnóstico muito elevados: 270 a 300 mg/dl, especialmente se acompanhados de perda de peso, cetonúria e cetonemia. O auto monitoramento do controle glicêmico, quando possível, é uma parte fundamental do tratamento.

A medida da glicose no sangue capilar é o teste de referência. A frequência depende do grau de controle, dos medicamentos anti-hiperglicêmicos utilizados e de situações específicas. Deve ser realizada sempre que houver suspeita clínica de hipoglicemia que, por sua vez, frequentemente cursa com alterações comportamentais. Se houver níveis glicêmicos estáveis, optar por glicemia capilar uma vez ao dia. A medida da glicemia capilar após as refeições é particularmente útil em casos em que os níveis de glicohemoglobina forem discrepantes das medidas da glicemia capilar.

Pacientes frágeis

Alterações cognitivas avançadas e síndrome de imobilização

Optar por usar insulina regular após as refeições uma ou duas vezes ao dia. O nível da glicemia deve ser mais flexível mantendo uma leve hiperglicemia (preferencialmente entre 150 e 200). O objetivo deve ser evitar complicações agudas como hipoglicemias e/ou hiperglicemias graves. O cuidador e/ou responsável deve ser esclarecido quanto às possíveis complicações.

Objetivo do tratamento

- Compensação metabólica - redução da glicemia
- Combate à hiperglicemia aguda
- Controle de fatores de risco
- Menor progressão para complicações crônicas

OBJETIVO DO TRATAMENTO	
Pacientes entre 60 e 70 anos em boas condições de saúde	Perseguir o bom controle metabólico
PACIENTES PORTADORES DE: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demência ▪ Cirrose ▪ Alcoolismo ▪ Insuficiência renal crônica ▪ Disfunção do sistema nervoso autônomo ▪ Alto grau de dependência associado a isolamento social ou restrição alimentar 	Evitar a hiperglicemia aguda

INDICADORES DO CONTROLE METABÓLICO		
Parâmetro	Meta	Aceitável
Glicemia plasmática (mg/dl):		
▪ jejum	110	126
▪ pós prandial	140	160
Hemoglobina glicada (%)	inferior a 6,5	1% acima do limite superior
Pressão arterial (mmhg)	130 x 80	—
Colesterol total (mg/dl)	menor que 170	—

Tratamento

A – Tratamento não farmacológico

Dieta: difícil aplicação no idoso

Evitar carboidratos simples observar o total de calorias:

40 a 45 % : Carboidratos simples

40% : gorduras

15 a 20 %; Proteínas

Atividade física: Aumenta a sensibilidade à insulina e melhora a tolerância à glicose.

Realizar sempre a avaliação médica prévia.

B – Tratamento farmacológico

DROGAS DISPONÍVEIS	
Secretagogos de insulina	Sulfoniluréias: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primeira geração ▪ Segunda geração ▪ Terceira geração: <ul style="list-style-type: none"> Metiglinidas Derivados da fenilalanina
Sensibilizadores da ação da insulina	Biguanidas Tiazolidinodionas
Anti-hiperglicemiantes	Inibidores da alfa-glicuronidase Insulina

VII. ATENDIMENTO AO PACIENTE FRÁGIL: CUIDADOS PALIATIVOS



CUIDADOS PALIATIVOS

É o estudo e controle de pacientes com doença ativa, progressiva e avançada, para quem o prognóstico é limitado e a assistência é voltada para a qualidade de vida. São cuidados totais ativos prestados a pacientes com doença incurável que não respondem a tratamento curativo, sendo fundamental o controle da dor e de outros sintomas, problemas psicológicos, sociais e espirituais (OMS).

Objetivos do Atendimento Médico

1. Maximizar benefícios
2. Prevenir e curar a doença
3. Aliviar o sofrimento
4. Minimizar o que é oneroso e evitar a terapêutica fútil e inútil

1. O que é paciente terminal?

É o paciente com perspectiva de morte em um período curto de tempo. O perfil dos pacientes tem modificado e doenças graves, como o câncer, tendem a se tornar crônicas. Todos os pacientes são enquadrados, mas deve-se focar aqueles com doenças progressivas e avançadas, independente do diagnóstico. O objetivo é conduzir cuidados de higiene e conforto, aliviando a dor e controlando qualquer outro sintoma que cause sofrimento. No idoso, relaciona-se à fragilidade ao declínio funcional e a falência orgânica.

2. Como morrer?

Hoje existem alguns termos relacionados com o morrer.

Eutanásia: abreviar a morte de maneira ativa ou passiva.

Distanásia: obstinação terapêutica podendo prolongar o sofrimento.

Ortotanásia: é a morte no seu tempo certo.

Suicídio assistido

Mistanásia: morte miserável, antes da hora, geralmente relacionada à violência.

No Brasil não há lei autorizando qualquer método de abreviação da vida.

3. Onde morrer?

Em nossa diversidade cultural a abordagem deve ser individualizada, mas sempre oferecendo as opções do domicílio, hospices, ILPIs, hospitais e unidades de cuidados paliativos.

Pacientes com Incapacidade Cognitiva

Estes pacientes demonstram desconforto através de mudança de comportamento, agitação, expressão facial tensa, declínio funcional, isolamento, alterações da marcha, instabilidade dos sinais vitais, gritos, choros, gemidos e lamentos.

Abordagem

- Terapêutica antiálgica. Nos pacientes com lesões (exemplo: úlceras de pressão) ou rigidez, a analgesia deve ser feita antes da manipulação, com opióide. Uma opção é utilizar Metadona 5mg, meio comprimido, uma hora antes da manipulação.
- Otimização dos medicamentos com suspensão dos não-essenciais
- Se necessário, prescrever medicação subcutânea
- Suspender intervenções inapropriadas (exames, acesso venoso)
- Documentar não-ressuscitação
- Abordagem psicológica
- Abordagem espiritual
- Informação / comunicação, familiares e outras pessoas envolvidas
- Definição do médico assistente
- Discutir plano terapêutico com familiares
- Avaliar entendimento dos familiares e pessoas envolvidas no plano de cuidados.

Emergências em medicina paliativa

Deverão ser encaminhados ao pronto atendimento se ocorrerem:

- Paranóia aguda
- Hemorragia volumosa
- Obstrução da veia cava superior
- Compressão medular
- Retenção urinária
- Angústia terminal
- Hipercalcemia
- Ansiedade da família
- Aumento da pressão intracraniana
- Dispnéia
- Fratura patológica.

Abordagem dos sintomas

Anorexia e Caquexia

Permitir a ingestão de pequenas quantidades de alimentos de agrado do paciente a intervalos regulares, incentivando as refeições junto da família.

Dispneia

Manter a cabeceira elevada, preferencialmente com o paciente assentado e em ambiente bem ventilado.

Fadiga

Embora a fadiga seja o sintoma mais comum em pacientes com câncer avançado, é o sintoma para o qual temos as soluções menos satisfatórias.

- Identificar e reverter a causa base.
- Quando a fadiga ainda é leve, estimular pequenas atividades físicas para preservar a força muscular.
- Ajudar o paciente a estabelecer prioridades.
- A boa morte atual é a que era mais temida na Antigüidade, a morte repentina.

Náuseas e vômitos

- Aconselhamento nutricional
- Rever a necessidade de catéter nasogástrico na presença de dois ou mais episódios de vômitos a cada seis horas.
- A gastrostomia descompressiva deve ser avaliada na ausência de insuficiência renal.

Agitação Psicomotora / Confusão Mental

Orientar e tranquilizar o paciente e o cuidador. Buscar causas desencadeantes, geralmente multifatoriais, tais como desidratação, hemorragias, metástase cerebral, interação de medicamentos, dor, hospitalização, doença avançada entre outras e corrigi-las.

Dor

A dor é definida como uma experiência emocional e sensorial desagradável, com danos reais ou potenciais ao tecido; apesar de sua universalidade, a dor não é uma entidade única, sendo composta por uma variedade de sofrimentos humanos.

Constitui-se uma das mais freqüentes razões de incapacidade e sofrimento para pacientes com câncer em progressão. Em algum momento da evolução da doença, 80% dos pacientes experimentarão dor. Pode ser manifestada de deferentes formas: dor e sofrimento (dor total), dor física, dor mental, social e espiritual.

O sofrimento depende de valores pessoais, é um fenômeno dual. De um lado experimenta-se a percepção da sensação e, do outro, a resposta emocional do paciente a ela.

A **dor aguda** tem um momento definido de início, sinais físicos objetivos e subjetivos e atividade exagerada do sistema nervoso. A **dor crônica** se mantém além de um período de seis meses, provocando adaptação do sistema nervoso.

Fatores que pioram o sofrimento:

- fadiga;
- depressão;
- raiva;
- medo/ ansiedade em relação à doença;
- sentimentos de falta de esperança e amparo.

Tratamento da dor

Para o indivíduo, a dosagem e escolha do analgésico devem ser definidas de acordo com a característica da dor do paciente, sem provocar efeitos colaterais intoleráveis. O uso de adjuvantes para aumentar a analgesia (corticosteróides, anticonvulsivantes), controlar efeitos adversos dos opiáceos (antieméticos, laxativos), controlar sintomas que estão contribuindo para a dor do paciente (ansiedade, depressão, insônia).

Oferecer ao paciente e cuidadores instruções precisas, tanto escritas quanto orientadas verbalmente, sobre o nome dos medicamentos, sua indicação, dosagem, intervalo entre as doses e possíveis efeitos colaterais. Explorar a “Dor Total” do paciente, determinando o conhecimento sobre sua situação, seus medos e crenças.

A via oral é a via de escolha para a administração de medicação analgésica (e outras) sempre que possível. Poupa o paciente do incômodo de injeções, proporcionando maior controle sobre sua situação e autonomia para o autocuidado.

A frequência das doses pode ser através de **horários fixos**: a medicação analgésica para dor, moderada ou intensa, deve ser administrada a intervalos fixos de tempo. A escala de horário fixo assegura que a dose seguinte, seja fornecida antes que o efeito da anterior tenha passado levando o efeito de alívio da dor mais consistente. Quando a dor retorna antes da próxima dose, o paciente experimenta sofrimento desnecessário e pode ocorrer tolerância, necessitando de doses maiores do analgésico.

Outra forma de administração dos analgésicos pode ser pela **escada analgésica**. É uma escada de três degraus, para guiar o uso seqüencial de drogas no tratamento da dor:

DOR LEVE A MODERADA	Não-opiáceo + adjuvante
DOR MODERADA	Não-opiáceo + opiáceo fraco + adjuvante
DOR INTENSA	Opiáceo forte + adjuvante

Morfina

Existem mitos em relação ao uso da morfina:

- Dependência: a dependência psicológica ocorre raramente (4 casos em 12.000), e a dependência física é uma propriedade dos opiáceos. Estes fatos não apresentam importância clínica desde que os pacientes sejam instruídos a não interromper a medicação abruptamente;

- Depressão respiratória: a depressão respiratória clinicamente significativa não ocorre em pacientes com câncer, mesmo naqueles com doença pulmonar obstrutiva crônica. Eles desenvolvem rapidamente tolerância aos efeitos respiratórios da morfina;
- Aceleração da morte: não há qualquer evidência de que a dosagem apropriada de morfina para analgesia prolongue a vida ou acelere a morte;
- Transformação do paciente em um “zumbi”: quando titulada para o alívio da morfina não produz excesso de sedação, exceto nos primeiros dias de tratamento.

Sedação terminal

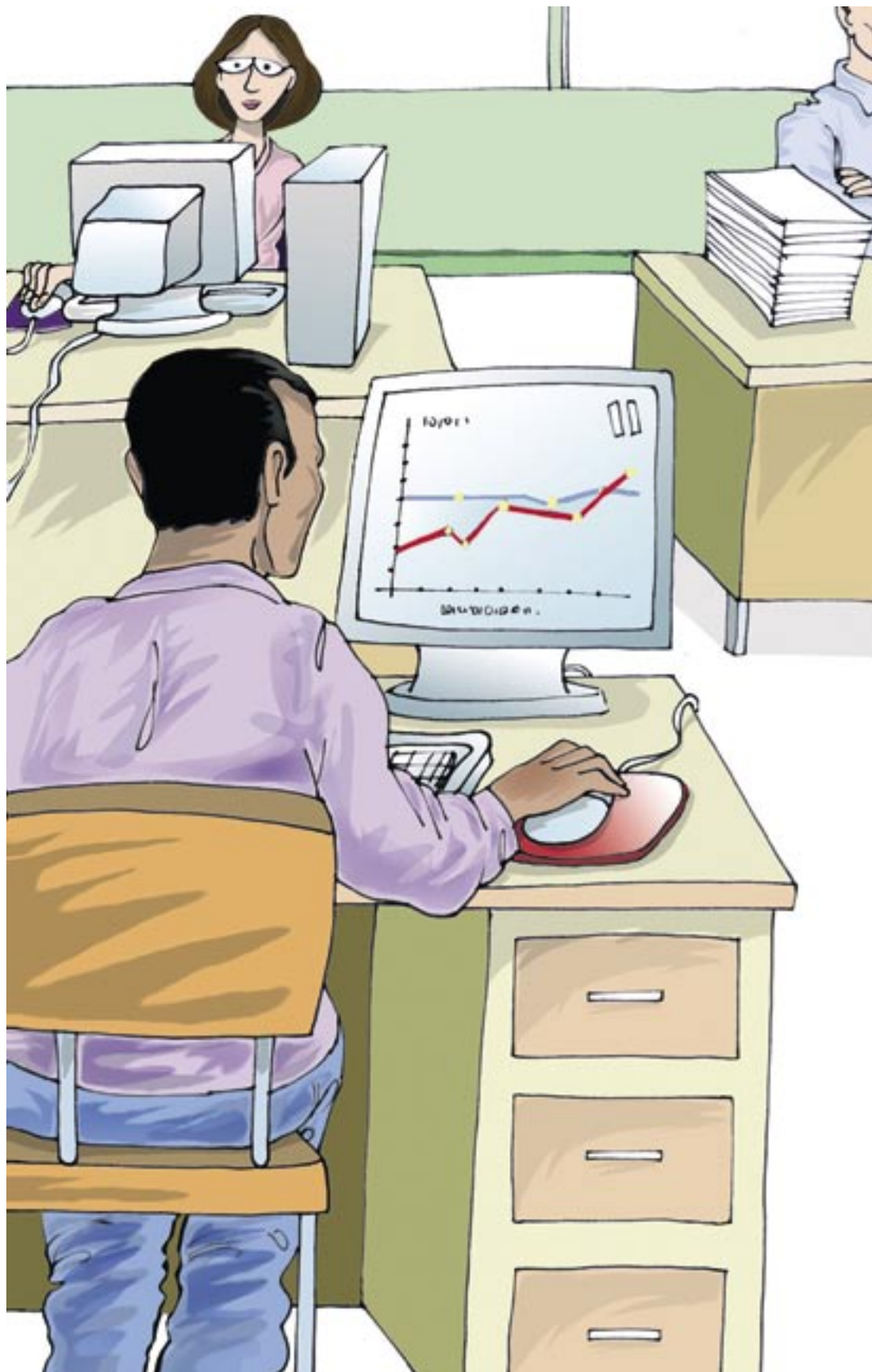
A sedação para os casos de dor é alcançada prescrevendo-se a maior dose de opiáceos que não produza efeitos adversos, como mioclonia e depressão respiratória.

Outras intervenções

- Hipodermóclise
- Hidratação
- Nutrição
- Prevenção de úlceras de decúbitos
- Higiene
- Ambiente agradável
- Acompanhamento religioso



VIII. INFORMAÇÃO GERENCIAL



INFORMAÇÃO GERENCIAL

O Sistema de Informação tem por objetivo prover informações para gerenciar a Atenção à Saúde do Idoso, monitorar o seu atendimento em toda a rede de assistência (encaminhamentos, retornos e monitoramento onde ele irá permanecer) e comunicar-se com as equipes de saúde através de um processo dinâmico.

Para tanto, faz-se necessário o estabelecimento de indicadores, parâmetros, definição de fontes, locais adequados para registro, armazenamento e processamento dos dados. Por esse motivo, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais está estruturando o Prontuário da Família, por ciclo de vida, incluindo a saúde do idoso. No entanto, faz-se necessário o conhecimento, por parte dos profissionais, da importância dos registros e o preenchimento adequado dos formulários e informações.

8.1 PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO

- A Planilha de Programação Local é um instrumento que tem por finalidade instrumentalizar os profissionais/equipe de saúde na elaboração do planejamento local tendo como foco o idoso.
- Este instrumento consta de três colunas: resultado esperado, atividades e parâmetros. As normas para a operacionalização das atividades e parâmetros estão fundamentadas nessa linha-guia.
- As pessoas com mais de 60 anos, residentes na área de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde ou da Equipe de Saúde da Família são a população-alvo para o planejamento local.
- O planejamento local está fundamentado nos princípios da Atenção Primária à Saúde e tem por objetivo viabilizar o **acesso** dos idosos à Unidade de Saúde/ Equipe de Saúde da Família; a **longitudinalidade**, através da continuidade do cuidado, acompanhamento das patologias e prevenção aos agravos; a **integralidade** do cuidado possibilitando o fluxo integrado dos idosos que necessitem de atendimento em outros pontos de atenção; a **coordenação** da atenção, através do monitoramento das ações nos vários pontos de atenção; a abordagem familiar, analisando o idoso e a inserção na família; e o **enfoque** comunitário, através de educação em saúde, ações coletivas e da participação da comunidade relacionadas à saúde do idoso.

8.2 OS INDICADORES DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Serão monitorados a curto, médio e longo prazo. Os dados para monitoramento destes indicadores deverão estar na ficha clínica.

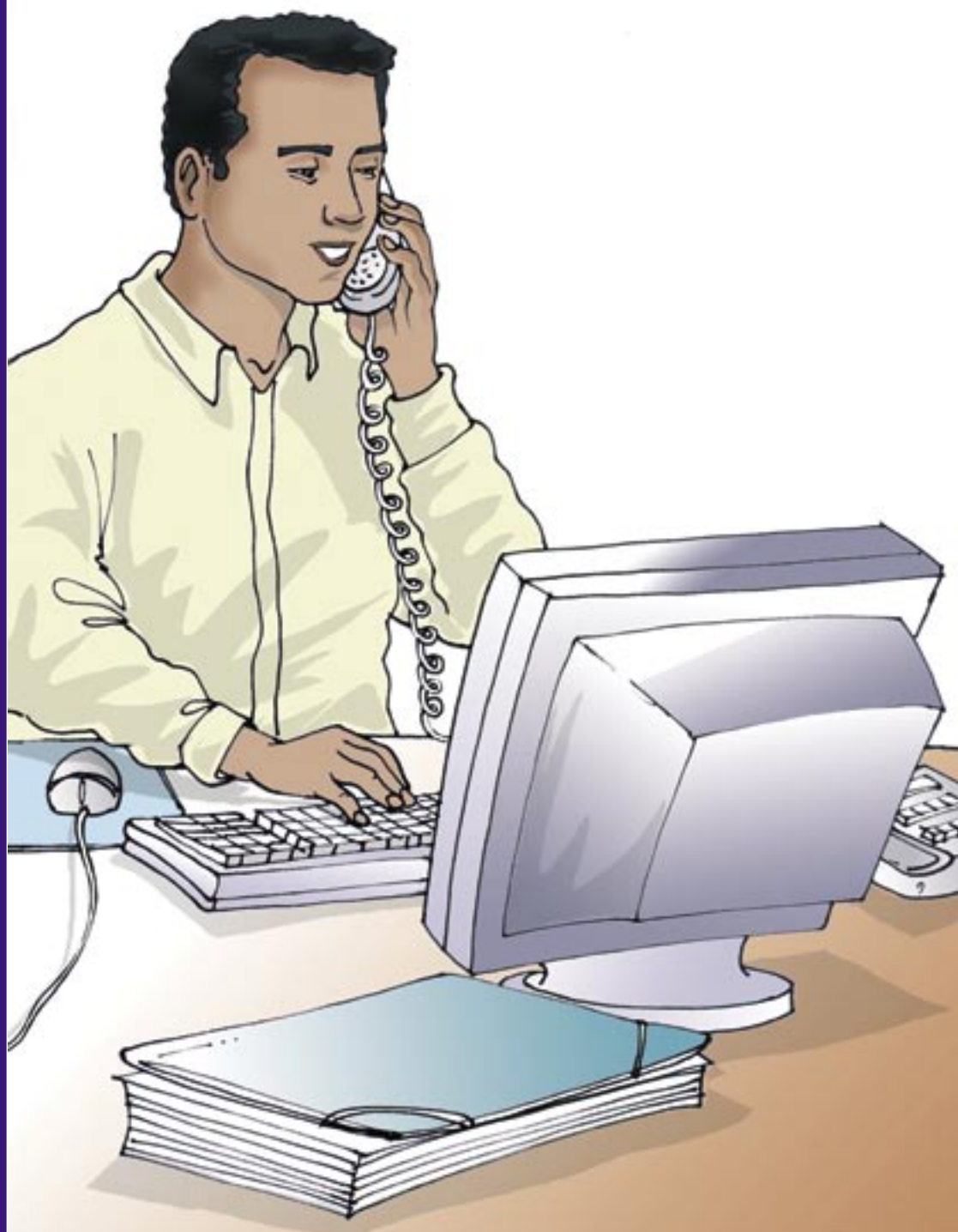
POPULAÇÃO ALVO: 60 ANOS OU MAIS	
Idoso na área de abrangência	Fonte
Hospitalização acima de 60 anos	SIH
Hospitalização por faixa: etária: 60 a 75 anos	SIH
Hospitalização por faixa: etária 75 a 90 anos	SIH
Hospitalização por faixa: etária 90 anos e mais	SIH
Hospitalização por AVE	SIH
Hospitalização por ICC	SIH
Taxa anual de mortalidade	SIM
Taxa anual de mortalidade por quedas e complicações	SIM
Prevalência de idosos com dependência total (Atividades Básicas da Vida Diária -ABVDs)	SIAB Prontuário da Família na Atenção Primária
Prevalência de idosos com dependência parcial (Atividades Básicas da Vida Diária -AVDs básicas e Atividades Instrumentais da Vida Diária-AIVDs)	SIAB Prontuário da Família na Atenção Primária
Prevalência de idosos independentes (Atividades Básicas da Vida Diária -AVDs básicas e Atividades Instrumentais da Vida Diária - AIVDs)	SIAB Prontuário da Família na Atenção Primária
Prevalência de idosos com Incontinência Urinária	SIAB Prontuário da Família na Atenção Primária
Prevalência de idosos com Incontinência Fecal	SIAB Prontuário da Família na Atenção Primária
Prevalência de idosos com demência	SIAB Prontuário da Família na Atenção Primária
Prevalência de quedas com repercussões/ fratura de fêmur	SIH Prontuário da Família na Atenção Primária

A ATENÇÃO PROGRAMADA - PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO SAÚDE DO IDOSO
PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO LOCAL

RESULTADO	ATIVIDADES	PARÂMETROS
Acompanhamento de todos os idosos (60 anos ou mais) da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde	Identificar todos os idosos da área de abrangência da Unidade de Saúde e cadastrar para acompanhamento	100% dos idosos identificados e cadastrados na Unidade Básica de Saúde
	Realizar primeira consulta médica para todos os idosos da área de abrangência da Unidade de Saúde e estratificar por grau de risco: Risco habitual ou Risco Alto	100% dos idosos realizam a primeira consulta médica e são classificados por grau de risco
	Realizar consultas para acompanhamento de todos os idosos de risco habitual	100% dos idosos de risco habitual da UBS realizam: - 01 consulta médicas por ano - 01 consulta enfermagem por ano
	Realizar consultas para acompanhamento de todos os idosos de alto risco	100% dos idosos de alto risco da UBS realizam: - 03 consultas médicas por ano - 03 consultas enfermagem por ano
	Consulta domiciliar, médica e de enfermagem para todos os idosos acamados da área de abrangência	100% dos idosos acamados da área de abrangência recebem visitas domiciliares: - 06 consultas médicas por ano - 06 consultas enfermagem por ano - 01 visita por mês pelo ACS
	Realizar atividades educativas para todos idosos cadastrados	100% dos idosos participam de 4 ações educativas por ano
	Garantir Imunização para Influenza, Pneumococo e Tétano.	100 % dos idosos da área de abrangência são imunizados
	Realizar exames complementares na primeira consulta: Hemograma, Glicemia de jejum, Vitamina B12, Acido Fólico, Creatinina, TSH, T4 Livre, Urina rotina, Colesterol Fracionado, Triglicérides, Pesquisa de Sangue oculto nas fezes, PSA, Eletrocardiograma, ou outros.	100% dos idosos realizam exames laboratoriais em primeira consulta
	Exames anuais em consultas subsequentes: Glicemia de jejum, TSH, Colesterol fracionado, Triglicérides, PSA, ou outros	100% dos idosos realizam exames laboratoriais em consulta anual
	Realizar avaliação para identificação de idoso que apresente os Gigantes da Geriatria ou outros fatores de risco em todas as consultas	100% dos idosos realizam consultas subsequentes médicas/enfermagem, exames e procedimentos descritos nas linhas guias para identificação dos Gigantes da Geriatria ou outros fatores de risco
Executar o Plano de Cuidados definidos pela própria APS ou encaminhado por outros pontos de atenção	100% dos usuários que foram avaliados deverão ser acompanhados de acordo com o Plano de Cuidados.	
Diminuição da Hospitalização por condições sensíveis ao atendimento em Atenção Primária	Avaliação, classificação por grau de risco com acompanhamento de todos os idosos da área de abrangência da Unidade de Saúde	100% dos idosos avaliados devem ser classificados de acordo com o grau de risco e acompanhados na Unidade Básica de Saúde



IX. SISTEMA DE INFORMAÇÃO



9.1 SISTEMAS INFORMATIZADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica)

Fornece o relatório de produção e de marcadores para avaliação de:

- Residentes na área de abrangência da equipe de 60 anos ou mais;
- Fratura de colo de fêmur em > 50 anos;
- Acidente Vascular Cerebral;
- Infarto Agudo do Miocárdio;
- Hospitalizações por complicações do Diabetes;
- Hospitalização por abuso de álcool;
- Tipo de atendimento de Médico e Enfermeiro;
- Solicitação Médica de Exames complementares.
- Encaminhamentos médicos:
 - Especializados;
 - Internação hospitalar;
 - Urgência/Emergência;
- Acompanhamento de diabéticos, hipertensos e outros;
- Consolidado de famílias cadastradas por município.

SIH (Sistema de Informação sobre Mortalidade)

Disponibiliza:

- Mortalidade proporcional: percentual de óbitos informados;
- Mortalidade por grupo e causas;
- Mortalidade proporcional por causa mal definida.

SIM (Sistema de Informações Hospitalares)

Disponibiliza:

- Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas.

9.2 OS ENDEREÇOS ELETRÔNICOS

- Coordenadoria Estadual de Atenção ao Idoso – MG: sas.ceai@saude.mg.gov.br
- Secretaria de Estado de Saúde –MG; saude.mg.gov.br
- IBGE :www.ibge.gov.br
- DATASUS: www.datasus.gov.br
- MG-Idoso: mgidosos@hc.ufmg.br
- OPAS: www.opas.org.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBOM, MITCH. *A Última Grande Lição – o sentido da vida*. Ed. Sextante, Rio de Janeiro.

ALVES, M. A. *Gestão da experiência de envelhecer em um programa para a Terceira Idade*. In: Textos sobre envelhecimento. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 1999.

APPLEGATE, W. B. et al. *Instruments for the Functional Assessment of Older Patients*. New England Journal of Medicine. Cidade de publicação: [s.n.]1990. 322 (17): 1207-1214p.

AVERIL, Stedford. *Encarando a Morte: uma abordagem com o paciente terminal*. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre.

BALDESSIN, Anísio. *Pastoral Hospitalar e o Paciente Terminal*. Ed.Santuário 26ª edição, 1994, Aparecida do Norte.

BECKER, Ernest. *A Negação da Morte*. Ed. Nova Fronteira, Rio de Janeiro.

BEL, César. *Morrer Não Se Improvisa*. Edição. São Paulo: Ed. Gaia , 2001.

BOULT, C. et al. *Screening Elders for Risk of Hospital Admission*. 1993. Journal of the American Geriatrics Society, 1993. Caderno 41: p. 811 -817.

BOULT, C. *Test-Retest Reliability of a Questionnaire That Identifies Elders at Risk for Hospital Admission*. Journal of the American Geriatrics Society,1994. Caderno 42: p. 707-711.

BRASIL. Ceneipi /Datusus. *Movimento de autorização de internação hospitalar*; arquivos Reduzidos-a997 Brasília, Fundação Nacional da Saúde,998 (Cd-ROM).

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998.2004/ Brasil*, ministério da Saúde 2006.

Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Assistência à Saúde. *Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: Guia operacional e portarias relacionadas/Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília: MS, 2002.*

Brasil. Ministério da Saúde. *A vigilância e o controle das doenças crônicas não pransmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: OPAS, 2005.*

BROCKLEHURST J.C; TALLS, R.C; FILLIT, H.M, *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*, London: Churchill Livingstone, 1992.

BROMBERG, Maria Helena. *A Psicoterapia em Situações de Perdas e Luto*. Ed. Psy II, Campinas Cad. Saúde Pública, Estudos realizados pelo Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Aberta da Terceira Idade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 19 (3): 705-715, mai-jun, (2003).

CALLAHAN, Maggie, KELLEY, Patrícia. *Gestos Finais*. Ed. Nobel, S. Paulo .

CAMARANO, Ana et al. *Idosos Brasileiros: Indicadores de condições de vida e acompanhamento de políticas*. Brasília Presidência da República, Subsecretaria de Recursos Humanos, DF, 2006-06.

CAMARGO, K; Veras, R. P. *Idosos e universidade: parceria para qualidade de vida*. In: VERAS, R. (org.). *Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Edição. Rio de Janeiro: Relume - Dumará / UnATI / UERJ, 1995.

CAMPOS, M. T. S, MONTEIRO, J.R.B, ORNELAS, A. P. R.C. *Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso*. Disponível em: www.scielo.br, acesso em 8 28/12/2004.

CAMPOS, M. T. F. S, COELHO, A.I.M, *Alimentação saudável na terceira idade*. In: *Segurança alimentar e nutricional na atenção básica em saúde – Fundamentos práticos para promoção de ações*, ed UFV, v 1, Viçosa-MG, 2003.

CARVALHO, Vicente A. et al. *Vida e Morte: Laços da Existência*. Casa do Psicólogo Livraria e Editora, S. Paulo.

COSTA, Sérgio I.F; GANATA. Volnei; OSELKA, Gabriel. *Iniciação à Bioética*. Brasília: CFM, 1988.

DOYLE D, Hanks G.W.C., MAC DONALD N, Oxford. *Textbook of palliative Medicine*, Oxford University Press.

ELIAS, Valmi Carneiro. *Mal de Alzheimer – a cor da dor*. EDUCS, Caxias do Sul.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morrer*. Ed. Martins Fontes, S.Paulo.

_____; *Morte – Estágio Final da Evolução*. Ed. Record, Rio de Janeiro.

_____; *A Morte: um amanhecer*. Ed. Pensamento, S. Paulo.

_____; *A Roda da Vida*. Ed. Sextante, Rio de Janeiro.

ILLENBAUN, G.G. *Screening the Elderly: A Brief Instrumental ADL Measure*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1985. Caderno 33: p.698-706.

FLEMING, C. et.al. *Practical Funcional Assesment of Elderly Persons: A Primary-Care Approach*. *Symposium on Geriatrics – Part III*. *Mayo Clin Proc*, 70:890-910,1995.

FRIES, J. F. *Aging. Natural death and the compression of mortality*. *New England J. Med.*, 1980.v., 303: 130-135p.

_____; F Crapo, L.M *vitality and Aging: Implications of the Rectangular Curve*. San Francisco: Wh Freeman and Company, 1981.

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, *Anuário do Brasil*. Rio de Janeiro, 1993.

_____; PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio): *Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 1998*. ISBN 85-240-0817-2, Rio de Janeiro, 2000.

GLASER BG AN STRAUSS AL, *Awareness of dying*, Aldine publishing.

GORDILHO, A. et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro, Untai/UERJ, 2000.

GRUENBERG, L. et al. The health status and utilization patterns of the elderly Implications for setting Medicare payments to HMOs. *Adv. Health Econ. Health Serv. Res.* 1989.10v: 41-73.

GUIMARÃES, Renato M, CUNHA, Ulisses G.V. *Sinais e Sintomas em Geriatria*, Revinter, Rio de Janeiro.

HORN, Robert C., III. *How Will They Know If I'm Dead?* Transcending disability and terminal illness. Gr. /St. Lucie Press, Florida 1997.

KALACHE, A; et al. *Envelhecimento da população mundial: um desafio novo*. Ver. Saúde Publ., São Paulo, 21 (3): 200-10, 1987.

_____ ; Ageing Worldwide. In *Epidemiology in old age*. London, BMJ Publishing group, 199.

KASTEMBAUM, Robert, AISENBERG, Ruth. *A Psicologia da Morte*. Ed. USP, S. Paulo.

KATZ, S. et al. The index of ADL: A Standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 1963. 185v: 914-919p.

KLAGSBRUN, S.C. *Psychiatric aspects of terminal illness*, The Charles press.

KOVACS, Maria Júlia et al. *Morte e Desenvolvimento Humano*. Casa do Psicólogo Livraria e Editora, S. Paulo.

KUSHNER, Harold S. *Quando Tudo Não é o Bastante*. Ed. Nobel, S. Paulo.

_____ ; Quando Coisas Ruins Acontecem às Pessoas Boas. Ed. Nobel, S. Paulo.

LACHS, M. S. et al. A Simple Procedure for General Screening for Functional Disability *Annals of Internal Medicine*, 1990. , 112: 699-706p.

LEMING, MR., DICKINSON GE, *Understanding Dying, death and bereavement*, Holt, Rinehart and Winston.

LOURENÇO, R. A; MOTTA, L. B. Prevenção de doenças e promoção de saúde na terceira idade. In: VERAS, Renato P. (org.). *Terceira Idade: Alternativas para uma sociedade em transição*. Edição. Rio de Janeiro: Relume-Dumará /UnATI-UERJ, 1999.

MALY, R. C. et al. The Performance of Simple Instruments in Detecting Geriatric Conditions and Selecting Community-Dwelling Older People for Geriatric Assessment: Age and Aging, 1997 , 112v: 699-706p.

MENDES, VILAÇA. *Os Grandes Desafios do SUS*. Tomo I – Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

_____ ; *Os Grandes Desafios do SUS: Tomo II*– Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

_____; O Sistema de Serviços de Saúde no Brasil, Belo Horizonte. Mimeo 1999 a.

_____; O Sistema de Serviços de Saúde no Brasil, Belo Horizonte. Mimeo 1999b.

MC GRORY A, *A well model approach to care of the dying client.*

MC GRAW-HILL; MARES P, *Caring for someone who is dying, Age concern.*

MITTELMARK, M. B. The Epidemiology of Aging. In: HAZZARD, W. R.; BLASS, J. P.; ETTINGER, W. H.; HALTER, J.B. et al. (eds.). *Principles Gerontology*, McGraw-Hill 1994. (11): 135-51.

MORAES, E.N. *Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia*. Coopmed, 2006 em editoração).

MOORE, A. A. et al. Randomized Trial of Office-based Screening for Common Problems in Older Persons. *Am J. Med*, 1997. 102v: 371-378p.

MORRI E SCHWARTZ. *Lições Sobre Amar e Viver*. Ed. Sextante. Rio de Janeiro 1999.

NCHS. National Center for Health Statistics. *National Hospital Discharges Survey: Annual Summary, 1987*. USA, Vital Health Statistics, 1989. Series 13, no 99.

O mundo da Saúde. Os desafios da longevidade. São Paulo. ano 29. v.29. n.4. out/dez. 2005.

PACALA, J. T. et al. Predictive Validity of a Questionnaire That Identifies Older Persons at Risk for Hospital Admission. *JAGS*, 1995. 43v: 374-3p.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L.(org.). *Humanização e cuidados paliativos* Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 2004.

PIERRE, Clarice. *A Arte de Viver e Morrer*. Ateliê Editorial. Cotia, 1998.

PINCUS, Lily. *A Família e a Morte – como enfrentar o luto*. Ed. Paz e Terra.

Prevenção de doenças Crônicas. Investimento vital. Copyright Organização Mundial da Saúde (OMS), 2005.

RAMOS, L. R. *Growing Old*. In: São Paulo. London, University of London 1987. [Thesis submitted for the Degree of Doctor of Philosophy at the London School of Hygiene and Tropical Medicine].

_____- et al. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Revista saúde Pública*, São Paulo: 1987.21 (3): p. 221-24.

_____-; - A explosão demográfica da Terceira Idade no Brasil: uma questão de saúde pública. *Gerontologia*, São Paulo: 1993. 1 (1):p.3-8.

REIS, N. T. Problemas relacionados à alimentação e qualidade de vida do idoso, disponível em: www.nutricaoempauta.com.br. Acesso em 10/01/2005.

RENOLD J. BLANK. *A Morte em Questão*. Ed. Loyola, S. Paulo.

ROCHA, Manoel O. C.; Pedrosos, Enio R. P, SANTOS, Anielo G.R.: *Infectologia Geriátrica*. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1997.

SACKET, D. L. et al. *Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine*. Parte inferior do formulário 2.^a ed. Boston: Little, Brown and Company, 1991.

SANT'ANA, M. J. G. A velhice que se aprende na escola: um perfil de seus usuários. In: VERAS, R. P. (org.). *Terceira Idade: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ UnATI/UERJ, 1997.66p

SHERWIN B. NULAND. *Como Morremos: Reflexões Sobre o Último Capítulo*. Ed. Rocio, S. Paulo.

SHUMAN, J. M. *Nutrição no envelhecimento*. In: *Alimentos, nutrição e dietoterapia*, Ed. Roca, cap 14, 9^a edição, 1998.

SILVESTRE, J. et al. Population ageing in Brazil and the health care sector. *Bold Quarterly J. of the international Institute of Ageing- United Nations, Malta*, 7(4): 4-12,1998.7 (4): 4-12p.

STARFIELD, B. – *Primary care: balancing health needs, services and technology*. New York, Oxford University Press.1998

STROUD, M. *Face to face with cancer- practical information for patients and their families*.

SZKLO, M. & NIETO, F. J. *Epidemiology: Beyond the Basics*. Maryland, Aspen Publishers, Inc., 2000.

VASSÃO, ELENY. *O Poder do Amor – a bíblia dos enfermos*. Sociedade Bíblica do Brasil, S. Paulo.

_____; *O Desafio Continua – a missão da Igreja frente à AIDS*, Edição da autora, S. Paulo.

VERAS, R. P. et al. *Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade*. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*,1987. 7(4)v: 4-12p.

_____; et al ; *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/UERJ, 1994.

_____; et al ; *Novo perfil das doenças: novos modelos de cuidado*. *Revista Brasileira de Home Care (Revista médica mensal de Internação Domiciliar, Enfermagem e Nutrição)*, ano IV, número 40, pág. 24, agosto 1998.

_____; et al ; *Novos conceitos e novas metodologias: o setor saúde e as mudanças necessárias – 1a parte*. *Revista Brasileira de Home Care*, ano V, no 51, 1999a.

_____; et al ; *Novos conceitos e novas metodologias: o setor saúde e as mudanças necessárias – 2a parte*. *Revista Brasileira de Home Care*, ano V, número 52, pág. 32, agosto de 1999b.

_____; et al ; *A Longevidade da população: um novo fenômeno*. *Revista Brasileira de Home Care*, ano V, no 49, pág. 38, maio de 1999c.

VIORST, Judith. *Perdas Necessárias*. Ed. Melhoramentos, S. Paulo.

WHO. The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly. Technical Report Series 706, Genève, 1984.

_____; Cancer Pain Relief: with a guide to opioid availability. Genève 1996

Referências/ Saúde Bucal

ANUSAVICE, K. J. Management of dental caries as a chronic infectious disease. Journal of dental education.v. 62,10 october,.p-791-801. 1998.

BERG, R. Odontologia y pacientes de edad avanzada. Quintessence, v.11, n.8, p.525-541. 1998.

BIRMAN, E.G. et al. A study of oral mucosal lesions in Geriatric Patients. Rev. Fac.Odontol. FZ.L, v.3, n.1, p.17-25, 1991.

BORAKS, S. Atendimento ao idoso. Rev. APCD, ano 32, n.491, p.20, 1998.

CARRANZA, F. A. Periodontia Clínica: tratamento periodontal de pacientes geriátricos. 8ª ed. p.449-452. 1997.

CHALMERS, J. M. Geriatric oral health issues in Austrália. International Dental Journal. V.51, n.3, p. 235-246. 2001

CHALMERS, J. M. The oral health of older adults with dementia (community-dwelling and nursing home residents). Unpublished doctoral dissertation, University of Adelaide, Adelaide, Australia. 2002.

COMARCK, E. A saúde oral do idoso. Teximfo ed. 2.1, 1999. Disponível em <http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.htm/>. Acesso em 22/05/99

ELIAS, R. Odontogeriatrics: problemas bucais. JBC, v.3, n.16, p.22-24. 1999.

FRARE, S. M. et al. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? Revista da A. P. C. D. v. 51, n. 6, p. 573-576. 1997.

HANCKE, G .O espectro da odontologia geriátrica. RGO, v.30, n.4, 1982

HANDELMAN, S.L. et al. Prevalence of drugs causing hyposalivation in an institutionalized geriatric population. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol, n. 62, p.26-31, 1986.

LORANDI, C. S. et al. Alterações fisiológicas freqüentemente presentes na cavidade bucal do paciente idoso. Revista Odonto-Ciência, v.10, n.2, p.57-61. 1990.

MAGALHÃES, C.S.; MOREIRA, N. A., FERREIRA, E. F. Cárie dentária e tratamentos específicos. In: CAMPOSTRINI, E. Odontogeriatrics. ed. Revinter. RJ. p.161-167.2004

MANDEL, I.D. Preventive Dental services for the elderly. Dental Clinics of North America. V. 33. n.1. p. 81-90.january. 1989.

MARSH, P. D.; NYVAD, B. A microbiota oral e biofilmes formados sobre os dentes. In: FERJESKOV, O.; KIDD, E. (org.). *Cárie Dentária – a doença e seu tratamento clínico*. São Paulo: Editora Santos. 2005, cap. 3, p.30-48.

MELLO, J. M.H.P.; GOTLIEB, S.L D.; LAURENTI, R. A saúde no Brasil: Análise do período de 1996 a 1999. Brasília: Organização Pan- Americana da saúde, 2001. 244p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – Resultados principais. Disponível em <<http://www.saúde.gov.br>> Acesso em: 9 junho 2005.

PINTO, L. P. et al. O espectro da odontologia geriátrica. *RGO*, v. 30, n.4, p.273-296.1982.

SHAY, K. Prosthodontic considerations for the older patient. *Dent. Clin. North Am.*, v.41, n.4, p. 817-845. 1997.

UZEDA, M. *Microbiologia Oral*. ed. Medsi. Rio de Janeiro. p.63/64. 2002.

WERNER, C. W. et al. *Odontologia Geriátrica*. *Rev. Fac. de Odontol. F. Z. L*, v.11, n.1, p. 62-69.1998.

Referências - Úlceras de Pressão

EVANS, J.M.; ANDREWS K.L.; CHUTKA D.S.; Fleming KC; Garness SL. Pressure ulcers: prevention and management. *Mayo Clin Proc*; 70(8):789-99, 1995 Aug.

PALMER, R.M.; BOLLAL. When your patient is hospitalized: tips for primary care physicians. *Geriatrics*; 52(9):36-42, 47, 1997 Sep.

ROTHSCHILD, J.M; BATES, D.W.; Leape L.L. Preventable medical injuries in older patients. *Arch Intern Med*; 160(18):2717-28, 2000. oct 9.

YARKONY G.M. Pressure ulcers: a review. *Arch Phys Med Rehabil*; 75(8):908-17, 1994.. Aug.

EQUIPE RESPONSÁVEL

COLEÇÃO SAÚDE EM CASA

Organizador

Marco Antônio Bragança de Matos

Consultora

Maria Emi Shimazak

ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Organizadores

Eliana Márcia Fialho de Sousa Bandeira

Miraneide Carmo de Souza

Colaboradores

Fausto Aloisio Pedrosa Pimenta

Marco Tullio de Assis Figueiredo

Consultoria técnica e revisão

Edgar Nunes de Moraes

