



Enfermagem na saúde do idoso

Enfermagem na saúde do idoso

Anna Carla Moleta

© 2017 por Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro tipo de sistema de armazenamento e transmissão de informação, sem prévia autorização, por escrito, da Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Presidente

Rodrigo Galindo

Vice-Presidente Acadêmico de Graduação

Mário Ghio Júnior

Conselho Acadêmico

Alberto S. Santana
Ana Lucia Jankovic Barduchi
Camila Cardoso Rotella
Cristiane Lisandra Danna
Danielly Nunes Andrade Noé
Emanuel Santana
Grasiele Aparecida Lourenço
Lidiane Cristina Vivaldini Olo
Paulo Heraldo Costa do Valle
Thatiane Cristina dos Santos de Carvalho Ribeiro

Revisão Técnica

Marcia Cristina Aparecida Thomaz

Editorial

Adilson Braga Fontes
André Augusto de Andrade Ramos
Cristiane Lisandra Danna
Diogo Ribeiro Garcia
Emanuel Santana
Erick Silva Griep
Lidiane Cristina Vivaldini Olo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Moleta, Anna Carla
M718e Enfermagem na saúde do idoso / Anna Carla Moleta.
– Londrina : Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2017.
208 p.

ISBN 978-85-522-0138-0

1. Enfermagem geriátrica. I. Título.

CDD 618.970231

Sumário

Unidade 1 Políticas públicas na atenção à saúde do idoso _____	7
Seção 1.1 - Políticas públicas e teoria do envelhecimento _____	9
Seção 1.2 - Aspectos demográficos e epidemiológicos _____	23
Seção 1.3 - Processo de envelhecimento e idoso institucionalizado _____	36
Unidade 2 Envelhecimento ativo e saudável I _____	53
Seção 2.1 - Fatores determinantes biológicos _____	55
Seção 2.2 - Fatores determinantes psicológicos _____	68
Seção 2.3 - Fatores determinantes sociais _____	82
Unidade 3 Patologias comuns no envelhecimento _____	97
Seção 3.1 - Fisiopatologia dos aparelhos: cardiovascular, respiratório, digestivo, urinário e hematológico _____	99
Seção 3.2 - Fisiopatologia dos sistemas: nervoso, endócrino, reumatológico, ósseo e sensitivo _____	118
Seção 3.3 - Classificação de grau de dependência e impacto nas atividades básicas da vida diária _____	137
Unidade 4 Assistência de enfermagem na saúde da pessoa idosa _____	153
Seção 4.1 - Processo de enfermagem na saúde do idoso _____	155
Seção 4.2 - Programa Nacional de Imunização do Idoso _____	167
Seção 4.3 - Estratégias educativas à saúde do idoso _____	183

Palavras do autor

Prezado aluno!

Neste momento, você está ingressando na disciplina de Enfermagem na Saúde do Idoso. Imaginamos que deva estar se questionando qual a importância/relevância dessa disciplina para seu futuro como enfermeiro.

Esta disciplina tem uma grande importância em sua carreira profissional, pois proporcionará uma correlação entre as disciplinas básicas da área de enfermagem com as especificidades do idoso, dessa forma, fará correlações entre as técnicas básicas gerais com a saúde da pessoa idosa e desenvolverá um raciocínio clínico e crítico para a tomada de decisão.

Para o desenvolvimento da profissão de enfermeiro, devemos ter um conhecimento técnico e científico que possibilite a garantia da qualidade de assistência prestada, seja nas áreas de promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação da saúde do paciente.

Para isso, é importante que você se organize para estudar de maneira disciplinada e tenha contato com todo o material disponível antes do encontro com seu professor. Crie uma rotina e anote todas as suas dúvidas para que sejam sanadas no momento propício.

Esta disciplina possui como competências conhecer e discutir o contexto das políticas públicas e privadas de atenção ao idoso, compreendendo os diversos aspectos do processo de envelhecimento humano, entendendo as implicações das alterações do próprio envelhecimento e da pirâmide populacional na vida do idoso, de sua família e da sociedade; conhecer os aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento populacional; conhecer os aspectos relacionados à assistência de enfermagem gerontológica.

Na Unidade 1 serão abordadas as principais legislações regulamentadoras nas políticas públicas na atenção à saúde do idoso (Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso, Política Nacional de Saúde do Idoso, Pacto pela Saúde), teorias do envelhecimento (biológicas e psicossociais), transição demográfica e epidemiológica da população idosa, processo de envelhecimento e seus aspectos e o idoso institucionalizado. Na Unidade 2, conheceremos os

principais aspectos do envelhecimento ativo e saudável, abordando os fatores determinantes biológicos, psicológicos e sociais. Já na Unidade 3, discutiremos as principais fisiopatologias do envelhecimento (aparelhos: cardiovascular, respiratório, digestivo, urinário, hematológico e neurológico, bem como dos sistemas endócrino, reumatológico, ortopédico e sensitivo). Por fim, na Unidade 4, usaremos todos os conceitos aprendidos nas unidades anteriores para elaborar um plano de assistência de enfermagem à pessoa idosa, usando, para isso, o processo de enfermagem em gerontologia e estratégias educativas para a saúde do idoso como programa nacional de imunização dos idosos, carteira de saúde da pessoa idosa e prevenção à saúde na atenção básica de saúde.

Deixamos aqui um questionamento para reflexão: **Como você gostaria de ser assistido durante o seu processo de envelhecimento?** Convidamos você, futuro enfermeiro, a se aprofundar nesta fantástica disciplina da *Enfermagem na saúde do idoso*.

Políticas públicas na atenção à saúde do idoso

Convite ao estudo

Caro aluno, bem-vindo à nossa primeira unidade de estudo. Depois de uma breve conversa no início deste livro sobre a importância da disciplina, chamamos a atenção para os pontos que estudaremos.

No primeiro momento, estudaremos as principais políticas públicas na atenção à saúde da pessoa idosa, como: Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso, Política Nacional de Saúde do Idoso, Pacto pela Saúde e as teorias biológicas e psicossociais do envelhecimento. Com este conteúdo, garantiremos alcançar a competência geral da disciplina, que é conhecer e discutir sobre o contexto das políticas públicas e privadas de atenção ao idoso, compreendendo os diversos aspectos do processo de envelhecimento humano, entendendo as implicações das alterações do próprio envelhecimento e da pirâmide populacional na vida do idoso e de sua família e da sociedade.

Como resultado de aprendizagem, o aluno deverá ter conhecimento das principais legislações regulatórias da saúde do idoso, bem como do processo de envelhecimento.

Para auxiliar a construção do conhecimento, será apresentada uma situação, contexto de aprendizagem, que visa aproximar o conteúdo teórico com a prática.

A secretaria de saúde de um município de 200.000 habitantes pretende implantar um programa de promoção à saúde da pessoa idosa. Para isso, necessita de recursos financeiros, humanos, políticas públicas específicas e locais para desenvolvimento das atividades. Também precisa ter o Conselho Municipal da Pessoa

Idosa atuante, suporte da atenção básica, isto é, postos de saúde com protocolos específicos para essa população e atenção especializada como sequência com especialista geriatra e hospital de referência.

Com base no arcabouço jurídico, quais são as portarias ministeriais e resoluções colegiadas que regulamentam a Política Nacional do Idoso?

Como são realizados os levantamentos demográficos e epidemiológicos, quando relacionados ao idoso? E o processo de saúde x doenças x internação?

Como se dá o processo de envelhecimento? Quais aspectos são mais relevantes nesse processo?

Como são classificadas as instituições de longa permanência para idosos? Como são regulamentadas?

Veremos nesta unidade algumas situações que exemplificarão o conteúdo. Que tal iniciarmos nosso estudo? Vamos lá.

Seção 1.1

Políticas públicas e teoria do envelhecimento

Diálogo aberto

Iniciaremos nossa primeira seção de estudo, na qual você terá conhecimento das principais legislações reguladoras na saúde do idoso: Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso, Política Nacional de Saúde do Idoso, Pacto pela Saúde e as teorias biológicas e psicossociais do envelhecimento.

Vale lembrar o contexto de aprendizagem exposto no início da unidade, em que você iniciará seu trabalho com a proposta de implantar um programa de promoção à saúde da pessoa idosa, no qual sua primeira ação é conhecer as legislações regulamentadoras da Política de Atenção à Pessoa Idosa. Como você ainda é estudante, contará com a ajuda da professora Magda, profissional já formada e experiente no assunto.

Ao aceitar esse desafio, Magda pediu sua ajuda para estruturar os conteúdos que serão abordados durante as reuniões com o secretário de saúde. Ela sugere a estruturação em dois aspectos:

- Principais políticas públicas na atenção à saúde do idoso.
- Teorias do envelhecimento e seus aspectos.

A partir dessa primeira proposta, seguem reflexões e questionamentos sobre o assunto:

A regulamentação do SUS estabelece princípios que priorizam a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social e a territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Com base nas principais legislações reguladoras da saúde do idoso, quais são as portarias ministeriais e as resoluções colegiadas que regulamentam a Política Nacional do Idoso? Quais são os princípios e as diretrizes básicas da Política Nacional do Idoso? Quais são os dois tipos de teorias do envelhecimento e seus principais aspectos?

Chegou a hora de iniciarmos os trabalhos.

Não pode faltar

Caro aluno, iniciamos a primeira seção discutindo as principais legislações que protegem a pessoa idosa. Discorreremos sobre quatro legislações exclusivamente destinadas à proteção do idoso, porém, para seu entendimento, abordaremos também outras legislações que foram utilizadas como base regulatória, porém destinada à proteção de todos os indivíduos no território nacional.

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

A regulamentação do SUS estabelece princípios que priorizam a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social e a territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde.

Temos como meta elencar legislações destinadas a uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO - Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994.

Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências - BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.395 de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional do Idoso.

Essa lei tem como objetivo: assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para que ele possa promover sua autonomia,

integração e participação efetiva na sociedade. Também estabelece o papel da família, da sociedade e do Estado, que tem como dever assegurar que todos os direitos dos idosos sejam respeitados, tais como: assegurar o direito à cidadania, garantir a participação na comunidade e defender a dignidade, o bem-estar e o direito à vida. Para que isso ocorra, cada secretaria deve desenvolver suas funções. A Assistência Social tem os seguintes deveres:

- Estimular a criação de incentivos e alternativas ao idoso, como atendimento domiciliar, centros de vivências e lazer, transportes para consultas e exames, entre outros.

- Promover seminários e encontros multiprofissionais e com o envolvimento de todas as secretarias públicas para debater sobre a política do idoso.

- A saúde tem o papel de maior importância, pois é através dela que o idoso terá melhoria na qualidade de vida. Como deveres:

- Atendimento pelo SUS.

- Elaboração de protocolos de atendimento multiprofissional para os setores primário, secundário e terciário.

- Realizar levantamentos demográficos e principalmente epidemiológicos para realizar o perfil das principais patologias que acometem o idoso.

- Capacitação de profissionais para um atendimento humanizado e holístico.

- Previdência e trabalho: deve garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso junto ao mercado de trabalho, prioridade de atendimento no benefício, garantir o benefício aos idosos.

- Habitação e urbanismo: assegurar acessibilidade ao idoso em todos os estabelecimentos e vias públicas, melhorias nas condições de habitação e adaptação dessas moradias, qualificação dos profissionais referente ao desenvolvimento de projetos adequados às necessidades do idoso e lei de acessibilidade.

- Cultura, esporte e lazer são fundamentais aos idosos, pois auxiliam na garantia da qualidade de vida. Para isso, deve incentivar e criar programas de lazer, esportes e atividades físicas adequadas e adaptadas aos idosos, proporcionar acesso dos idosos a eventos culturais com taxas acessíveis ou isentas.

Citamos aqui algumas das áreas envolvidas e atitudes que devem

ser tomadas para manter um envelhecimento digno, ativo, respaldado principalmente pela justiça e fiscalizado pelos conselhos de saúde do idoso.



Exemplificando

Podemos elencar alguns exemplos referentes aos direitos dos idosos: acesso a transporte público com isenção de tarifa; cinemas ou teatros com descontos, isto é meia entrada; acesso prioritário em bancos, correios, comércios; direito ao uso de vagas de estacionamento exclusivas; atendimento preferencial em serviços de saúde, drogarias e até receber medicamentos gratuitamente.

ESTATUTO DO IDOSO - Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - BRASIL. **Estatuto do Idoso**. 4. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009. (Série Legislação, n. 31).

O Estatuto se mantém como peça fundamental para a concretização da proteção, definida pela Constituição Federal de 1988, dos direitos dos idosos e tem como parâmetro básico a promoção do envelhecimento digno.

No Brasil, a proteção aos idosos como grupo vulnerável é garantida pela Constituição Federal da República. O estatuto é, então, definido como uma norma mais ampla com o intuito de superar as desigualdades existentes entre os idosos, como grupo vulnerável.

Podemos citar como principais pontos:

1. Garantia de prioridades: atenção por parte da família, comunidade, sociedade e poder público, com o propósito de efetivar o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.
2. Os direitos humanos fundamentais dos idosos: direito à vida; direito ao respeito e à dignidade; direito ao sustento e ao alimento; direito à saúde; direito à educação, à cultura, ao esporte e lazer; direito à profissionalização e ao trabalho; direito aos benefícios previdenciários de aposentadoria e pensão; direito à assistência social; direito à habitação e direito ao transporte.

3. Políticas de atendimento aos idosos: também tratada na Lei nº 8842/94, deve ser realizada por meio de um conjunto articulado de ações da União, Estado, Municípios e Distrito Federal. As entidades de atendimento aos idosos são de fundamental importância e devem ser fiscalizadas pelos órgãos competentes (vigilância sanitária, conselho de saúde do idoso, promotoria pública, desenvolvimento social), isto é, por todos os atores envolvidos seguindo os rigores determinados neste estatuto.

4. Crimes contra os idosos: são de ação penal, pública incondicionada, embasada no Código Penal. Caracteriza crime ao idoso: discriminação, descuido, abandono, falta de acolhida, desprezo, exposição ao perigo, negatividade de oportunidades de relações pessoais e profissionais, obstrução ao acesso à justiça, exploração financeira, assédio econômico e manipulação.



Pesquise mais

Para aprofundar esses conceitos, sugerimos a leitura do Estatuto do Idoso na íntegra.

Fonte: BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da União]**, Poder Legislativo, 3 out. 2003, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 31 abr. 2017.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO - Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006** - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSI. Diário Oficial da União, 2006.

Tem como objetivo buscar garantir atenção adequada e digna para a população brasileira e idosa. Com os princípios e as diretrizes do SUS, direcionam medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção.

Para a criação desta portaria, como medida primordial, foi o levantamento das demais legislações que direta ou indireta embasá-la: Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica nº 8080/1990, Política Nacional do Idoso, além das legislações financeiras e orçamentárias.

Em 1999, por meio da Portaria Ministerial nº 1.395, foi apresentada a primeira Política Nacional de Saúde do Idoso, com determinação de ações somente dos órgãos e entidades ligadas ao Ministério da Saúde. No ano seguinte iniciou um processo de organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde, abrangendo todas as áreas da saúde, inclusive a do idoso.

Em 2006, essa portaria ministerial foi revogada e criada uma nova portaria que abrange todas as esferas de governo, tanto financeiras como multidisciplinares. Tem como objetivo, as seguintes diretrizes:

1. Promoção do envelhecimento ativo e saudável.
2. Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.
3. Estímulo às ações intersetoriais, visando à integridade da atenção.
4. Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.
5. Estímulo, participação e fortalecimento do controle social.
6. Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.
7. Divulgação e informação sobre a política para profissionais da saúde, gestores e usuários do SUS.
8. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.
9. Promoção de corporações nacionais e internacionais das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.



Refleta

A pessoa idosa requer uma atenção muito especial em todos os níveis de atenção à saúde. No entanto, o enfermeiro e sua equipe técnica têm um papel fundamental, de muita responsabilidade e importância no acolhimento e na avaliação de risco quando esse idoso adentra ao serviço de saúde.

Quando conseguimos ver o idoso de forma integral -, ou seja, não como um paciente hipertenso, por exemplo, mas como o Sr. João, paciente que tem hipertensão arterial e outras doenças - trabalhamos de forma humanizada e acolhedora. Assim, o idoso não se sentirá apenas como mais um paciente.

O idoso apresenta várias fragilidades em que podemos ajudá-lo, mas ao mesmo tempo ele tem uma grande experiência de vida e essa troca é de extrema importância na formação profissional.

Como você gostaria de ser tratado/cuidado quando chegar à velhice?

PACTO PELA SAÚDE - Portaria GM nº 399/2006 - BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 2006.

Foi criado em fevereiro de 2006, contendo as Diretrizes Nacionais do Pacto pela Saúde e foi subdividido por 3 pactos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

Ele consiste em um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuadas nas três esferas de governo/gestão: União, Estados e Municípios. Tem como objetivo promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS e ao mesmo tempo redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população na busca da equidade social (BRASIL, 2006).

Em 2006, os Municípios, os Estados e a União assinaram um Termo de Compromisso de Gestão; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a unificação dos vários pactos hoje existentes (BRASIL, 2006), sendo que a partir da assinatura, cada esfera de governo tem sua função e definições, isto é, a aprovação das propostas de implantação do pacto passa a ser avaliada na seguinte sequência: no tocante orçamentário para implantação, o município deve apresentar sua proposta ao Estado para ser aprovado pela Comissão Bipartite (CIB) esse orçamento, e após isso, será encaminhado à União, que também terá que aprovar na Comissão Tripartite (CTI).

Vocês devem estar se perguntando, mas o que são essas comissões? Na Comissão Bipartite fazem parte os gestores municipais e o gestor do Estado. Já a Tripartite, além do Estado e do município, tem como gestor a União (Ministério da Saúde) quem dá o parecer final (aprova ou reprova).

O pacto pela vida tem por finalidade atender às necessidades de todos os usuários do SUS, seja na atenção primária, secundária ou terciária. São seis as prioridades pactuadas:

1. Saúde do idoso.
2. Controle do câncer do colo do útero e da mama.
3. Redução da mortalidade infantil e materna.
4. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.
5. Promoção da saúde.
6. Fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

O Pacto em Defesa do SUS deve considerar as seguintes diretrizes:

1. Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal.

2. Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

Ações do Pacto em Defesa do SUS:

1. Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito.

2. Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS.

3. Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania.

4. Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.

5. Regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº 01/03.

6. Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal (BRASIL, 2006).

Por último, temos o Pacto de Gestão, que estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada - PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Teorias do envelhecimento - biológico e psicossocial

O envelhecimento apresenta algumas particularidades que são variáveis conforme o indivíduo e podem ocorrer entre os sistemas de um mesmo indivíduo de forma variável.

Como condições fundamentais, podemos elencar:

- Deletérias - redução da funcionalidade.
- Progressiva - se estabelece de forma gradual.
- Intrínseca - em que o ambiente tem uma forte influência sobre o aparecimento e a velocidade nas mudanças (não como causa principal).
- Universal - ocorre em todos os indivíduos de uma mesma espécie.

Vamos abordar as teorias biológicas:

As mais estudadas são:

1. Teoria genética - as pessoas herdam programa genético que determina a expectativa de vida.
2. Teoria dos radicais livres - o envelhecimento é causado pelo acúmulo de produtos chamados de radicais livres como resultado do uso do oxigênio nas células.
3. Teoria da ligação cruzada: o envelhecimento resulta da redução na divisão celular porque um agente de ligação cruzada prende-se a um filamento de DNA.
4. Teoria imunológica: ocorre como resultado de uma redução nas atividades do sistema imune.
5. Teoria do "uso e desgaste": ocorre como resultado normal ou uso do corpo e sistemas corporais.

As teorias psicossociais estão apresentadas em:

1. Teoria do desengajamento - a pessoa vê o envelhecimento como um processo de retirada ou desengajamento da vida.

2. Teoria da atividade - afirma que a sociedade deve ter as mesmas expectativas com relação ao idoso quanto tem com os indivíduos adultos de meia-idade.

3. Teoria da continuidade - também conhecida como teoria do desenvolvimento do envelhecimento, porque lida com os padrões de desenvolvimento individual ao longo da vida.

Por outro lado, faz referência também que o sucesso do envelhecimento vai depender da capacidade de cada indivíduo em continuar com os mesmos padrões.

Nenhuma teoria explica sobre o envelhecimento, mas não podemos descartar as hipóteses, pois nenhuma delas pode ser rigorosamente descartada. Os princípios básicos do envelhecimento são um conjunto de modificações biopsicossociais individuais para cada ser humano.



Assimile

Teoria do envelhecimento versa sobre dois aspectos: biológico e psicossocial. No entanto, elas são variáveis em cada indivíduo e podem variar em cada sistema de um mesmo indivíduo. Devemos ter a compreensão de que o envelhecimento é um aspecto complexo e multifatorial.

Sem medo de errar

Contaremos com a ajuda da professora Magda para resolver nossa situação-problema. Ao aceitar esse desafio, Magda pediu sua ajuda para estruturar os conteúdos que serão abordados durante as reuniões com o secretário de saúde. Ela sugere a estruturação em dois aspectos:

- Principais políticas públicas na atenção à saúde do idoso.
- Teorias do envelhecimento e seus aspectos.

Para atender ao questionamento, em primeiro lugar, devemos realizar um levantamento das principais legislações ministeriais e da

agência regulatória a nível federal e posteriormente as que abrangem o nível estadual.

Dentre as legislações ministeriais temos: Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica nº 8080 de 1990 e Estatuto do Idoso de 2003.

No artigo 3º - A política nacional do idoso rege-se pelos seguintes princípios:

I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei.

Já no artigo 4º - Constituem diretrizes da Política Nacional do Idoso:

I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;

II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;

IV - descentralização político-administrativa;

V - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;

VI - implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;

VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;

IX - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

Parágrafo único - é vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social.

Com relação à teoria do envelhecimento, é subdividida em:

Teoria biológica, que tem como principais aspectos: genética, radicais livres, ligações cruzadas, imunológica e "uso e desgaste".

Teoria psicossocial, que aborda como aspectos: desengajamento, atividade e continuidade.

Avançando na prática

Fatores do envelhecimento

Descrição da situação-problema

Na cidade de Varginha, o programa de atenção ao idoso apresenta vários déficits em relação à sua eficiência e eficácia. Para isso, contratou uma empresa especializada em estudos de impactos políticos nos programas de saúde implantados no município. Após análise, os auditores questionaram o secretário da saúde referente a qual embasamento legal e teórico foi utilizado para nortear esse programa, mas ele não conseguiu responder, pois não foram criados protocolos para sua implantação. Qual deve ser seu embasamento legal para que seja elaborado o Protocolo de Implantação do Programa de Atenção ao Idoso?

Resolução da situação-problema

Primeiramente, devem ser levantadas as principais legislações que regulamentam a saúde do idoso. Podemos citar: Política

Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso, Política Nacional de Saúde do Idoso e Pacto pela Saúde.

Também devem ser levantadas as teorias do envelhecimento como embasamento para conhecimento dos aspectos biológicos e psicossociais que são abordados referente aos idosos.

Após todos esses embasamentos afinados, deverá nomear uma comissão multiprofissional para elaboração do protocolo.

Faça valer a pena

1. No município de Iperó foi elaborado um estudo do perfil da população idosa com a finalidade de implantar o Programa Municipal de Saúde da Pessoa Idosa. Para iniciar os trabalhos, um grupo foi criado para analisar as políticas públicas das três esferas de governo, bem como os programas de saúde embasados nas teorias do envelhecimento.

Com relação às principais teorias do envelhecimento, assinale a alternativa correta:

- a) Teoria do uso e desuso e teoria dos radicais livres.
- b) Teoria psicossocial e financeira.
- c) Teoria biológica e psicossocial.
- d) Teoria social e psicológica.
- e) Teoria biológica e social.

2. Com relação à Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 - Política Nacional de Saúde do Idoso -, a finalidade primordial é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão brasileiro com 60 anos ou mais de idade. Qual o grande desafio apontado nessa portaria?

- a) Envelhecimento populacional em condição de desigualdade social e de gênero.
- b) Processo de saúde e doença do idoso.
- c) Financiamento para programas de saúde.
- d) Estratégias de defesa do SUS.
- e) Garantias previdenciárias à pessoa idosa.

3. O envelhecimento da população é um fenômeno mundial que, nos anos mais recentes, ganha maior importância nos países em desenvolvimento. No Brasil, o crescimento da população idosa é cada vez mais relevante, tanto em termos absolutos quanto proporcionais. Os efeitos do aumento desta população já são percebidos nas demandas sociais, nas áreas de saúde e na previdência.

A concepção de envelhecimento que norteia o Estatuto do Idoso é um(a):

- a) Direito personalíssimo, cabendo à família, à comunidade, à sociedade e ao poder público a garantia dos direitos dos idosos.
- b) Condição patológica que merece cuidados de saúde, cabendo ao estado a provisão de assistência hospitalar.
- c) Experiência particular e homogênea, cabendo à sociedade assegurar os direitos de liberdade e integração social.
- d) Situação natural e disfuncional, cabendo ao poder público a institucionalização do idoso dependente.
- e) Redução da fertilidade e aumento da expectativa de vida.

Seção 1.2

Aspectos demográficos e epidemiológicos

Diálogo aberto

Caro aluno, bem-vindo à segunda seção. Iniciaremos nosso estudo abordando os aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento. Nosso objetivo principal é conhecer e discutir sobre o contexto das políticas de saúde públicas e privadas de atenção ao idoso, compreendendo os diversos aspectos do processo de envelhecimento humano, entendendo as implicações das alterações do próprio envelhecimento e da pirâmide populacional na vida do idoso e de sua família e da sociedade; conhecer os aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento populacional.

Nesta seção, abordaremos os conteúdos referentes à política de saúde, ao levantamento estatístico da população idosa no Brasil e no mundo, aos aspectos e indicadores epidemiológicos, ao perfil de mortalidade do idoso mais novo e mais velho e às condições de saúde-doença e taxa de internação do idoso.

Para que nosso estudo seja mais interessante e produtivo, apresentaremos uma situação-problema referente ao contexto de aprendizagem. Dessa forma, poderemos discutir os aspectos teóricos e práticos em situações reais da prática profissional.

No município do interior do estado, a Vigilância Epidemiológica realizou um levantamento referente aos índices de doenças transmissíveis X doenças crônicas não transmissíveis, com o objetivo de avaliar as ações educativas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde. Foi necessário fazer um levantamento demográfico e avaliar como estava ocorrendo a transição demográfica do município, chegando aos seguintes questionamentos:

Quais são as variáveis demográficas da população? Os idosos representam uma demanda importante de serviços de saúde na sua área de abrangência?

Qual a realidade da sua área de abrangência no que se refere à mortalidade infantil, sobre mortalidade masculina e feminina do envelhecimento?

Chegou a hora de “levantarmos as mangas” e caminharmos rumo ao conhecimento.

Não pode faltar

Nesta seção, estudaremos os aspectos demográficos e epidemiológicos, além do perfil do idoso mais novo e mais velho e as condições de saúde-doença e taxa de internação.

Iniciaremos abordando uma política de saúde, na qual o envelhecimento gera um grande impacto no sistema de saúde. Alguns autores relatam que o Brasil ainda está “engatinhando”, quando comparado a países desenvolvidos. Conforme projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a proporção de idosos triplicará nos próximos 40 anos. Os idosos são mais jovens, isto é, menores de 70 anos, porém, os idosos com mais de 85 anos são os que requerem maiores cuidados das equipes de saúde multiprofissional e está sendo considerado o grupo que mais cresce no Brasil.

Podemos classificar estas dificuldades como um fenômeno populacional, isto é, de um lado adultos que envelhecem sem se preocuparem com os fatores de risco para as doenças crônico-degenerativas e suas sequelas e do outro lado, grande quantidade de idosos com doenças comuns da idade, porém, pouco conhecimento pelos profissionais de saúde.

Observamos que o envelhecimento apresenta importantes diferenças entre os países desenvolvidos, onde se observa que está associado às melhorias das condições gerais de vida, e nos países em desenvolvimento, onde o processo está ocorrendo de forma tão acelerada, que não há tempo para a reorganização social e da área de saúde. Isso gera um déficit na qualidade de serviços prestados, falta de profissionais qualificados, estruturas de saúde deficitárias, como podemos observar aqui no Brasil.

Conforme o setor de Vigilância em Saúde, do Ministério da

Saúde, as doenças crônico-degenerativas não transmissíveis não têm cura e requerem uma assistência constante desse paciente. Acometem principalmente os idosos em idade mais avançada, causando dificuldades no desenvolvimento de atividades básicas da vida diária, o que compromete de forma significativa a qualidade de vida dos idosos.

Transição demográfica - levantamento estatístico da população idosa do Brasil e do mundo

Estudiosos no assunto relatam que o século XXI será marcado por transformações na estrutura populacional no Brasil e no mundo, decorrente das conquistas sociais e políticas e ainda avanço nas tecnologias incorporadas nos diversos setores, principalmente de saúde. A estimativa, conforme IBGE, para o ano de 2050 é que existirá cerca de 2 bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, sendo a maioria vivendo nos países desenvolvidos. Já no Brasil, a estimativa atual é de 17,6 milhões de idosos (IBGE, 2013).

Esses dados são representados nas pirâmides demográficas, que são definidas, segundo o IBGE, como representação gráfica cartesiana da distribuição de uma população por sexo e idade. O aumento do número de idosos é um fenômeno global, pois todo o mundo, com exceção de alguns países africanos, encontra-se em alguma fase desse processo e é resultado das transformações demográficas decorridas em décadas anteriores.

Transição demográfica é um termo que significa: modificação do tamanho e estrutura etária de uma população acompanhada, com frequência, da evolução socioeconômica; resulta de uma série de eventos que causam baixas taxas de mortalidade e fecundidade; crescimento negativo, isto é, diminuição da taxa de natalidade e conseqüentemente elevada proporção de idosos (considerados indicadores de saúde). Esse processo não é homogêneo, pois sofre influência dos processos de discriminação e exclusão de gêneros, etnia, racismo, condições socioeconômicas, região geográfica de origem e localização de moradia.

Podemos compreender o processo de envelhecimento como natural, ocorrendo diminuição progressiva das reservas funcionais dos indivíduos (senescência) e em condições normais

não causam problemas, mas quando ocorre sobrecarga de algumas das condições básicas, pode causar: doenças, acidentes, estresse emocional, passando para a denominação de condições patológicas (senilidade) que necessitam de assistência.

Com isso, podemos sintetizar a transição demográfica em três fases distintas: elevadas mortalidades, causadas no início do século passado; queda da mortalidade e crescimento populacional, ocorrido entre as décadas de 1940 e 1970 e queda da fecundidade e envelhecimento populacional, a partir da década de 1970 até os dias atuais.

Entre as causas das elevadas taxas de mortalidade, no início do século XX, podemos citar: a fome, as doenças e os problemas climáticos. No Brasil, havia uma constante taxa de mortalidade (3 em cada 100 habitantes morriam a cada ano) e aumento das taxas de fecundidade (famílias tinham em média seis filhos por mulher). Nessa época, na pirâmide etária brasileira predominavam crianças e jovens com até 15 anos (45%) e pequena proporção de idosos (3%).

Nos anos de 1940 a 1970, ocorreu a queda da mortalidade e o aumento da expectativa de vida, fenômeno denominado transição demográfica. Teve como determinante: progresso das estratégias de produção e distribuição de alimentos; melhorias nas condições sanitárias e habitação; programas de saúde e erradicação das doenças, como tuberculose e cólera. Nos países desenvolvidos, essas mudanças relacionadas à mortalidade começaram a cair com o desenvolvimento de antibióticos e vacinas. Essa fase foi denominada "rejuvenescimento" populacional.

A partir de 1970, nos países desenvolvidos, a taxa de fecundidade começou a declinar acompanhando o progresso socioeconômico. Já nos países em desenvolvimento, essa queda ocorreu de forma tardia e as famílias passaram de seis filhos para, no máximo, três.

Com o advento de mudanças socioeconômicas, crescimento populacional urbano, disponibilidade de métodos contraceptivos, a fecundidade começou a declinar rapidamente. Com isso, o peso da faixa etária dos jovens declinou em 30% e a proporção de idosos dobrou. Nos países em desenvolvimento, essa rápida queda de fecundidade transformou os países de jovens para

envelhecidos. No Brasil, essa denominação iniciou em 2011 e acredita-se, segundo dados estatísticos, que em apenas 25 anos (2036) passará a ser considerado envelhecido.

Outra característica na transmissão demográfica é o aumento de idosos com mais de 80 anos, isto é, idosos mais idosos. Têm como características predominantes a prevalência de doenças e grau de dependência, causando maior impacto sobre a dinâmica familiar, social e econômica e consomem recursos elevados do sistema de saúde. No Brasil é o grupo etário que mais vem apresentando crescimento, pois a mortalidade do indivíduo idoso jovem vem caindo gradativamente.



Pesquise mais

Uma tendência mundial é a longevidade das mulheres, isto é, aumento da população idosa de mulheres em relação aos homens.

Para melhor compreensão, sugerimos a leitura de um artigo:

ALMEIDA, Alessandra Vieira et al. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos e contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015.

Transição epidemiológica - aspectos e indicadores epidemiológicos

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003) define o envelhecimento como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma mesma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.



O conceito de transmissão epidemiológica refere à modificação dos padrões de morbidade, invalidez e morte, que caracterizam uma

população e que ocorre simultaneamente com as transformações sociais e demográficas. Esse processo abrange três mudanças básicas: substituição de doenças transmissíveis (tuberculose, hanseníase) por doenças não transmissíveis (osteoporose, demência) e causas externas dentre as primeiras causas de morte; deslocamento da carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais idosos e transformação do predomínio de mortalidade para morbidade.

Aos poucos se modificam os perfis de saúde da população e a demanda do sistema de saúde (aumento da procura). Como exemplo, podemos citar acidentes vasculares cerebrais (AVC) que deixam sequelas; complicações de fraturas após queda; insuficiência cardíaca e doenças obstrutivas pulmonares crônicas, Alzheimer, Parkinson, entre outras.

No início do século XX, as doenças degenerativas que não apresentavam perspectiva de tratamento se "beneficiavam" de uma pneumonia, por exemplo, que encurtava sua vida. No entanto, o advento do aumento de oferta de antimicrobianos (antibióticos), ao longo dos anos, reverteu essa tendência, pois as pneumonias podiam ser tratadas e curadas, as patologias, como fratura de fêmur, permanecem como fator limitante e de dependência; essa fase foi denominada de falência do sucesso.

Nos dias atuais (fase tardia), temos um aumento da população maior de 80 anos, isto é, temos uma nova classificação de idosos: idosos jovens (60 a 70 anos), idosos mais idosos (70 a 80 anos) e idosos em velhice avançada (mais de 80 anos). Neste contexto, podemos usar a "avaliação funcional" como uma ferramenta para os estabelecimentos de saúde determinarem um diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequado, servindo de base para uma proposta de tratamento adequado a cada indivíduo. A partir dessas informações junto aos outros indicadores de saúde, podemos determinar a efetividade e a eficácia dos tratamentos propostos.



Exemplificando

Apesar de todas essas conquistas com relação à saúde-doença do idoso, isto é, declínio das doenças transmissíveis para não transmissíveis, observamos em algumas regiões o reaparecimento de doenças transmissíveis, como dengue, febre amarela, hanseníase, leishmaniose,

esquistossomose; as hepatites B e C persistem e surgem outras, como a AIDS, que emergiu atingindo também os idosos mais novos, por exemplo.

Quando se analisa os indivíduos em aspectos econômicos, observa-se um predomínio de padrões entre os ricos (doenças circulatórias e neoplasias) e mais pobres (doenças infecciosas, homicídios, doenças circulatórias e respiratórias). Podemos chamar essa nova tendência de "indicativo de desenvolvimento econômico", em que observamos elevados gastos com internações, tratamentos e reabilitações de doenças, como cardiovasculares, cerebrovasculares e neoplasias; aumento no número de consultas ambulatoriais de idosos com problemas como: queda, demência, iatrogenia e múltiplas doenças crônico-degenerativas concomitantes.



Assimile

Podemos correlacionar a transição epidemiológica com a demográfica quando analisamos alguns componentes:

- Queda da mortalidade infantil: diminuição ao longo dos anos.
- Sobremortalidade masculina: crescente ao longo dos anos.
- Feminização do envelhecimento: índice de óbitos maior em mulheres, pois a sobrevivência delas também está aumentando, isto é, homens morrem mais cedo do que as mulheres.

Quando falamos em taxa de mortalidade, retratamos o número de óbitos por cada grupo de habitantes, sendo considerado um dos melhores indicadores para análise.

Os agravos causados por doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de óbitos da população idosa. Analisando isoladamente por patologias, temos as cerebrovasculares em primeiro lugar, independente do sexo e depois as cardiovasculares.

Na população brasileira existe uma prevalência alta de hipertensão arterial e não tratamento ou tratamento inadequado. Já nos países desenvolvidos (de alta renda) predominam as cardiovasculares primeiramente e as cerebrovasculares.

Apesar da evolução contínua nos tratamentos para neoplasias, as taxas de mortalidade ainda apresentam índices altos seguidos das doenças do aparelho respiratório.

O tabagismo é um fator preocupante para os sistemas de saúde, pois hoje prevalece mais nos homens do que nas mulheres idosas. No entanto, quando comparamos com os jovens, ambos os sexos apresentam incidência de tabaco semelhante, podendo causar, em um futuro próximo, uma mudança no perfil da mortalidade do idoso, como acontece em alguns países desenvolvidos, como os da Europa, por exemplo.

Neoplasias de mama e próstata também têm preocupado autoridades de saúde, pois existem entre os idosos um componente fundamental: preconceito, “tabu” em relação ao autoexame de mama e realização de mamografia e o “machismo” na realização dos exames, como toque retal, coleta de PSA e pesquisa de sangue oculto nas fezes.

O sedentarismo tem destaque quando relacionado à mortalidade por comorbidade do sobrepeso e obesidade, hipertensão arterial, diabetes. Observa-se que no último censo realizado pelo IBGE em 2010, apenas 10% da população adulta realiza atividade física.

Outras doenças, como queda, fraturas e demências, Doença de Parkinson associadas por pneumonia aspirativa estão aumentando.

Condições de saúde e doença e taxa de internação

A taxa de internação significa o número de internações da população por faixa etária. Ela reflete a frequência e a gravidade em determinada população e faixa etária. Número de internação, duração e causa são registros compulsórios, isto é, obrigatórios em todos os hospitais e têm controle diretamente ligado ao gestor do serviço. Os processos de internação apresentam vantagens quando relacionados ao atendimento ambulatorial, pois favorecem o diagnóstico correto de doenças, uma vez que contam com exames mais sofisticados, equipe multiprofissional, medicamentos, alimentação correta e balanceada, entre outros fatores.

Ao analisar os dados estatísticos do censo demográfico de 2010 (IBGE), observamos que:

- Em relação ao sexo - maior número de internações nos homens do que nas mulheres.

- Em relação ao custo - apresenta o mesmo comportamento quando relacionado ao sexo.

- Em relação às patologias - destaca-se a insuficiência cardíaca e a pneumonia.

- Em relação ao custo - apresenta custos mais elevados em homens do que em mulheres, pois os homens controlam precariamente os seus fatores de risco ao longo da vida.

- Cirurgias eletivas - hemoplasia e hiperplasia benigna de próstata em homens e varizes e prolapso genital em mulheres. A catarata é comum em ambos os sexos.

- Patologias - neoplasia comum em ambos os sexos: próstata, estômago, esôfago e pulmão nos homens e mama e órgãos genitais nas mulheres.

No idoso mais velho ocorre predomínio da internação por pneumonia como consequência, por exemplo, de broncoaspiração por uso de sonda de alimentação, doente acamado, cardiopatias isquêmicas e cerebrovasculares. Com relação às cirurgias eletivas, apresentam uma incidência pequena devido ao risco de complicações e insucesso.



Refleta

Com relação aos custos de internação, você acha que poderia estar relacionada com uma prática clínica diferenciada entre homens e mulheres?

Sem medo de errar

Quais são as variáveis demográficas da população? Os idosos representam uma demanda importante de serviços de saúde na sua área de abrangência?

Qual a realidade da sua área de abrangência no que se refere à mortalidade infantil, sobre mortalidade masculina e feminina do envelhecimento?

Transição demográfica é um termo que significa: modificação do tamanho e estrutura etária de uma população acompanhada, com frequência, da evolução socioeconômica; resulta de uma série de eventos que causam baixas taxas de mortalidade e fecundidade; crescimento negativo, isto é, diminuição da taxa de natalidade e conseqüentemente elevada proporção de idosos (considerados indicadores de saúde). Taxa de natalidade, taxa de mortalidade, proporção de idosos X nascidos-vivos, sexo são algumas das variáveis utilizadas para elaboração da pirâmide demográfica e análise da transição demográfica.

Neste levantamento, observou-se uma queda da natalidade e um aumento do número de idosos, o que ocasiona necessidade de adaptação das equipes multiprofissionais referente aos cuidados com os idosos.

Na área de abrangência estudada, devido à queda da fecundidade feminina, o índice de nascimento diminuiu significativamente, porém, não foi observado um aumento na mortalidade infantil. A mortalidade masculina era maior do que a feminina, principalmente relacionada a fatores externos, por exemplo: morte violenta.

A partir dessas informações foi possível elaborar o índice de doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na faixa etária de maiores de 60 anos. Observou-se que ocorreu um predomínio da DCNT em relação às doenças transmissíveis, mas um fato curioso observado foi que ainda ocorriam casos de doenças transmissíveis nos idosos mais jovens relacionados a um aumento da expectativa de vida.

Avançando na prática

Morbimortalidade da pessoa idosa

Descrição da situação-problema

A taxa de envelhecimento populacional no Brasil é bastante alta quando comparada a outros países. Quando é abordado o tema saúde, nos remetemos logo aos perfis demográficos e epidemiológicos, pois apresentam vários desafios no envelhecimento.

Em uma cidadezinha no Rio Grande do Sul, o último levantamento demográfico realizado mostrou que ocorreu um aumento no número de idosos mais idosos. Já no levantamento epidemiológico, apareceram tanto as doenças crônicas não transmissíveis como também, em uma proporção menor, mas significativa, doenças transmissíveis.

Quais as possíveis causas para o reaparecimento das doenças transmissíveis nos idosos?

Resolução da situação-problema

Quando da transição epidemiológica, ocorrem modificações dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população e que ocorrem simultaneamente com a transição social e demográfica. Mesmo com as conquistas na área da saúde, oferecendo melhores padrões de qualidade de vida, algumas doenças transmissíveis retornaram a aparecer, como dengue, chikungunya, zika, febre amarela, devido a alterações do meio ambiente e a vulnerabilidade no que diz respeito ao sistema imunológico do idoso, ficando esse grupo mais susceptível e com altas taxas de mortalidade.

Faça valer a pena

1. O Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, em que as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. O incremento das doenças crônicas implicará na necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social. Na área da saúde, essa rápida transição demográfica e epidemiológica traz grandes desafios, pois é responsável pelo surgimento de novas demandas de saúde, especialmente a "epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais", resultando em maior e mais prolongado uso de serviços de saúde.

Dados estatísticos demonstram que, especialmente a partir da década de 1960, a população brasileira está passando por um processo de transição epidemiológica. Esse fenômeno pode ser caracterizado como:

- a) Mudanças no perfil de doenças infecto-parasitárias, resultando no aumento das taxas de mortalidade, com redução das doenças crônico-degenerativas.
- b) Transformação numérica do perfil da população entre as diversas regiões, aumentando o número de pessoas idosas nas regiões urbanas e diminuindo nas regiões rurais.
- c) Mudanças das taxas de mortalidade de uma população, com a diminuição progressiva do número de doenças infectocontagiosas e aumento de doenças crônicas.
- d) Transformação do padrão etário, com a diminuição da população infantil e o crescimento da população com doenças infectocontagiosas.
- e) Aumento da taxa de fecundidade, conseqüentemente, aumento no número de filhos.

2. O envelhecimento da população é hoje um fenômeno mundial, que vem ocorrendo de forma crescente tanto em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento.

I. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. A dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os idosos com 90 anos ou mais.

II. A diminuição das capacidades sensorio-perceptivas, que ocorre no processo de envelhecimento, pode afetar a comunicação das pessoas idosas. Tais alterações são manifestadas pela diminuição da capacidade de receber e tratar a informação proveniente do meio ambiente que, se não forem adequadamente administradas, poderão levar ao isolamento do indivíduo.

III. Especial atenção deve ser dada à prevenção de iatrogenias assistenciais relacionadas ao uso de polifármacos.

IV. A avaliação funcional é fundamental e determinará não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas também suas necessidades de auxílio. São subdivididas em atividades de vida diária (AVD), que são as relacionadas ao autocuidado; atividades instrumentais da vida diária (AIVD), que são relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade.

V. A Lei nº 10.741/2003, art. 19, prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra o idoso são de notificação obrigatória ao Conselho Municipal ou Estadual dos Direitos do Idoso, Delegacias de Polícia e Ministério Público.

Dadas as afirmativas, sobre os cuidados de saúde da população idosa referentes à transição epidemiológica e atenção de saúde no envelhecimento, qual a alternativa correta?

- a) I, II, III, IV e V.
- b) I, III e V, apenas.
- c) II, III e IV, apenas.
- d) I, II e IV, apenas.
- e) II, III, IV e V, apenas.

3. O idoso maior de 80 anos apresenta doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) correspondentes à sua faixa etária, no entanto, entre os idosos mais jovens, além das doenças crônicas também estão aparecendo algumas doenças transmissíveis:

I. DCNT no idoso mais velho são, principalmente, as cerebrovasculares seguidas das cardiovasculares.

II. Entre os idosos mais jovens observam-se doenças cardiovasculares e doenças sexualmente transmissíveis (DST).

III. No idoso mais velho as doenças transmissíveis mais comuns são: cancro duro, sífilis, gonorreia.

IV. Diabetes e hipertensão atingem a maiorias dos idosos na faixa etária de 65 anos.

V. Independente da classificação do idoso, todos estão apresentando algumas doenças transmissíveis (hepatite, tuberculose, hanseníase).

Com relação às doenças crônicas não transmissíveis, verifica-se que estão corretas apenas:

- a) I, II, III e IV.
- b) I, III, IV e V.
- c) I, II e V.
- d) II, III e IV.
- e) I, II e III.

Seção 1.3

Processo de envelhecimento e idoso institucionalizado

Diálogo aberto

Iniciaremos nossa terceira seção de estudo, onde você terá conhecimento sobre o processo de envelhecimento e idosos institucionalizados.

Quando se pensa em envelhecer, vários aspectos estão envolvidos como: fatores biológicos, sociais, psicológicos e financeiros. Para finalizar nossa seção, abordaremos a questão de institucionalização do idoso, quais são as leis que regulamentam as instituições, os deveres e as obrigações da família e da instituição; aproveitaremos o assunto e abordaremos um pouco o papel da Vigilância Sanitária na fiscalização nessas instituições.

A secretaria de saúde de um município de 200.000 habitantes, pretende implantar um programa de promoção à saúde da pessoa idosa, porém, o envelhecimento da população vem sendo uma preocupação, pois com o aumento acelerado está ocorrendo uma assistência sem qualidade, pois os profissionais não estão sendo capacitados adequadamente para essa situação. Uma estratégia que foi proposta pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) do estado, foi qualificar os diretores de área e os NEPSs das cidades para que esses sejam multiplicadores. No entanto, como o envelhecimento envolve vários aspectos, foi necessário criar grupos de trabalhos para que seja suprida cada área (biológica, social, psicológica e financeira), envolvendo profissionais tanto da saúde como da assistência social.

Como você avalia o processo de envelhecimento com relação aos fatores biológicos, psicológicos, sociais e financeiros?

Também foi observado um aumento de espaços destinados ao atendimento de idosos, seja em regime de internato, residências

coletivas e atendimento-dia. Esses locais eram gerenciados por entidades privadas e também as sem fins lucrativos, porém atendiam pacientes dependentes do Sistema Único de Saúde.

Esse aumento ocasionou preocupação para o serviço de Vigilância em Saúde e Ministério Público em relação à qualidade de assistência prestada nestas instituições e utilização dos recursos previdenciários dos idosos institucionalizados.

Quais legislações regulamentam estas instituições?

Como podemos avaliar a qualidade de assistência prestada pelas ILPI, do ponto de vista físico, estrutural e sanitário? Chegou a hora de iniciarmos os trabalhos.

Não pode faltar

Caro aluno, iniciaremos nossos estudos com os processos de envelhecimento biológico, social, financeiro e psicológico e como eles interferem no curso de vida do indivíduo idoso.

Processo de envelhecimento biológico

O envelhecimento do indivíduo vem aumentando ao longo dos anos. O processo de envelhecimento tem características graduais, previsíveis e inevitáveis (próprias de todo ser vivo) e envolve maturação e evolução, determinadas geneticamente, e apresenta modificações conforme o ambiente.

As alterações biológicas são irreversíveis, devido às alterações nas estruturas e no funcionamento das células, tecidos e sistemas do organismo. Apresenta um curso lento e contínuo que gera uma diminuição das reservas funcionais dos diferentes órgãos progressivamente.

Chamamos de **senescência** os processos biológicos inerentes ao organismo e são inevitáveis, involutivos, podendo também sofrer influência do ambiente físico e social. Já a **senilidade** é um processo de envelhecimento patológico resultante de traumas e doenças que ocorrem no ciclo vital.

O processo de envelhecimento é caracterizado por alterações biológicas e fisiológicas, destacaremos a seguir os principais sistemas:

- **Composição e forma do corpo** - diminuição na quantidade de água corporal, perda de massa muscular, diminuição do peso corporal, menor tolerância ao exercício físico, redução de massa óssea (nas mulheres geralmente ocorre após a menopausa), diminuição da estatura e curvatura da coluna vertebral, aumento da gordura corporal principalmente na faixa abdominal, entre outras.

- **Pele e anexo** - flacidez, redução do turgor e elasticidade, redução da espessura, maior mobilidade aumentando o risco de lesões cutâneas, rugas, alteração da regulação térmica corporal, manchas na pele (mancha senil), redução de pelos corpóreos, perda de pigmentação (cabelos brancos).

- **Sistema cardiovascular** - menor frequência cardíaca em repouso, aumento da pressão arterial, aumento da resistência vascular, hipotensão postural, aterosclerose etc.

- **Sistema respiratório** - rigidez da parede torácica, perda da capacidade respiratória máxima e reflexo pulmonar, como tosse, predisposição ao acúmulo de secreção.

- **Sistema gastrointestinal** - atrofia das papilas gustativas, causando alteração do paladar, desgaste dos dentes, dificuldade de fala, alteração no processo de mastigação, refluxo esofágico, propensão à gastrite, maior tempo de esvaziamento gástrico, possíveis alterações de absorção, aumento da prevalência de constipação, predisposição à diverticulite, enfraquecimento da musculatura da bexiga e aumento do volume residual, menor capacidade de armazenamento de urina.

- **Sistema gênito-urinário** - nas mulheres: atrofia de útero e ovário, atrofia da mucosa vaginal e diminuição da secreção lubrificante, atrofia de glândulas mamárias de substituição por tecido adiposo, enfraquecimento da musculatura da mama; nos homens: diminuição da produção de espermatozoides, aumento do peso e tamanho da próstata, diminuição da produção de testosterona, pode ocorrer dificuldade de micção (estenose de uretra).

- **Sistema nervoso** - redução do tamanho e peso do cérebro, redução de neurônios, maior prevalência de demência (demência senil, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson), processamento de informações mais lento, alterações nos reflexos.



Refleta

O processo de envelhecimento biológico acomete alterações fisiológicas em vários ou todos os sistemas orgânicos do indivíduo. O sentido da vida faz parte dos questionamentos existenciais e é uma busca constante do ser humano de seu significado.

Processo de envelhecimento social

O processo de envelhecimento é um processo frequentemente lento, que leva à progressiva perda de contatos sociais gratificantes. É um processo que se inicia em algum momento da vida de um dado ser humano, acentua-se em diferentes ocasiões e, através de avanços e recuos nem sempre muito precisos, pode levar à chamada "morte social".

Como idade social, podemos dizer ser a avaliação do grau de adequação de um indivíduo no desempenho de seu papel e comportamento esperado para cada idade. O envelhecimento social é um processo de mudança de papéis e comportamentos típicos dos anos mais avançados do adulto. A idade tem influência sobre as expectativas do indivíduo, em desenvolver/desempenhar suas habilidades, hábitos de vida. Com relação ao trabalho, o idoso apresenta menores possibilidades de vagas para reinserção no mercado de trabalho.

Neste contexto, as principais características do envelhecimento social seriam: perda progressiva de contatos sociais, distanciamento social, progressiva perda do poder de decisão, esvaziamento dos papéis sociais progressivamente, perda grande da autonomia e independência, alterações nos processos de comunicação, o passado passa a ter importância crescente.

Como causas, devemos levar em conta a fragilidade do idoso, a perda do poder econômico, a perda da autoridade, entre outros fatores. Quando se fala em causa estamos sempre abordando o ambiente, pois ele exerce influência direta sobre o ser humano em qualquer idade.

No aspecto cognitivo, observamos algumas alterações como:

- Perda de memória, muitas vezes compensadas pela imaginação.
- Aumento do tempo de reação.
- Dificuldade de desempenho de suas atividades diárias de vida.
- Faz referência constante a momentos do passado e não atuais.
- Com relação à função e ao desempenho, ocorrem estreitamentos de seu estado de atenção.
- Apresentam baixos escores de QI (Quociente de Inteligência) apesar do acúmulo de experiências.
- Sentimento de inutilidade.
- Morte social.



Exemplificando

Morte social é quando ocorre um isolamento social total, ausência de relações interpessoais, impossibilidade ou perda da capacidade de estabelecer relações significativas com outros seres humanos, podemos exemplificar esse quadro com a Doença de Alzheimer (é uma doença caracterizada pela demência ou perdas cognitivas como a memória, atenção e linguagem).

Processo de envelhecimento financeiro

Aposentar significa “hospedar; dar aposentadoria a”; é também “abrigar, acolher; residir, morar, viver”, entre outros. Na prática isso não acontece, pois a aposentadoria que devia proporcionar hospedagem, acolhimento, moradia e vida, geralmente, segue um caminho contrário, pois proporciona uma exclusão social ao sujeito, isto é, retira dele o seu direito de sentir-se cidadão.

No Brasil, vem ocorrendo um abuso financeiro, praticado por uma sociedade capitalista, que viu na lei de nº 10.820, de 17 de setembro de 2003 (dispõe sobre a autorização para desconto de prestações em folha de pagamento, e dá outras providências - empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT), uma oportunidade de se beneficiar, levando vantagens com os lucros fornecidos pelos aposentados e pensionistas, pois a referida lei autoriza o desconto de 30% do valor do benefício na

folha dos segurados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Em meio a essa situação caótica, o consumidor idoso fica à mercê das ofertas ilusórias que o leva a um progressivo endividamento, o que poderá ser causa desencadeadora de doenças e/ou sofrimento psicológico.

As operadoras de planos de saúde governamentais operam de acordo com o Regime Financeiro de Repartição Simples, no qual as mensalidades de todos os beneficiários são destinadas ao pagamento das despesas despendidas por aqueles que utilizaram o plano no mesmo período, havendo o mutualismo entre todos. Não ocorre uma poupança individual, como no Regime Financeiro de Capitalização, na qual as mensalidades individuais são destinadas aos gastos individuais do período ou aos gastos futuros com a constituição de reserva técnica. Esses custos são cobertos nas operadoras públicas pelos impostos e contribuições recolhidos.

No entanto, esse sistema sofre impacto direto da diminuição nas taxas de natalidade, quantidade de pessoas em idades laborativas, o que causa diminuição contínua no número de ativos que contribuem com o sistema governamental e o número de aposentados e pensionistas.

O Benefício da Prestação Continuada é a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso acima de 65 anos, segundo informação do Ministério da Previdência Social. Também faz referência à aposentadoria por tempo de serviço/contribuição que é um benefício devido ao cidadão, quando ele comprova tempo de serviço total de 35 anos para homens e 30 anos para mulheres. No entanto, com a Reforma Previdenciária, em trâmite no Congresso Nacional, ocorrerão mudanças nessa contagem de tempo para a aposentadoria.

O Ministério da Previdência Social lançou uma cartilha com referência a quem tem direito ao benefício, programa de educação previdenciária, benefícios do INSS, dentre outros assuntos.

Os idosos cada vez mais apresentam dificuldades de terem seus direitos adquiridos, conforme diz a Constituição Federal de 1988.

Processo de envelhecimento psicológico

No decorrer do ciclo biológico do indivíduo, ocorre um declínio, previsível, das funções do organismo. Chamamos esse declínio de processo de envelhecimento, normalmente iniciando pelo sistema nervoso e atingindo todos os outros sistemas. O número de famílias com várias gerações dividindo o mesmo teto, coisa não muito comum anos atrás, tem sido cada vez maior.

Conforme uma perspectiva mais otimista, o envelhecimento representa o alcance da sabedoria, do bom senso e da serenidade. Entretanto, os efeitos prejudiciais do envelhecimento não podem ser descartados, de fato, o envelhecimento representa um processo de diminuição de capacidades da vida diária, aliado a uma crescente vulnerabilidade e dependência de outrem, principalmente dos familiares, tornando esta fase de vida, então, propícia à emergência de distúrbios psicológicos, principalmente a diminuição da capacidade de aceitação e adaptação a mudanças e perdas, bem como a redução do funcionamento cognitivo.

No que se refere ao processo psicológico, podemos destacar os seguintes aspectos: tendência a ser autocentrado, rígido, conservador e excessivamente crítico; ou então, o oposto, muito flexível, vacilante e sem opinião; acentuação do esquecimento de nomes, fatos e eventos; redução da facilidade de usar palavras para exprimir sentimentos e/ou emoções; ficar preso a momentos do passado; medo da morte; aumento da sensação de solidão e abandono; integração das aprendizagens que se adquiriram durante a vida, gestão de perdas: amigos, familiares, companheiros; dificuldade em lidar com as questões de perda da funcionalidade e saúde.

O envelhecimento é um processo multifatorial, multidirecional e heterogêneo. Para se chegar ao envelhecimento bem-sucedido, é necessária a interação de todos esses fatores.

No âmbito psicológico, algumas formas de terapia podem ajudar a pessoa idosa a encarar e aceitar esse processo com maior facilidade, como psicoterapia e psicanálise.



Um idoso, ao procurar um psicólogo, aponta algumas dificuldades que tem em lidar com o processo de envelhecimento. O profissional o escuta e elenca alguns estilos psíquicos que ele observou nesse idoso:

- Depressão - incapacidade de retificar o passado, se prendendo a ele como lamúria.
- Paranoia - projeção das frustrações pessoais.
- Mania - negação da passagem do tempo.

Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)

Institucionalização, no dicionário, significa “ato ou efeito de institucionalizar”, já o termo institucionalizar significa “dar o caráter de instituição, adquirir o caráter de instituição”.

O idoso institucionalizado é aquele a quem se dá ou que adquire o caráter de instituição. Antigamente, essas instituições eram chamadas de asilos ou albergues para idosos. Por sua conotação pejorativa de abandono, rejeição familiar, foi alterada ao longo dos anos para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que podem ser filantrópicas/ beneficentes, públicas ou particulares.

Em 1989, foi decretada a Portaria nº 810 GM/MS que “aprova normas e padrões básicos para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo território nacional”.

Ela define essas instituições especificamente como locais físicos, equipados para atender pessoas com 60 anos ou mais, sob regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e que dispõem de um quadro de funcionários para atender às necessidades de cuidados com a saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver outras atividades características da vida institucional (BRASIL, 1989).

Em 2001, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo define e classifica as Instituições Geriátricas publicando a Resolução SS nº 123, que tem como embasamento legal a Política Estadual do Idoso

e Decreto Estadual nº 44954, de 6 de junho de 2000, revogado pela Portaria CVS nº 4/2011.

Nesta resolução, são definidas as instituições geriátricas e as modalidades de atendimento (assistência asilar ou não asilar). Ela também classifica a clientela por grau de dependência, conforme a seguir:

- Grau I: pessoas idosas com autonomia e sem dependência.
- Grau II: pessoas idosas com autonomia e dependência física.
- Grau III: pessoas idosas sem autonomia.

Também classifica as instituições geriátricas em duas classes - assistência à saúde (onde destina a prestação de assistência médica como foco principal - Casas de Repouso) e de interesse à saúde (destina a prestação de serviço de assistência social, quando o foco principal não é médico - asilo) e de interesse à saúde sem alojamento (destina à assistência social sem internação - Centro de Convivência do Idoso).

Em 2005, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) adota a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 que aprova "Regulamento técnico para funcionamento das instituições de longa permanência para idosos": organização, infraestrutura física, processos operacionais, notificação compulsória, monitoramento e avaliação do funcionamento da instituição.

A partir dessa resolução foi elaborado um Roteiro de Inspeção para ILPI, para os fiscais de Vigilância Sanitária - estadual, municipal, como norte para avaliação e classificação de risco desses estabelecimentos.

Conforme foi definido o tipo de estabelecimento na Resolução SS 123/2000, a Portaria CVS 4/2011, em seu anexo, define os seguintes CNAEs - Cadastro Nacional de Atividade Econômica: CNAE 8711-5/01 clínicas e residências geriátricas que compreendem casas de repouso para pacientes em regime de internato e com mais de 60 anos, sobre responsabilidade médica, destinada à prestação de serviços médicos e de enfermagem e demais serviços de apoio terapêutico; CNAE 8711-5/02 instituição de longa permanência para idosos que compreendem assistência social a idosos em regime de

internato, quando o tratamento médico não constitui o elemento central deste atendimento e CNAE 8800-6/00 serviço de assistência social sem alojamento que compreende, dentre outros, os Centros de Convivência dos Idosos.



Refleta

Com o crescimento da população idosa mundial e no Brasil, cresce a necessidade de se criarem espaços específicos destinados a atenção da pessoa idosa, para que possam viver com qualidade de vida, autonomia e liberdade. Como seria, no seu entendimento, a atuação do profissional de enfermagem nestas instituições?



Assimile

O processo de envelhecimento é complexo, pluridimensional, revestido por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e, como tal, sofre as influências da sociedade. A vida não é só biológica, ela é social e culturalmente construída, portanto, pode-se dizer que os estágios da vida apresentam diferentes significados e duração.

Sem medo de errar

O processo de envelhecimento pode ser avaliado como um processo complexo, pluridimensional, revestido por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e, como tal, sofre as influências da sociedade. Os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e financeiros ocorrem simultânea e intrinsecamente, afetando de forma direta o curso de vida da pessoa idosa.

As alterações biológicas são irreversíveis, devido a alterações nas estruturas e no funcionamento de células, tecidos e sistemas do organismo. Apresenta um curso lento e contínuo que gera uma diminuição das reservas funcionais dos diferentes órgãos progressivamente. O processo social é frequentemente lento que leva

à progressiva perda de contatos sociais gratificantes. É um processo que se inicia em algum momento da vida de um dado ser humano, acentua-se em diferentes ocasiões e, através de avanços e recuos nem sempre muito precisos, pode levar à chamada “morte social”. O processo financeiro se refere à garantia de aposentadoria, em que aposentar significa “hospedar; dar aposentadoria a”; é também “abrigar, acolher; residir, morar, viver”, entre outros. Na prática isso não acontece, pois, a aposentadoria que devia proporcionar hospedagem, acolhimento, moradia e vida, geralmente, segue um caminho contrário, pois proporciona uma exclusão social ao sujeito, isto é, retira dele o seu direito de sentir-se cidadão. Em relação ao processo psicológico, o declínio no envelhecimento, normalmente inicia pelo sistema nervoso e atinge todos os outros sistemas, causando diminuição de capacidades da vida diária, aliado a uma crescente vulnerabilidade e dependência de outrem, principalmente dos familiares, tornando esta fase de vida, então, propícia à emergência de distúrbios psicológicos, principalmente a diminuição da capacidade de aceitação e adaptação a mudanças e perdas, bem como a redução do funcionamento cognitivo.

As ILPI - Instituições de Longa Permanência para Idosos são regulamentadas pelas seguintes legislações:

- Portaria nº 810 GM/MS de 1989.
- Resolução SS nº 123 de 2000.
- Decreto Estadual nº 44954 de 06/06/00, revogado pela Portaria CVS 4 de 2011.
- Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 de 2005.

Lembrando que todas as legislações estudadas na Seção 1.1 são o embasamento para a criação destas legislações específicas para ILPI.

Temos como exemplo o Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo. Em conjunto com a ANVISA desenvolveu um roteiro de inspeção para ILPI, em que são avaliadas as características gerais, estrutura físico-funcional, gestão de qualidade, higiene e limpeza, avaliação nutricional, boas práticas em serviços de saúde, entre outros aspectos. Esse instrumento é utilizado pelas vigilâncias sanitárias (VISA) dos municípios para avaliação das casas de repouso, asilos, centro de vivência do idoso, isto é, todos os estabelecimentos de saúde que prestam assistência direta ou indireta ao indivíduo idoso. Em alguns municípios as VISAs locais realizam inspeções conjuntas com

a Promotoria de Justiça do município, onde também são avaliados como os benefícios dos idosos institucionalizados são utilizados, ou seja, se são utilizados em prol do idoso ou ocorre desvio, isto é, violação dos direitos dos idosos.

Avançando na prática

Idoso institucionalizado e processo biológico de envelhecimento

Descrição da situação-problema

Com o envelhecimento da população dos municípios do interior do estado, observou-se que o processo de envelhecimento biológico é o que aparece primeiro, seguido pelo psicológico, conforme estudo realizado pelas enfermeiras da rede de atenção básica. Você consegue visualizar quais são as principais alterações fisiológicas/biológicas que são observadas nas Instituições de Longa Permanência para Idosos?

Resolução da situação-problema

Nas ILPI, avaliadas pelas enfermeiras da rede básica, uma das alterações fisiológicas/biológicas mais afetada é o sistema nervoso através dos processos de degeneração cerebral. Doenças como: demência senil, Alzheimer, Parkinson são as que praticamente dominam as internações e que levam às famílias a institucionalizarem seu ente. Depois, observamos as alterações de peles e anexos, principalmente as fragilidades da pele.

Faça valer a pena

1. O processo de envelhecimento envolve maturação e evolução, determinada geneticamente, e apresenta modificações conforme o ambiente. As alterações biológicas são irreversíveis, devido às alterações nas estruturas e no funcionamento de células, tecidos e sistemas do organismo; socialmente é um processo frequentemente lento que leva à progressiva perda de contatos sociais gratificantes; financeiramente o achatamento salarial da aposentadoria contribui, de maneira significativa,

com o sentimento de desvalorização tão presente nos idosos. Já do ponto de vista psicológico, ocorre um declínio das funções psíquicas, normalmente iniciando pelo sistema nervoso e atingindo todos os outros sistemas.

Dentre os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e financeiros, todos ocorrem simultaneamente e causam alterações marcantes no processo de envelhecimento do indivíduo idoso. Como são essas características nesse processo?

- a) Lentas, progressivas, evitáveis.
- b) Graduais, previsíveis e inevitáveis.
- c) Naturais, previsíveis e irreparáveis.
- d) Graduais, imprevisíveis e evitáveis.
- e) Contínuas, previsíveis e irreparáveis.

2. Durante o ciclo biológico do indivíduo, ocorre um declínio previsível das funções do organismo. Se entende por declínio o processo de envelhecimento que normalmente se inicia pelo sistema nervoso atingindo os demais, principalmente o psicológico. No entanto, os efeitos prejudiciais do envelhecimento não podem ser descartados, de fato, o envelhecimento representa um processo de diminuição de capacidades da vida diária, aliado a uma crescente vulnerabilidade e dependência de outrem, principalmente dos familiares, tornando esta fase de vida, então, propícia à emergência de distúrbios psicológicos, principalmente a diminuição da capacidade de aceitação e adaptação a mudanças e perdas, bem como a redução do funcionamento cognitivo.

No que se refere ao aspecto psicológico, assinale a alternativa que mais bem representa o processo de envelhecimento psicológico:

- a) Autocentrado, rígido, conservador, crítico.
- b) Boa memória, não esquecendo de nomes, fatos, locais, flexível, sem opinião.
- c) Sempre rodeado por amigos ou familiares, acolhimento de companheiros.
- d) Ativos, saudáveis, atuantes socialmente.
- e) Procura sempre ajuda de profissionais.

3. Por Instituições de Longa Permanência para Idosos, entende-se como estabelecimentos que atendem exclusivamente pessoas maiores de 60 anos em regime de internato ou não, com necessidade de cuidado multiprofissional, médico ou não, durante um período indeterminado,

podendo ser particulares, públicas, beneficentes ou filantrópicas. Elas são classificadas em estabelecimentos de interesse à saúde e de assistência à saúde, em que a principal diferença refere-se ao atendimento médico e grau de dependência do idoso.

Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNAE), as instituições são classificadas em três principais tipos: onde os idosos necessitam de atendimento médico (estabelecimentos de saúde), onde residem, mas são acompanhados, principalmente pela enfermagem (interesse à saúde) e onde somente passam um período de tempo sem internação (interesse à saúde). Quais são os tipos de CNAEs?

- a) Clínica geriátrica, casa de repouso, centro dia do idoso.
- b) Centro de convivência do idoso, creche do idoso, asilos.
- c) Clínica geriátrica, Instituição de Longa Permanência para Idosos e centro de convivência de idosos.
- d) Hospital geriátrico, asilo e creche do idoso.
- e) Sanatório, centro terapêutico, centro dia de atendimento.

Referências

AGUIAR, Z. N. **SUS**: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

ARAÚJO, M. A. S.; BRITO, C.; BARBOSA, M. A. Atenção básica à saúde do idoso no Brasil: limitações e desafios. **Revista Geriatria e Gerontologia**, v. 2, n. 3, jul./set., 2008. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/2008-3.pdf>>. Acesso em: 1º jun. 2017.

ARCURI, I. Contribuições contemporâneas sobre o envelhecer. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 6, n. 2, dez. 2003, p. 95-110.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 48. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default>>. Acesso em: 31 maio 2017.

_____. **Estatuto do idoso**. 4. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009. (Série Legislação, n. 31).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 1º jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSI. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 1º jun. 2017.

_____. Secretaria de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional do Idoso. Disponível em: <<http://crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/file-0711201573034.pdf>>. Acesso em: 1º jun. 2017.

CHAIMAWICZ, F. **Saúde do idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon - UFMG, 2013.

GRUENBERG, E. M. The failures of success. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**. New York, v. 55, n.1, p. 3-24, 1977.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia social**: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas, 1997.

PORTINHO, A. S. Políticas Públicas e Envelhecimento: dificuldades e possibilidades na atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. v. 2. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, 2013. Disponível em: <<http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/02/Anais-GSP-Volume-2-Artigo-2.pdf>>. Acesso em: 1º jun. 2017.

WITTER, C. et al. **Envelhecimento**: referenciais teóricos e pesquisas. Campinas: Alinea, 2006.

Envelhecimento ativo e saudável I

Convite ao estudo

Caro aluno, bem-vindo à nossa segunda unidade de estudo. Depois de uma breve conversa no início desse livro sobre a importância da disciplina, chamamos a atenção para os pontos que estudaremos.

Na unidade anterior, estudamos o arcabouço legal, a política nacional do idoso, o Estatuto do Idoso, a Política Nacional de Saúde do Idoso e o Pacto pela Saúde. Consolidadas as legislações, o gestor municipal e estadual deve assinar o Termo de Compromisso na implantação efetiva dessas legislações.

Com essa unidade, pretendemos compreender os diversos aspectos do processo de envelhecimento humano, entendendo as implicações das alterações do próprio envelhecimento e da pirâmide populacional na vida do idoso, de sua família e da sociedade, conhecer os aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento populacional e conhecer os aspectos relacionados à assistência de enfermagem gerontológica. Como resultado, esperamos que você seja capaz de identificar os fatores determinantes biológicos com relação aos aspectos físicos, pessoais, de saúde, genético e patológico, reconhecer os fatores determinantes psicológicos, como sistema cognitivo, processos mentais, memória e personalidade, bem como distinguir os fatores determinantes sociais relacionados às medidas preventivas, ambiente social, potencialidades individuais, interferência do meio ambiente e interferência econômica.

Relembrando o contexto de aprendizagem, a enfermeira Ana, da comissão multidisciplinar do departamento de programas de saúde, ficou responsável por descrever os fatores determinantes

do processo de envelhecimento, para a atualização/revisão dos protocolos específicos da saúde do idoso. Ela contará com ajuda de uma estagiária de enfermagem, que fará uma pesquisa atual sobre o tema. Após a pesquisa, deverá entregar a Ana um relatório com os principais questionamentos.

Como os fatores determinantes biológicos interferem no curso de vida de uma pessoa idosa?

Qual o papel da municipalidade com relação à assistência das pessoas que necessitam de cuidados à medida que envelhecem?

É chegada a hora de iniciarmos nossos estudos.

Seção 2.1

Fatores determinantes biológicos

Diálogo aberto

Na Seção 2.1 serão apresentados os principais fatores determinantes biológicos no processo de envelhecimento: físico, pessoal, de saúde, genético e patológico.

A Organização Mundial da Saúde adotou o termo envelhecimento ativo como sendo o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, permitindo que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia a proteção, a segurança e os cuidados adequados, quando necessários. (Organização Mundial de Saúde, 2002)

“Ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar com condições físicas ativa ou de fazer parte da força de trabalho.

Relembrando o contexto de aprendizagem, a enfermeira Ana, da comissão multidisciplinar do departamento de programas de saúde, ficou responsável por descrever os fatores determinantes do processo de envelhecimento, para a atualização/revisão dos protocolos específicos da saúde do idoso. Ela contará com ajuda de uma estagiária de enfermagem, que fará uma pesquisa atual sobre o tema. Após a pesquisa, deverá entregar a Ana um relatório com os principais questionamentos.

Como os fatores determinantes biológicos interferem no curso de vida de uma pessoa idosa?

Qual o papel da municipalidade com relação à assistência das pessoas que necessitam de cuidados à medida que envelhecem?

Não pode faltar

A etapa da vida caracterizada como velhice só pode ser compreendida quando analisados os diferentes aspectos biológicos, cronológicos, psicológicos e sociais. A relação entre esses diferentes aspectos é importante para classificar um indivíduo como velho ou não.

A pessoa mais velha é definida como o indivíduo maior de 60 anos, independente de seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Por idade, define ser multidimensional, porém, não é uma medida de desenvolvimento humano fidedigna.

No mundo todo, o número de pessoas com mais de 60 anos está crescendo mais rapidamente do que em qualquer outra faixa etária. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2025, a estimativa é de que o Brasil chegará ao 6º lugar entre os países com maior número de idosos. Atualmente, o idoso é classificado em três grupos, conforme estudamos na unidade anterior, porém, existem outras classificações, como idade funcional, isto é, o quão bem o indivíduo funciona biologicamente em um ambiente físico, psicológico e social. Essa classificação é consequência das experiências passadas, a forma como se vive e administra sua vida, as expectativas futuras para esse indivíduo.

Por um envelhecimento ativo e saudável, entende-se como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam velhas (OPAS, 2005). Esse conceito é aplicado tanto ao indivíduo isolado quanto a um grupo de pessoas, permitindo que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, psicológico e mental ao longo do curso da vida. Tem como objetivo aumentar a expectativa de uma vida saudável e com qualidade para todas as pessoas que estão envelhecendo, incluindo as frágeis, as incapacitadas e as que necessitam de cuidados.

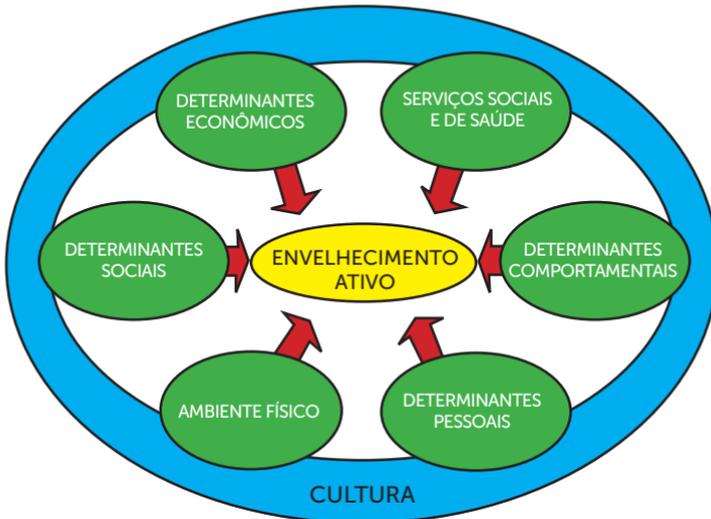
No final dos anos 1990, foi adotado pela OMS o termo “envelhecimento ativo”, que se baseia no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e norteia-se pelos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização.



Com o aumento da expectativa de vida, temos hoje um idoso mais ativo, saudável, produtivo, com uma expectativa de vida de maior qualidade.

Refleta um pouco: quais são os ganhos, em termos de qualidade de vida, se durante seu curso de vida mantiver um ritmo saudável e ativo quando chegar na terceira idade?

Figura 2.1 | Os determinantes do envelhecimento ativo



Fonte: OPAS (2005).

Fatores determinantes biológicos

No envelhecimento ativo e saudável, um dos fatores determinantes, que primeiramente é notado, diz respeito ao aspecto biológico. Está ligado à deterioração do corpo, ao declínio e à incapacidade. Começou a ser tratada como uma etapa da vida caracterizada pela decadência física e ausência de papéis sociais a partir da segunda metade do século XIX. Com o avanço da idade, ocorreria um processo contínuo de perdas e de dependência, que daria uma identidade de falta de condições aos idosos e seria responsável por um conjunto de imagens negativas associadas à velhice, porém, ela ocorre de forma individual e pode ser vivenciada de forma negativa ou positiva, conforme a postura que esse idoso toma perante a sociedade em que vive.

Com a chegada da velhice, as alterações anatômicas são, principalmente, as mais visíveis e manifestam-se em primeiro lugar. A pele resseca, tornando-se mais quebradiça e pálida, perdendo o brilho natural da jovialidade. Os cabelos embranquecem e caem com maior frequência e facilidade, não são mais naturalmente substituídos, principalmente nos homens (COSTA; PEREIRA, 2005).

Nos aspectos biológicos, apresenta alterações nas vísceras, produz-se uma alteração causada pelos elementos glandulares do tecido conjuntivo e certa atrofia secundária, como a perda de peso. Quanto ao sistema cardiovascular, na fase adiantada da velhice, ocorre a dilatação aórtica, a hipertrofia e a dilatação do ventrículo esquerdo do coração, associados a um ligeiro aumento da pressão arterial. As articulações tornam-se mais endurecidas, reduzindo, assim, a extensão dos movimentos e produzindo alterações no equilíbrio e na marcha. O enfraquecimento dos tônus muscular e da constituição óssea leva a mudanças na postura do tronco e das pernas, acentuando ainda mais as curvaturas da coluna torácica e lombar (COSTA; PEREIRA, 2005) .

No entanto, essa imagem vem mudando com o passar dos anos, pois hoje os idosos vêm cultivando hábitos de vida saudáveis, são mais ativos, muitos trabalham mesmo estando aposentados, praticam regularmente atividade física, as mulheres apresentam uma vaidade muito marcante e os homens também estão se preocupando com sua aparência.

Na parte fisiológica, as alterações, na maioria das vezes, podem ser observadas pela lentidão do pulso, do ritmo respiratório, da digestão e assimilação dos alimentos. Acima de tudo, o próprio indivíduo sente a decadência de sua capacidade de satisfação sexual. O organismo torna-se cada vez mais difícil para ambos os sexos, contudo, a atividade sexual não desaparece, apenas torna-se menos intensa e frequente. Todavia, a manutenção pelo interesse sexual após os 60 anos de idade é um dos aspectos considerados como um sinal de manutenção das boas condições de saúde. Estudos comprovam que a atividade sexual alivia as artrites, aumenta a produção de cortisona das glândulas suprarrenais e contribui igualmente para o equilíbrio psíquico. É falso acreditar que as pessoas que sofrem problemas coronarianos correm risco de uma crise cardíaca durante a relação sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).



Sr. Sérgio, 75 anos, certo dia, ao se olhar no espelho, observou que ocorreram mudanças em seu corpo. Nunca tinha parado para se autoavaliar.

Percebeu que sua postura estava mais curvada; sua pele apresentava rugas e uma consistência mais fina; seus cabelos estavam totalmente brancos, não tinha mais nenhum fio cinza, assustou-se, pois mantinha em sua mente um homem viril, forte, o que causou um grande espanto.

O processo de envelhecimento físico-biológico havia chegado e ele nem se dera conta, pois mantinha uma mente ativa, ainda trabalhava, tinha hábitos de vida saudáveis, isto é, tinha uma excelente qualidade de vida.

No aspecto de saúde, a prevenção de doenças abrange a prevenção e o tratamento de enfermidades especialmente comuns aos indivíduos à medida que envelhecem e pode ser “primária” (abstenção do uso do tabaco), “secundária” (triagem para detecção precoce de doenças crônicas) ou, ainda, “terciária” (tratamento clínico adequado). Todas as formas contribuem para reduzir o risco de incapacidades. As estratégias de prevenção de doenças — que podem também incluir as doenças infecciosas — poupam gastos em qualquer idade. Por exemplo, a vacinação de idosos contra gripe. Já a promoção da saúde é o processo que permite às pessoas controlarem e melhorarem sua saúde; como promoção entende-se programas de saúde como: programa de eliminação do uso de tabaco na terceira idade; programa de controle de obesidade no envelhecimento; programa de diabetes e hipertensão arterial na saúde do idoso; programa de estímulo à prática de atividade física; programa de atenção psicológica ao idoso; programa de saúde da família, direcionado ao idoso; programa de saúde bucal ao idoso, entre outros. Quando houver interação e apoio entre as políticas sociais de saúde, mercado de trabalho, emprego e educação ao envelhecimento ativo, teremos, provavelmente, menos mortes prematuras, menos deficiências associadas às doenças crônicas, mais pessoas com melhor qualidade de vida, mais indivíduos ativos nos aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos da sociedade e menos gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência médica.



Pesquise mais sobre o processo saúde-doença no envelhecimento ativo.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Distritos sanitários**: concepção e organização do conceito de saúde e do processo saúde-doença. Brasília. Ministério da Saúde, 1986.

O processo genético ocorre desde a fase embrionária e é programado para acontecer desde o nascimento até a morte. Leonard Hayflick, em 1977,



define o fator genético através da teoria do limite de Hayflick, que afirma que as células se dividirão e se reproduzirão apenas um número limitado de vezes e que esse número é geneticamente programado. Segundo esta teoria, a enzima telomerase é considerada um relógio biológico, um marcador a indicar que a senescência celular se instalará inevitavelmente, causando o envelhecimento

Esse conjunto de processos pode ser definido como uma deterioração funcional progressiva e generalizada, resultando em perda de resposta adaptativa às situações de estresse e um aumento das doenças relacionadas à velhice, isto é, a razão pela qual os idosos ficam mais doentes dos que os jovens é que foram expostos por mais tempo a fatores externos, comportamentais e ambientais que causam doenças, do que o indivíduo mais novo. Os fatores genéticos não ocorrem isoladamente, mas com fatores ambientais, estilo de vida e nutrição.

Quando se fala em aspectos patológicos, observa-se que os idosos não constituem um grupo homogêneo, isto é, a interferência do ambiente em que vivem promove opções saudáveis ou não para essa nova etapa do curso de vida. Nessa fase, como já dissemos na unidade anterior, as doenças transmissíveis do adulto passam para doenças crônicas não transmissíveis nos indivíduos com mais de 60 anos.

O envelhecimento patológico (senilidade) está relacionado a alterações originadas por enfermidades associadas ao envelhecimento em si, que, portanto, não se confundem com as mudanças normais desse processo. A doença crônica pode ser definida como aquela que

persiste por período superior a seis meses e não se resolve em um curto espaço de tempo. As doenças crônicas acompanham o indivíduo durante um tempo relativo da sua vida e, em muitos casos, não há cura, apenas tratamentos periódicos, tornando-se assim um agravante no bem-estar e na qualidade de vida do indivíduo. Já doença degenerativa é uma doença que consiste na alteração do funcionamento de uma célula, um tecido ou um órgão. As doenças degenerativas são assim chamadas porque elas provocam a degeneração de todo o organismo, envolvendo vasos sanguíneos, tecidos, ossos, visão, órgãos internos e cérebro (MS, 2006).

O avanço das doenças crônicas e degenerativas expõe a fragilidade do idoso, que tem de enfrentar os limites impostos pela nova condição de vulnerabilidade e dependência. A doença ameaça à integridade da pessoa também pela dor ou sofrimento, além de desorganizar o cotidiano e instalar o medo e a insegurança.

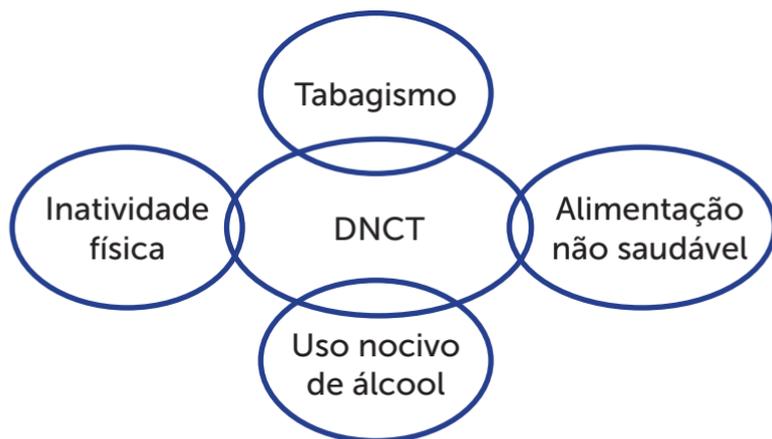
A consequência é a mudança radical na vida dos familiares que cuidam do idoso, com um custo pessoal muito alto diante do envelhecimento senil. As pessoas idosas frequentemente ficam apreensivas com a possibilidade de perder a memória, a lucidez ou a capacidade mental. Nesse caso, o encaminhamento psicológico costuma se apoiar em duas grandes suspeitas: queixas de falta de memória e sinais de depressão.

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente, elas são consideradas um sério problema de saúde pública, e já eram responsáveis por 63% das mortes no mundo, em 2008, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde. Isso configura uma mudança nas cargas de doenças, e se apresenta como um novo desafio para os gestores de saúde, ainda mais pelo forte impacto das DCNT na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, a maior possibilidade de morte prematura e os efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral (OMS, 2008).

As DCNT são resultado de diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de risco individuais, como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável (MS, 2015).

Conforme o indivíduo envelhece, as DCNT vão se transformando nas maiores causas de morbidade, incapacidade e mortalidade entre os idosos em todo o mundo. Entretanto, muitas DCNT podem ser evitadas, quando tratadas e controladas logo no início dos sintomas.

Figura 2.2 | Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2015).

As quatro DCNT de maior impacto mundial são: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. E elas possuem quatro fatores de risco modificáveis em comum.

Quadro 2.1 | DCNT e fatores de risco em comum

DCNT	Fatores de risco			
	Tabagismo	Alimentação não saudável	Inatividade física	Uso nocivo de álcool
Doenças cardiovasculares	x	x	x	x
Câncer	x	x	x	x
Diabetes	x	x	x	x
Doenças respiratórias crônicas	x	x	x	

Fonte: Brasil (2015).

Quadro 2.2 | Causalidade das DCNT

Determinantes sociais	Fatores de risco intermediários	Desfechos
<p><u>Fatores não modificáveis</u></p> <p>Sexo Genética Idade</p> <p><u>Fatores de risco modificáveis</u></p> <p>Tabagismo Alimentação não saudável Uso nocivo de álcool Inatividade física</p>	<p>Hipertensão Dislipidemia Sobrepeso Obesidade Intolerância à glicose</p>	<p>D. coronariana D. cerebrovascular D. vascular periférica D. renal crônica DPOC/enfisema Diabetes Cânceres</p>

Fonte: Brasil (2015).

Devido às DCNT serem as causas de mortalidade e fatores de risco comuns a outras doenças crônicas, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2005, orientou a formulação de estratégias preventivas para o enfrentamento das DCNT.

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) lançou o **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022 (MS, 2011)**, com objetivo de promover o desenvolvimento e a implantação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, incluindo o fortalecimento dos serviços de saúde. As estratégias e as ações propostas estão estruturadas em três eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral.



Assimile

Fator determinante biológico é um conjunto de aspectos que modificam, ao longo dos anos, o curso de vida do indivíduo. Como aspecto principal, podemos falar nas doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, que são as maiores causas de mortalidade do indivíduo idoso, as quais têm caráter progressivo e necessitam de monitoramento dos cuidados/assistência contínua.

Sem medo de errar

Retomando os questionamentos da situação-problema: como os fatores determinantes biológicos interferem no curso de vida de uma pessoa idosa?

Qual o papel da municipalidade com relação à assistência das pessoas que necessitam de cuidados à medida que envelhecem?

Conforme estudamos, a etapa da vida caracterizada como velhice só pode ser compreendida quando analisados os diferentes aspectos biológicos, cronológicos, psicológicos e sociais. A relação entre esses diferentes aspectos é importante para classificar um indivíduo como velho ou não.

Por um envelhecimento ativo e saudável, entendemos como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam velhas (OPAS, 2005). Esse conceito é aplicado tanto ao indivíduo isolado quanto a um grupo de pessoas, permitindo que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, psicológico e mental ao longo do curso da vida.

Fator biológico é um conjunto de aspectos que altera o curso de vida, causando alterações que podem causar doenças, como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

O Ministério da Saúde vem implementando importantes políticas para combater as DCNT. Um exemplo consiste na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), priorizando ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso de tabaco e álcool. Outros exemplos consistem na implementação do Programa Academia da Saúde e na expansão da Atenção Básica, com equipes atuando em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, prevenção, vigilância em saúde e assistência. Além da implantação, implementação e fortalecimento das ações de vigilância e prevenção das DCNT em âmbito local.

O município tem um papel importante, pois por meio da implantação das políticas públicas de saúde, oferecerá uma assistência eficiente e eficaz, com qualidade, quando bem empregados os recursos financeiros e humanos capacitados e habilitados para desenvolver seu papel na assistência holística do indivíduo idoso.

Programa qualidade de vida na terceira idade

Descrição da situação-problema

Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Em uma cidade no interior do estado de São Paulo, a Secretaria de Saúde resolveu implantar o tema envelhecimento ativo e saudável em seu rol de portarias. Para isso, instaurou em 2015 a Portaria n° 366/2015, que "institui em todo o município a Política Municipal de Envelhecimento Ativo e Saudável". Ao longo do ano foram criados vários programas de saúde para a efetiva implantação dessa portaria.

Considerando os fatores determinantes biológicos, quais programas seria necessário criar para aumentar a qualidade de vida e garantir um curso de vida saudável?

Resolução da situação-problema

No aspecto fisiológico, as alterações, na maioria das vezes, podem ser observadas pela lentidão do pulso, do ritmo respiratório, da digestão e assimilação dos alimentos.

Para minimizar, isto é, melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, algumas ações, que poderiam ser implantadas são: programa alimentação saudável, programa promoção da atividade física, programa de prevenção ao uso de tabaco e álcool e programa academia da saúde.

Esses programas poderiam fazer parte do protocolo: Programa Qualidade de Vida na Terceira Idade, desenvolvido pelo Departamento de Programas de Saúde da Secretaria de Saúde, de caráter multiprofissional.

Faça valer a pena

1. Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Isso configura uma mudança nas cargas de doenças e se apresenta como um novo desafio para os gestores de saúde, ainda mais pelo forte impacto das DCNT na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, pela maior possibilidade de morte prematura e pelos efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral.

As DCNT são resultado de diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de risco individuais. Quais são esses fatores individuais?

- a) Sedentarismo, doenças coronárias e desnutrição.
- b) Tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável.
- c) Obesidade, insuficiência respiratória e atrofia muscular.
- d) Sedentarismo e obesidade.
- e) Doença pulmonar obstrutiva crônica e desnutrição.

2. No aspecto de saúde, a prevenção de doenças abrange a prevenção e o tratamento de enfermidades especialmente comuns aos indivíduos à medida que envelhecem e pode ser “primária” (abstenção do uso do tabaco), “secundária” (triagem para detecção precoce de doenças crônicas) ou, ainda, “terciária” (tratamento clínico adequado). Todas as formas contribuem para reduzir o risco de incapacidades. As estratégias de prevenção de doenças – que podem também incluir as doenças infecciosas – poupam gastos em qualquer idade.

Já a promoção da saúde é o processo que permite às pessoas controlarem e melhorarem sua saúde; como promoção entende-se programas de saúde. Qual alternativa cita exemplos de programas de saúde?

- a) Programa de saúde mental, programa de alimentação saudável e academia da terceira idade.
- b) Programa de incentivo à prevenção de doenças contagiosas e programa de atenção psicológica ao idoso.
- c) Programa de saúde da família, programa melhor em casa e programa assistência farmacêutica.

d) Programa de controle de obesidade no envelhecimento, programa de diabetes e hipertensão arterial na saúde do idoso, programa de estímulo à prática de atividade física, programa de atenção psicológica ao idoso, programa de saúde da família, direcionado ao idoso, programa de saúde bucal ao idoso.

e) Programa de estímulo à prática de atividade física, programa de incentivo à prevenção de doenças contagiosas e programa de controle de obesidade no envelhecimento.

3. No envelhecimento ativo e saudável, um dos fatores determinantes, que primeiramente é notado, diz respeito ao aspecto biológico. Está ligado à deterioração do corpo, ao declínio e à incapacidade. Começou a ser tratada como uma etapa da vida caracterizada pela decadência física e ausência de papéis sociais a partir da segunda metade do século XIX. Com o avanço da idade, ocorreria um processo contínuo de perdas e de dependência, que daria uma identidade de falta de condições aos idosos e seria responsável por um conjunto de imagens negativas associadas à velhice, porém, ela ocorre de forma individual e pode ser vivenciada de forma negativa ou positiva, conforme a postura que esse idoso toma perante a sociedade em que vive.

Com a chegada da velhice, as alterações anatômicas são principalmente as mais visíveis e manifestam-se em primeiro lugar. Quais são as alterações anatômicas primeiramente observadas?

a) Pele ressecada, quebradiça e pálida, cabelos brancos, articulações endurecidas, postura do tronco e das pernas e curvaturas da coluna torácica e lombar.

b) Coluna arqueada, rugas, cabelos brancos e unhas quebradiças.

c) Agilidade motora, postura ereta e altiva e hipotensão arterial.

d) Cabelos brancos, rigidez articular e aumento de peso.

e) Dificuldade de fala, pensamentos do passado e artrite.

Seção 2.2

Fatores determinantes psicológicos

Diálogo aberto

Na Seção 2.2, serão apresentados os principais fatores determinantes psicológicos no processo de envelhecimento: sistema cognitivo, percepção, processos mentais, memória e personalidade.

No início da unidade, apresentamos uma situação em que a enfermeira Ana, da comissão multidisciplinar do departamento de programas de saúde, ficou responsável por descrever os fatores determinantes do processo de envelhecimento, para a atualização/revisão dos protocolos específicos da saúde do idoso. Ela contará com a ajuda de uma estagiária de enfermagem e será necessário, primeiramente, realizar um levantamento bibliográfico sobre o assunto para realizar a atualização das informações.

No município de Ituiutaba, o programa de saúde do idoso conta com uma equipe multiprofissional, composta por médico geriatra, enfermeira, psicóloga, nutricionista e assistente social. Para o idoso começar a participar desse programa, deverá passar por uma avaliação de toda a equipe, na qual o perfil desse idoso é avaliado por meio de um “score” (pontuação) de aceitabilidade.

As avaliações médica e psicológica apresentam maior pontuação no “score”. No que diz respeito à avaliação psicológica, são aplicados testes para a avaliação do perfil do idoso com relação aos aspectos cognitivo, percepção, processos mentais, memória e personalidade.

Quais são as alterações cognitivas mais marcantes no processo de envelhecimento?

Com relação aos processos mentais, como os distúrbios psiquiátricos podem ser minimizados ou prevenidos? Quais são as teorias da personalidade mais estudadas a partir da década de 1980?

Não pode faltar

Nesta seção, estudaremos os fatores determinantes psicológicos, os aspectos cognitivos, percepção, processos mentais, memória e personalidade.

Aspectos cognitivos

O declínio cognitivo ocorre como aspecto normal no envelhecimento. Entre 65 e 75 anos, algumas mudanças cognitivas acontecem de forma sutil ou até mesmo inexistem. Após essa fase, manifestam-se as primeiras alterações.

Alguns autores relatam que quando o indivíduo idoso é saudável, as mudanças no cérebro geralmente são modestas e fazem pouca diferença no funcionamento, mas quando existe um problema relacionado ao sistema nervoso central, podem afetar a cognição, piorando o desempenho em testes cognitivos. Podem, por exemplo, interferir na capacidade de aprender e lembrar, isto é, quando uma informação é passada de maneira rápida e pouco clara, o processamento se dá de forma mais lenta e o idoso pode não compreendê-la.

O envelhecimento cerebral apresenta um ritmo especial, isto é, quanto mais o cérebro é utilizado em atividades intelectuais, mais tempo ele demorará para perder suas conexões e apresentar perda sintomática, porém, inevitavelmente, o envelhecimento ocorrerá. Podemos citar alguns dos processos de envelhecimento cerebral: atrofia cerebral com dilatação de sulcos e ventrículos, perda de neurônios, degeneração granulovacuolar, presença de placas neuríticas, entre outros.

Essas lesões, normalmente, iniciam a partir dos 60 anos, com predisposição na região temporal e progredindo para todo o neurocórtex. Alterações características do envelhecimento levam a déficits cognitivos comumente observados como naturais no envelhecimento: esquecimentos de fatos recentes, dificuldade de realizar cálculos, alterações de atenção. No entanto, muitas vezes, só são observados quando o idoso requer mais de sua memória que o comum.

Como causas, podemos citar: acidente vascular encefálico (AVE), trauma craniano, encefalopatia metabólica, infecções, demência, alcoolismo, hipotireoidismo, câncer, uso de medicamentos como ansiolíticos, antipsicóticos ou antiparkinsonianos, por exemplo.

Atualmente, os déficits cognitivos mais falados são as demências e um quadro transicional entre o envelhecimento fisiológico e a perda cognitiva patológica (alteração cognitiva leve). As demências são classificadas em dois grupos: decorrentes de comprometimento do sistema nervoso central (SNC) e não decorrentes do SNC (alterações tóxico-metabólicas).

As demências, com comprometimento do SNC, podem, por sua vez, ser classificadas em: primária - demência é a manifestação clínica principal, por exemplo, doença de Alzheimer, em que a demência pode ser a manifestação clínica, como doença de Parkinson; e secundária - que são causadas por alterações do SNC, como doenças cerebrovasculares, tumores, infecções e hidrocefalia.

O sedentarismo é outro fator que leva à perda cognitiva, principalmente no idoso institucionalizado, devido à falta de estímulos conversacionais e físicos e prejuízo da autoestima. A influência do exercício físico em idosos é benéfica, principalmente com relação à qualidade de vida e autoestima.



Assimile

O envelhecimento cerebral apresenta todo um ritmo especial; quanto mais o cérebro é utilizado em atividades intelectuais, mais tempo ele demorará para perder suas conexões e, conseqüentemente, apresentará uma perda sintomática, tendo em vista sua excepcional capacidade plástica. Inevitavelmente, contudo, o envelhecimento ocorre. No que se refere aos aspectos cognitivos, pode-se apresentar de algumas formas: a amnésia de domínio único (apenas memória comprometida), de domínio múltiplo (memória e outros domínios da cognição), não amnésica de domínio único (outro domínio da cognição que não memória) e não amnésica de múltiplos domínios da cognição (outros domínios da cognição que não memória).

Aspectos de percepção

No envelhecimento perceptivo, algumas áreas, como sensorial (olfato, gosto ou cinestesia) são pouco afetadas pela idade,

porém, a audição, a visão e o equilíbrio são gravemente afetados, acarretando consequências importantes e até graves (psicológica e socialmente).

Percepção é uma construção do SNC a partir de variações de estímulos sensoriais ou motores. O sistema sensorial fornece informações sobre o estado do corpo (posição, velocidade, direção, entre outras) e características do ambiente que são essenciais para o controle do movimento.

Quando ocorre perda da multiplicidade do sistema sensorial vivenciada, o idoso passa a não reconhecer objetos, por exemplo, e modificações que acometem o ambiente, pois somente por meio do sistema de percepção do corpo é que passará a desenvolver o controle dos movimentos. A reconfiguração do sistema perceptivo-motor é importante, pois permite que o indivíduo assuma consciência da execução dos movimentos.

O idoso fica predisposto a conviver com a riqueza de experiências adquiridas ao longo da vida e um sistema sensitivo e motor em declínio. Por isso o cuidado holístico (geral) é tão importante, pois o ser humano não é só um corpo físico. Ao cuidar de um idoso, é necessário considerar não só suas queixas físicas, mas também conhecer o ambiente onde ele está inserido, uma vez que esse será determinante na maneira como a pessoa idosa encara o processo de envelhecimento.

Há uma escassez de pesquisas voltadas para a percepção dos idosos, como eles reagem e de que forma vivenciam esse processo. Os idosos percebem de forma positiva o seu próprio processo de envelhecimento e o fato de terem alcançado uma nova fase em suas vidas, como é vista a terceira idade, é para eles um privilégio, principalmente por se encontrarem ativos e com saúde.

Processos mentais

Vários fatores associados ao aumento da idade podem predispor ao desenvolvimento de transtornos mentais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos mentais acometem mais de 450 milhões de pessoas, que correspondem

a 12,3% das causas de enfermidades e invalidez. A previsão para 2020 é de que chegue a 562 milhões.

Dentre os diversos processos mentais que afetam o idoso, podemos citar o transtorno depressivo como o mais frequente. Os distúrbios psiquiátricos do idoso interferem de forma negativa na vida daqueles envolvidos com os seus cuidados. Estratégias como prevenção, descoberta precoce, tratamento com inclusão diagnóstica, medicação adequada, psicoterapia e capacitação profissional podem propiciar um prognóstico positivo.

A saúde mental merece destaque, pois com o aumento acelerado nos índices de envelhecimento e vulnerabilidade, os idosos fazem parte de um grupo populacional de risco acentuado para depressão e suicídio.

Como fatores associados à prevalência da depressão na velhice, podemos citar as limitações e as perdas (físicas, econômicas, sociais e afetivas) e a falta de papel social para o idoso. Já na demência, fatores hereditários e estilo de vida podem estar associados ao seu aparecimento. As duas patologias, na maioria dos casos, podem estar associadas.

Outros transtornos mentais que podemos citar são: demência, causada por vários tipos de lesões cerebrais, perturbando as funções intelectuais e o envolvimento de forma progressiva. Como manifestações características, podemos elencar: perda de memória, instabilidade emocional e alterações da linguagem, demência tipo Alzheimer, com início gradual e declínio progressivo das funções cognitivas, sendo a memória a mais afetada. No quadro psiquiátrico, observamos depressão, obsessão e desconfiança, surtos de raiva, desorientação, alterações da marcha e fala, esquizofrenia com isolamento social, comportamento excêntrico, pensamento ilógico, alucinações e afeto rígido, transtorno bipolar (do humor) caracterizado por desequilíbrio do humor, euforia, humor expansivo e irritável, necessidade de sono diminuída, transtorno de ansiedade, que apresenta sintomas como dificuldade de concentração, desorientação e perda de memória, irritabilidade e tensão muscular, insônia e perturbação no sono e ainda transtorno por uso de álcool e outras substâncias, em

que o idoso pode iniciar um quadro de dependência ao álcool ou medicamentos, sendo este comum nos idosos para alívio da ansiedade crônica ou para garantir uma noite de sono.



Refleta

Os processos mentais relacionam-se com aspectos patológicos no processo de envelhecimento mental, principalmente no que diz respeito às demências e à depressão.

Você saberia elencar quais os principais tipos de demências e suas características? Como elas afetam a qualidade de vida dos idosos?

Memória

Memória é a capacidade de lembrar experiências passadas, relacionada com outras funções cognitivas, como atenção e linguagem, a memória que garante a identidade pessoal. Podemos defini-la em quatro fases: recepção, codificação (aprendizagem), retenção (armazenamento) e recuperação.

Como fatores que influenciam, temos: cognitivos ligados à memória – dificuldade de codificação ou armazenagem ou no resgate da informação; cognitivo na atenção – capacidade de focalizar em um determinado ponto, poder de concentração onde déficits sensoriais afetam a atenção; não cognitivo – emocionais, estresse, transtornos ansiosos, depressão, cansaço exagerado, déficits de vitaminas; autoestima – crenças de autoeficácia influenciam diretamente sobre a capacidade de memória; fatores ambientais – desorganização do ambiente, excesso de informações de assuntos diferentes, excesso de bebidas alcoólicas e tabagismo; uso de medicamentos – ansiolíticos, hipnóticos, anti-histamínicos, antidepressivos; doenças degenerativas - demências tratáveis e não tratáveis, que não podem ser evitadas, podem ter uma evolução retardada com medicamentos e reabilitação cognitiva.

Alterações de memória podem ser prevenidas ou melhoradas por meio da prática de exercícios físicos, pois eles melhoram a circulação sanguínea, deixando o cérebro mais irrigado e oxigenado; manter o equilíbrio e estabilidade por meio de tolerância e flexibilidade; ter alimentação saudável, controlando níveis glicêmicos, dieta rica em

frutas, verduras e gordura monossaturadas (azeite de oliva, linhaça); evitar o fumo; repousar à noite, pois durante o sono produzimos melatonina, que protege contra os radicais livres; evitar bebidas alcoólicas; manter rotina organizada, realizar atividades de lazer.

Como estratégias de treinamento da memória, pesquisas mostram que os idosos lembram com mais facilidade de informações com pistas. Para isso, devem planejar seus compromissos, organizar seu tempo, organizar o ambiente, fazer lista de afazeres por meio de calendários ou agendas, por exemplo.



Pesquise mais

Assista ao filme "Diário de uma paixão", de 2004, com direção de Nick Cassavetes, baseado no livro de Nicholas Sparks.

Neste filme são retratados os processos de perda de memória e demência tipo Alzheimer, em que todos os dias um senhor visita uma senhora em uma instituição para idosos com sérios problemas de memória e conta para ela um capítulo de uma linda história de amor.



Pesquise mais

Leia a monografia de conclusão de curso de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG:

Fonte: GOMES, J. O.; MAGALHÃES, N. C. **A memória e suas repercussões no envelhecimento saudável**. Monografia UFJF. Minas Gerais: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2007.

Personalidade

O termo personalidade não tem uma definição única e varia conforme a teoria empregada. Alguns autores definem como uma série de eventos que abrangem toda a vida do indivíduo, sendo agente organizador ou governador do indivíduo; ou definem como a totalidade de traços emocionais e comportamentais que caracterizam o indivíduo nas situações do dia a dia, sendo relativamente estáveis e previsíveis sob condições normais ou ainda composta por características individuais de comportamento, que são responsáveis pelo ajustamento ao ambiente.

Algumas teorias atuais indicam que a aparente estabilidade da personalidade na idade adulta, deve ser considerado os potenciais para mudanças (responsabilidade, auto controle, confiabilidade, por exemplo) nas etapas de envelhecimento. Apesar de muitas pessoas manterem a personalidade estável sob circunstâncias normais de vida, frente a circunstâncias mais complexas conseguem se adaptar a essas mudanças. Outra teoria citada refere-se ao avanço da idade, em que há um aumento das características, como responsabilidade, autocontrole, confiabilidade, agradabilidade, orientação às normas, emocionalidade positiva, extroversão e abertura a novas experiências. Entretanto, os padrões de mudanças de personalidades são específicos dos gêneros, isto é, diferentes entre homens e mulheres.

Segundo alguns autores, as pessoas apresentam capacidade e potencial para mudarem conforme situações de vida mais complexas, principalmente, porque é nesta fase da vida que elas apresentam uma maior probabilidade de serem autocontroladas com os diversos acontecimentos da vida, que exigem uma maior integração. Apresentam forma heterogênea de envelhecer e a personalidade sofre influência direta de fatores que se relacionam com reações e comportamentos de cada indivíduo ao longo da vida, isto é, tendem a se manter da mesma forma durante a vida adulta.

Como outra forma de caracterização do idoso, podemos citar as seguintes:

- Tipo integrado – pessoas que apresentam e mantêm um bom funcionamento psicológico, interesses variados, mantêm as suas competências cognitivas intactas e sentem uma elevada satisfação com os papéis que desempenham.

- Tipo defensiva-combativa – indivíduos direcionados para a realização, combativos e controlados e apresentam uma satisfação em níveis moderados e elevados.

- Tipo passivo-dependente – aqueles que apresentam, na velhice, uma orientação passiva ou dependente e múltiplos níveis de satisfação.

- Tipo desintegrado – idosos que apresentam lacunas no funcionamento psicológico cognitivo, pouca atividade, controle das emoções reduzidos, deteriorações dos processos cognitivos e uma baixa satisfação de vida.

Na década de 1980, vários estudos e determinações de modelos foram realizados. No entanto, um deles apresentou maior destaque “modelo Big Five”, bem como seu instrumento de avaliação de personalidade, que define a personalidade como um conjunto de traços, atributos ou qualidades que permitem a classificação em cinco grandes áreas: neuroticismo, extroversão, abertura para as experiências, amabilidade e conscienciosidade. Relataremos sobre as de maior importância no aspecto psicológico – extroversão, abertura a novas experiências e neuroticismo.

- Extroversão: qualidade e intensidade das relações interpessoais, níveis de afetividade, necessidade de estimulação e capacidade de expressar alegria. São definidos conforme instrumento de avaliação de personalidade com pontuação altas, como indivíduos sociáveis, os quais apreciam convívio com os outros, afirmativos, otimistas, amantes da diversão, afetuosos, ativos e conservadores. Já quando essa pontuação é baixa, tendem a ser introvertidos, reservados, apresentam sobriedade, pouca exuberância, distanciamento, timidez, um ritmo calmo, silencioso e muito orientado para uma tarefa. Como aspectos, podemos citar: caloroso, acolhedor, assertivo, ativo, procura excitação, apresenta emoções positivas e sociáveis.

- Abertura a novas experiências: tem como característica a procura proativa, aprecia experiências por si próprio, tolerantes e buscam explorar o desconhecido. Isso implica na existência de imaginação ativa, sensibilidade pessoal, curiosidade intelectual e juízo independente. Como aspectos, podemos citar: fantasia, sentimentos, ações, ideias e valores.

- Neuroticismo: caracterizam-se por apresentar tendências a experimentar emoções negativas, como raiva, ansiedade, depressão ou instabilidade emocional, porém, essas características não são consideradas como determinantes de alterações mentais, isto é, não são considerados indivíduos depressivos, neuróticos, por exemplo. Como aspectos podemos citar: negatividade, baixa autoestima, irritabilidade e negatividade.



Uma paciente de 68 anos, de sexo feminino, tratada no ambulatório de Geriatria e Gerontologia, apresenta história de quadro depressivo que já se estendia por 22 anos. Nas consultas psiquiátricas relatava estar triste, desanimada, desesperançada, pessimista e apresentava muitas queixas sobre seus relacionamentos interpessoais. Mencionava as dificuldades que sempre havia tido em se manter nos empregos durante sua vida profissional, pois se envolvia em brigas com os colegas, achando que eles a perseguiam. Esses relatos aconteciam de forma excessivamente emocional e lábil, apresentava alterações de tom e conteúdo, ora tristes, raivosos, ora mesmo indiferentes e casuais. Esses relatos aconteciam, no ambulatório, de forma teatral, porém, havia relatos de familiares que eram realizados no convívio familiar também. Após várias consultas, com a equipe multiprofissional, chegaram a um diagnóstico de transtorno de personalidade.

Fonte: PEREIRA, FS et al. Transtorno da personalidade na terceira idade. São Paulo: **Rev. Psiq. Clin.**, n. 34, v. 1, 2007. p. 18-22.

Sem medo de errar

Relembrando os questionamentos da SP

Quais são as alterações cognitivas mais marcantes no processo de envelhecimento? Com relação aos processos mentais, como os distúrbios psiquiátricos podem ser minimizados ou prevenidos?

Quais são as teorias da personalidade mais estudadas a partir da década de 1980? Conforme estudamos no livro didático, no processo de envelhecimento, com o passar dos anos, observamos que algumas habilidades cognitivas das pessoas idosas se modificam, ao passo que outras se mantêm inalteradas. Entendemos cognição como a faixa de funcionamento intelectual do ser humano, a qual inclui percepção, atenção, memória, raciocínio, tomada de decisões, solução de problemas e formação de estruturas complexas do conhecimento. Algumas alterações mais comumente observadas são: comprometimento na atenção e no resgate de informações previamente armazenadas, consolidação de informações recentes e habilidade associada à memória episódica, capacidade da pessoa idosa de dividir a atenção entre diversos estímulos para apreender uma

situação (esta é bastante prejudicada), inteligência fluida (habilidade para resolver problemas novos que exigem pouco ou nenhum conhecimento prévio tende a declinar gradualmente), lentidão no processamento das informações e vocabulário e a expressão verbal podem ser ampliados durante toda a vida, enquanto a linguagem espontânea pode se tornar menos precisa e mais repetitiva com o avanço da idade.

Como medidas de prevenção relativas aos processos mentais, podemos citar: redução de riscos e descoberta precoce referente ao surgimento de processos mentais, por exemplo, os transtornos como depressão, ansiedade e até suicídio requerem ações preventivas, referem-se à adequação de procedimentos diagnósticos, à medicação correta, à psicoterapia e à atividade física, hábitos de vida saudáveis, ocasionando melhora na qualidade de vida

Com relação aos aspectos de personalidade, várias teorias foram estudadas, porém, a mais descrita e utilizada, na década de 1980, é o “modelo Big Five”, bem como seu instrumento de avaliação de personalidade, que define a personalidade como um conjunto de traços, atributos ou qualidades, que permitem a classificação em cinco grandes áreas: neuroticismo, extroversão, abertura para as experiências, amabilidade e conscienciosidade.

Avançando na prática

Alterações dos fatores determinantes psicológicos relacionados ao envelhecimento ativo e saudável

Descrição da situação-problema

No ambulatório de Saúde Mental do Hospital das Clínicas da UNESP, campus de Botucatu, observou-se um aumento de doenças psiquiátricas e psicológicas que afetam os idosos, isso representa um aumento de atendimento a pessoas com mais de 60 anos e diminuição em relação aos mais jovens. Quais são os fatores determinantes no processo de envelhecimento, sob o ponto de vista dos aspectos psicológicos que mais afetam os idosos?

Resolução da situação-problema

Os fatores determinantes psicológicos que mais atingem os idosos estão relacionados aos aspectos cognitivos, como: esquecimentos de fatos recentes, dificuldade de realizar cálculos, alterações de atenção. Atualmente os déficits cognitivos mais falados são as demências.

Já com relação à percepção, observamos que a audição, a visão e o equilíbrio são gravemente afetados.

Quando ocorre perda da multiplicidade do sistema sensorial vivenciada, o idoso passa a não reconhecer objetos, por exemplo, e modificações que acometem o ambiente, pois somente através do sistema de percepção do corpo é que passará a desenvolver o controle dos movimentos.

Com relação aos processos mentais, os fatores associados à prevalência da depressão na velhice podemos citar: as limitações e as perdas (físicas, econômicas, sociais e afetivas) e a falta de papel social para o idoso. Já na demência, fatores hereditários e estilo de vida podem estar associados ao seu aparecimento. As duas patologias, na maioria dos casos, podem estar associadas.

Memória é outro fator importante. É a capacidade de lembrar experiências passadas, relacionada com outras funções cognitivas, como atenção e linguagem, garantem a identidade pessoal. Podemos defini-la em quatro fases: recepção, codificação (aprendizagem), retenção (armazenamento) e recuperação. Como medidas de prevenção, podemos citar: atividade física, sono e repouso, equilíbrio e estabilidade por meio de tolerância e flexibilidade; alimentação saudável, evitar o fumo e bebidas alcoólicas; manter rotina organizada, realizar atividades de lazer.

Personalidade refere-se a uma série de eventos que abrangem toda a vida do indivíduo, sendo agente organizador ou governador do indivíduo; pode ser definida também como a totalidade de traços emocionais e comportamentais que caracterizam o indivíduo nas situações do dia a dia, sendo relativamente estáveis e previsíveis sob condições normais ou ainda composta por características individuais de comportamento, que são responsáveis pelo ajustamento ao ambiente.

Faça valer a pena

1. Os aspectos cognitivos ocorrem de forma normal no envelhecimento e são mais observados após os 75 anos, pois entre os 65 e 75 anos aparecem de forma sutil ou sequer aparecem. Há relatos de que quando o idoso é saudável, essas mudanças no cérebro são modestas e fazem pouca diferença em seu funcionamento, mas quando existe um problema no SNC, podem afetar a cognição, piorando o desempenho em testes cognitivos, como interferir na capacidade de aprendizagem e lembranças. Quanto mais o cérebro é usado em atividades intelectuais, mais demoram a aparecer as alterações no processo cognitivo.

Podemos citar alguns exemplos de processo de envelhecimento cerebral. Assinale a alternativa correta:

- a) Atrofia cerebral, degeneração granulovacuolar e presença de placas neuríticas.
- b) Atrofia de vasos sanguíneos cerebrais, involução de cerebelo e déficit na transmissão em neurônios.
- c) Patologia como meningite, acidente vascular cerebral e traumatismo craniano.
- d) Atrofia cerebral pelo uso de substâncias químicas, placas ateromatosas em vasos cerebrais e demência.
- e) Meningite, uso de substâncias químicas lícitas e ilícitas, derrame cerebral e degeneração.

2. No envelhecimento perceptivo, algumas áreas, como sensorial (olfato, gosto ou cinestesia) são pouco afetadas pela idade, porém, a audição, a visão e o equilíbrio são gravemente afetados, acarretando consequências importantes e até graves. O sistema sensorial fornece informações sobre o estado do corpo e a característica do ambiente, que são essenciais para o movimento.

Podemos citar como informações sobre o estado do corpo:

- a) Força, posição e equilíbrio.
- b) Movimento, percepção do corpo e declínio do sistema motor.
- c) Posição, força e movimento.
- d) Posição, velocidade e direção.
- e) Percepção do corpo, postura, capacidade física.

3. Memória é a capacidade de lembrar experiências passadas, relacionada com outras funções cognitivas, como atenção e linguagem, as quais a identidade pessoal. Podemos defini-la em quatro fases: recepção, codificação (aprendizagem), retenção (armazenamento) e recuperação.

Quais são os fatores que influenciam na memória? Assinale alternativa correta:

- a) Fatores ambientais, baixa autoestima e cognitivo ligado à atenção.
- b) Cognitivo ligado à memória, fatores cognitivos e não cognitivos.
- c) Não cognitivo, uso excessivo de medicamentos e baixa autoestima.
- d) Uso de álcool, excesso de informação e dificuldade de codificação de mensagem.
- e) Fatores ambientais, autoestima, fatores cognitivos e não cognitivo.

Seção 2.3

Fatores determinantes sociais

Diálogo aberto

Na Seção 2.3, serão apresentados os principais fatores determinantes sociais no processo de envelhecimento: medidas preventivas, ambiente social, potencialidades individuais, interferência do meio ambiente e econômico.

No início da unidade, apresentamos uma situação em que a enfermeira Ana, da comissão multidisciplinar do departamento de programas de saúde, ficou responsável por descrever os fatores determinantes do processo de envelhecimento, para a atualização/revisão dos protocolos específicos da saúde do idoso. Ela contará com a ajuda de uma estagiária de enfermagem e será necessário, primeiramente, realizar um levantamento bibliográfico sobre o assunto para realizar a atualização das informações.

No município de Ituiutaba, o programa de saúde do idoso conta com uma equipe multiprofissional, composta por médico geriatra, enfermeira, psicóloga, nutricionista e assistente social. Para o idoso começar a participar desse programa, passa por uma avaliação de toda a equipe, na qual o perfil desse idoso é avaliado através de um “score” (pontuação) de aceitabilidade.

A avaliação social apresenta pontuação no “score” significativa. Tendo em vista os fatores determinantes sociais, quais medidas preventivas podem ser adotadas para que o idoso tenha uma melhora na qualidade de vida? Que tipo de interferência o ambiente social exerce no idoso?

Vamos então iniciar esta seção.

Não pode faltar

Nesta seção, estudaremos os fatores determinantes sociais, nos aspectos de medidas preventivas, ambiente social, potencialidade individual, interferência do meio ambiente e econômico.

A saúde do idoso deve ser analisada a partir de um contexto político, social e econômico, com essas informações, torna-se possível identificar os determinantes de saúde associados aos problemas prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção, que visem à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

Em sentido amplo, conforme a OMS, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde.

Define-se determinante social de saúde (DSS) como as características sociais, dentro das quais a vida transcorre, como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) engloba os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Vários modelos foram criados com o intuito de procurar demonstrar a relação entre as desigualdades e as iniquidades sociais e os resultados na saúde. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDNSS) adotou o modelo de Dahlgreu e Whitehead, devido à sua simplicidade, fácil compreensão e visualização gráfica das DSS.

Este modelo explica os mecanismos que interagem entre os diferentes níveis de condições sociais e produzem as desigualdades em saúde, desde o individual até o nível das condições econômicas, culturais e ambientais que predominam na sociedade como um todo.

Por que devemos enfatizar os determinantes sociais? Porque eles possuem impacto direto na saúde, estruturam outros determinantes da saúde, são denominados “a causa das causas”, definem o perfil epidemiológico da população.

Medidas preventivas

Uma parte dos problemas de saúde tem origem genética, outra depende das exposições ambientais e uma terceira do estilo de vida. A prevenção deve ser feita em três níveis: primária – remover causas e fatores de risco de um problema de saúde antes que a doença ocorra, incluindo promoção da saúde e proteção específica; secundária – ações que visam detectar um problema em estágio inicial, facilitando

o diagnóstico definitivo e tratamento, prevenindo sua disseminação/consequência a longo prazo; e terciário – ações que visam reduzir os prejuízos funcionais consequentes a um problema agudo ou crônico, incluindo medidas de reabilitação. Alguns autores falam em prevenção quaternária e a definem como o conjunto de ações que visam evitar a iatrogenia associada às intervenções médicas, como abuso nos tratamentos de fatores de risco, rastreamento, exames e testes complementares.

Como prevenção primária, podemos citar os seguintes exemplos: imunização e quimioprevenção; na prevenção secundária: rastreamento de doenças, como câncer, osteoporose, doenças cardiovasculares, aterosclerose e seus fatores de risco; e na prevenção terciária: identificar condições crônicas estabilizadas e prevenir novas e dependências.

Rastreamento é um processo que identifica pessoas que, aparentemente, apresentam-se saudáveis, mas que têm maior probabilidade para desenvolver determinada condição clínica ou doença, com finalidade de reduzir risco e/ou complicação dessas condições de doenças.

Como critério para utilização do rastreamento, podemos citar: a doença deve ser frequente e importante do ponto de vista clínico; testes com baixos índices de falso positivo ou negativo; a doença deve ter tratamento efetivo capaz de modificar sua história material; que possa diminuir a mortalidade; ter curso aceitável (financeiro, social e físico) e o tratamento não pode ser pior que a doença.

O idoso tem como característica básica a multiplicidade de doenças crônicas, que após a sua instalação, não regredem mais. O papel do profissional de saúde não é procurar a cura, mas a estabilização, o monitoramento e a manutenção da qualidade de vida apesar da doença, isto é, postergar ao máximo a iniciada doença, monitorar os fatores de risco já identificados que diminuem a qualidade e os anos de vida e proporcionar condições estáveis e controladas relacionadas aos meios social, ambiental e cultural.

Podemos, também, citar cinco fatores de risco que diminuem a qualidade e os anos de vida: álcool, tabaco, estresse, atividade física inadequada e má alimentação. Manejar essas situações nem sempre é um papel fácil; pois ao tentarmos melhorar a qualidade e os anos de vida, por exemplo, melhorar hábitos alimentares inadequados,

poderá ocorrer o surgimento de outra doença, como a depressão por privação, por ter seus valores sociais e culturais drasticamente excluídos.



Assimile

Podemos dividir as medidas preventivas em: prevenção primária – remover causas e fatores de risco, incluindo a promoção e a proteção específica contra certas doenças (ex.: imunização, exercícios físicos); prevenção secundária – ações de detecção de um problema em seu estágio inicial, facilitando o diagnóstico definitivo e o seu tratamento (ex.: rastreamento de câncer de mama, estratificação do risco cardiovascular) e prevenção terciária – ações que visam reduzir os prejuízos funcionais e incluir as medidas de reabilitação (ex.: reabilitar um paciente após um infarto ou após um acidente vascular cerebral).

Ambiente social

O meio ambiente e a saúde são indissociáveis. No processo, as relações entre os homens e o meio ambiente podem ser favoráveis ou prejudiciais à saúde. Quando pensamos nos determinantes de saúde, lembramos logo da Lei 8.080/90 que preconiza que a saúde tem fatores determinantes e condicionantes à moradia, à alimentação, ao saneamento básico, ao meio ambiente, ao trabalho, à renda, à educação, ao transporte, ao lazer e ao acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

Temos um perfil de saúde da população brasileira formado por três cenários, que são condicionados por diferentes contextos socioambientais:

- Primeiro cenário: ocorrem predominantemente as doenças cardiovasculares e neoplásicas, em que se observa uma tendência crescente acompanhando o envelhecimento da população, causados pelas condições genéticas, de vida e trabalho e, principalmente, por exposição a poluentes ambientais.

- Segundo cenário: doenças infecto-parasitárias, determinadas exclusivamente por fatores socioambientais.

- Terceiro cenário: englobam as situações de acidentes e violências.

Os três cenários evidenciam que fatores socioambientais causam, ou seja, são produtores de traumas, lesões e doenças, isto é, o perfil da saúde da população.

O meio ambiente é o meio em que o indivíduo vive, o que está em volta, local de residência, envolve dimensões física, social, cultural, econômica e política. A Carta de Ottawa, em 1986, passou a ser considerada como um marco histórico no sentido de saúde, pois apresenta o processo de promoção à saúde, que envolve a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde e participar em seu controle. Cita que, para atingir o completo bem-estar físico, mental e social, devemos saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Ainda se refere a outros elementos importantes, como paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

A Carta de Ottawa menciona, também, que um meio ambiente saudável envolve mais do que o acesso aos serviços básicos, bem como o contexto social. Envolve a violência física ou psíquica, relações afetivas, estímulos para o desenvolvimento de atividade de lazer, segurança alimentar e moradia, acesso a fármacos, entre outros.

Interferências do meio ambiente

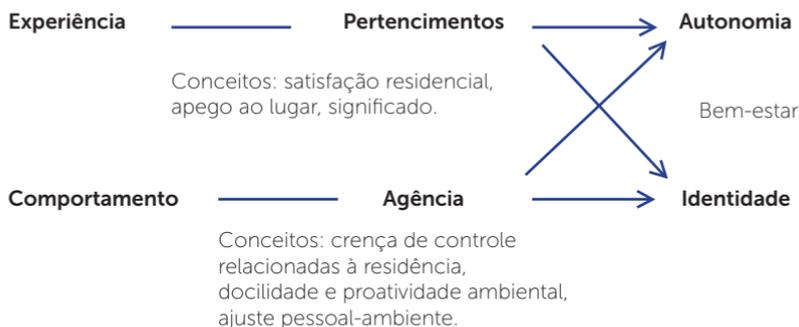
Os problemas ambientais são concomitantemente problemas de saúde, pois afetam tanto os seres humanos como a sociedade. Na Antiguidade até o século XIX, os problemas ambientais eram decorrentes dos efeitos rápidos e intensos do processo de industrialização e urbanização e as estratégias sanitárias eram eliminar sujeiras externas e odores detectáveis, com a finalidade de impedir a disseminação de doenças.

Atualmente, além dos problemas de saneamento básico e controle de vetores, existem perigos ambientais que ameaçam a saúde pública, principalmente problemas ambientais decorrentes do crescimento econômico e industrial, causando alterações na qualidade da água, do solo, alimentos e as ocorrências de determinadas doenças associadas às modificações ambientais.

Podemos analisar a interferência do meio ambiente como parte do fator determinante social do envelhecimento, classificando-o em: microambientes, que representam o ambiente doméstico e privado, arranjos de moradia e a satisfação residencial; mesoambientes relacionados ao contexto institucional e macroambientes, relacionados ao contexto urbano/rural, questões de vizinhança, segurança, acessibilidade e políticas públicas.

Três grandes desafios são relatados por alguns autores: compreender como os indivíduos, à medida que envelhecem, manejam as oportunidades e as restrições nas condições ambientais e socioambientais; a necessidade de classificar as conexões entre as dimensões objetivas e subjetivas na relação com o ambiente e examinar as contribuições das transações pessoa-ambiente para diferentes cursos (normal, patológico ou bem-sucedido) e respostas (bem-estar, autonomia, identidade, saúde física e mental) em termos de envelhecimento.

Figura 2.3 | Processo pessoa - ambiente



Fonte: Wahl e Oswald (2010).

Pertencimento refere-se ao campo da experiência no ajuste pessoa-ambiente, em que envolve as avaliações cognitivas, emocionais e as percepções mentais dos ambientes. Agência diz respeito ao campo dos comportamentos, cognição ou práticas sociais, orientados por uma meta.



Refleta

Como o meio ambiente influencia o idoso a enfrentar os medos, a depressão e a sensação de improdutividade?

Potencialidades individuais

Autonomia individual é um conceito bastante importante, pois está relacionada com a garantia de que seja assegurado ao ser humano a possibilidade de conduzir e gerir a própria vida. O processo de envelhecimento é natural dentro do desenvolvimento humano e durante essa fase, o indivíduo passa a conviver com uma grande quantidade de perdas familiares, amigos, saúde, emprego, antiga rotina, filhos adultos que saem de casa, seja por trabalho ou para constituir família, entre outras possibilidades.



Exemplificando

Um idoso com 70 anos resolve se inscrever em uma vaga como "estagiário", em uma empresa de vendas de roupas pela internet, levando toda a sua experiência. Essa empresa acaba de explodir no mercado, mas por falta de experiência da proprietária, acaba entrando num caos total.

O idoso então, na tentativa de ajudar, primeiro necessita conquistar a confiança da proprietária, que não aceita muito esse idoso, demonstrando nitidamente preconceito com relação ao "velho" funcionário, para depois usar sua experiência como "ex-empresário bem-sucedido" para reorganizar a empresa e acabar com o caos.

Manter a autoestima da pessoa idosa é importante, pois conforme é garantida a preservação de sua singularidade, o exercício da capacidade de escolha para si, consegue-se compreender melhor o significado da sua própria existência.

Quando pensamos em autonomia, podemos compreender: capacidade de escolha, o que favorece a saúde integral do indivíduo, respeito a valores e singularidades/potencialidades. Alguns autores classificam-na em: de ação (independência da capacidade física), de vontade (escolher livremente de acordo com sua vontade) e de pensamento (tem uma reflexão crítica com relação à escolha).

Entre os autores, há um consenso comum de que o exercício de autonomia viabiliza um envelhecimento saudável, em virtude de reconhecer o idoso como uma pessoa ativa. Para isso acontecer, alguns pontos devem ser preservados: continuidade de aperfeiçoamento pessoal; autorrealização, sentimento de que

a existência tem um sentido; a capacidade de superar as limitações da velhice como compreender seus novos limites dentro da realidade; desenvolvimento de novos papéis sociais e a busca participativa de novas experiências, uma vez que o passado não volta mais e o senso de domínio. Com isso, diante das dificuldades de gerenciar as atividades da vida diária, possa ser prejudicado pelo processo natural de envelhecimento, o idoso necessita ter potencializada as suas capacidades e respeitadas as suas limitações, além de desenvolver novas habilidades, competências e atitudes com relação ao novo contexto de vida.

Quando se pensa em fornecer suporte, significa escutá-lo, compreendê-lo e articular a sua vontade com as possibilidades de vida que ele mesmo possa ter. Para isso, temos que nos atentar ao que cada indivíduo escolhe para si, conforme sua realidade social, sem julgamento e analisados quais os fatores estão levando-o a manter a sua decisão relativa à sua realidade.

Econômico

O fator econômico traz um grande desafio para a saúde e para as políticas públicas, pois deve ser assegurado ao idoso que o processo de desenvolvimento social e econômico ocorra de forma contínua, tendo como base a garantia de um patamar econômico mínimo para a manutenção da dignidade humana.

No Brasil, a questão do envelhecimento junta-se a uma lista ampla de questões sociais não resolvidas, como a pobreza, a exclusão e elevados níveis de desigualdade vigentes na sociedade. Um dos determinantes da qualidade de vida dos idosos é o seu acesso a recursos monetários, que permitem a garantia de padrões mínimos de qualidade de vida, adoção de uma posição mais independente que dá ao idoso um maior sentido a sua vida, inclusive experimentando maior valorização na família e na sociedade.

Os principais benefícios pecuniários dos idosos fazem parte das políticas de seguridade social. Podemos citar a existência de dois regimes de previdência social e uma de assistência social que os idosos têm direito:

- Benefícios de caráter contributivos: referente ao trabalho, realizado ao longo dos anos na iniciativa privada e no serviço público.
- Benefício de previdência rural: destinado ao trabalhador do meio rural, exclusivamente de caráter contributivo.
- Benefício de assistência social: destinado a idosos mais necessitados, carentes, em situação de pobreza.

Desde a década de 1990, o estado brasileiro vem se empenhando em promover progressivos ajustes ao sistema de previdência social, redefinindo parâmetros com o intuito de restringir o acesso aos benefícios, principalmente por meio de postergação da idade de requerimento e atrelar o recebimento ao tempo de contribuição (Emenda Constitucional nº 20/1998).

Já a legislação do benefício rural não sofreu nenhuma mudança desde a regulamentação dos dispositivos constitucionais. O benefício assistencial apresenta um aumento de demanda; o limite de idade passou de 70 para 65 em 2004, o que provocou um impacto no crescimento no fluxo de novas concessões.

Uma das principais preocupações com a crise previdenciária é o aumento da vulnerabilidade do idoso no futuro, pois os problemas econômicos que os países em desenvolvimento vêm passando estão causando transformações no mercado de trabalho, como: retração do emprego, informalização generalizada e a precarização com relação à alternância das condições de trabalhador ocupado e desocupado, impossibilitando que o trabalhador honesto cumpra com suas obrigações financeiras.



Pesquise mais

Pesquise mais sobre os direitos econômicos que os idosos possuem. Para isso, busque informações no Ministério de Assistência Social e Previdência Social.

Fonte: BRASIL. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências.

Diário Oficial [da União], Poder Executivo, 28 set. 2007, p. 16.

Sem medo de errar

Tendo em vista os fatores determinantes sociais, as medidas preventivas devem ser feitas em três níveis: primária – remover causas e fatores de risco de um problema de saúde antes que a doença ocorra, incluindo promoção da saúde e proteção específica; secundária – ações que visam detectar um problema em estágio inicial, facilitando o diagnóstico definitivo e tratamento, prevenindo sua disseminação/consequência a longo prazo; e terciária – ações que visam reduzir os prejuízos funcionais consequentes a um problema agudo ou crônico, incluindo medidas de reabilitação. Ainda existem alguns autores que falam em prevenção quaternária e a definem como o conjunto de ações que visam evitar a iatrogenia associada às intervenções médicas, como abuso nos tratamentos de fatores de risco, rastreamento, exames e testes complementares.

Também estudamos que a saúde do idoso sofre interferência do meio ambiente. Atualmente, além dos problemas de saneamento básico e controle de vetores, existem outros perigos ambientais que ameaçam a saúde pública e do idoso, por consequência, principalmente problemas ambientais decorrentes do crescimento econômico e industrial, causando alterações na qualidade da água, do solo, dos alimentos e as ocorrências de determinadas doenças associadas às modificações ambientais.

Avançando na prática

Determinantes sociais no processo de envelhecimento

Descrição da situação-problema

No município de Joanópolis, Sr. Geraldo, 72 anos, procurou o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) para requerer sua aposentadoria. Sempre trabalhou em instituição privada, por período de 30 anos, sendo descontado em folha de pagamento a porcentagem de contribuição ao INSS. Apresentou problemas de saúde relacionados ao trabalho, uma vez que trabalhou como carpinteiro durante muitos anos. Como já estava com a idade

avançada e apresentando dificuldades para desempenhar as suas funções, procurou o INSS para requerer sua aposentadoria. No caso do Sr. Geraldo, a qual tipo de aposentaria ele terá direito?

Como o aspecto econômico pode auxiliar na qualidade de vida do Sr. Geraldo?

Resolução da situação-problema

No caso exposto, o Sr. Geraldo contribuiu para a previdência durante anos e terá direito ao benefício pecuniário, de caráter contributivo: referente ao trabalho, realizado ao longo dos anos na iniciativa privada e no serviço público.

O fator determinante social e econômico deve ter por base a garantia de um patamar econômico mínimo para a manutenção da dignidade humana. Um dos determinantes da qualidade de vida dos idosos é o seu acesso a recursos monetários, que permitem a garantia de padrões mínimos de qualidade de vida, adoção de uma posição mais independente que dá ao idoso um maior sentido à sua vida, inclusive experimentando maior valorização na família e na sociedade.

Faça valer a pena

1. O meio ambiente é o meio em que o indivíduo vive, o que está em volta, local de residência, envolve dimensões física, social, cultural, econômica e política. A Carta de Ottawa, em 1986, passou a ser considerada como um marco histórico no sentido de saúde, pois apresenta o processo de promoção à saúde, que envolve a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde e participar em seu controle. Cita que para atingir o completo bem-estar físico, mental e social, devemos saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

Quais os outros elementos relacionados ao ambiente social que a Carta de Otawa se refere?

- a) Educação, violência e maus tratos, atividade física e alimentação saudável.
- b) Acesso a fármacos, relações afetivas e acesso aos serviços especializados.

- c) Paz, habitação, alimentação, renda, recursos sustentáveis, justiça.
- d) Falta de condições básicas, meio ambiente insalubre e hábitos de vida sedentários.
- e) Educação, meio ambiente insalubre, alimentação saudável e justiça.

2. O fator econômico traz um grande desafio para a saúde e as políticas públicas, pois deve ser assegurado ao idoso que o processo de desenvolvimento social e econômico ocorra de forma contínua, tendo como base a garantia de um patamar econômico mínimo para a manutenção da dignidade humana. Um dos determinantes da qualidade de vida dos idosos é o seu acesso a recursos monetários, que permitem a garantia de padrões mínimos de qualidade de vida, adoção de uma posição mais independente que dá ao idoso um maior sentido à sua vida, inclusive experimentando maior valorização na família e na sociedade.

Quais são os três tipos de benefícios que os idosos têm direito?

- a) Benefício da previdência privada, aposentadoria pelo INSS e benefício assistencial.
- b) Benefício pecuniário, auxílio-reclusão e auxílio-doença.
- c) Aposentadoria por tempo de serviço, por tempo de trabalho e pensão por morte.
- d) Benefícios de caráter contributivos, benefício de previdência rural e benefício de assistência social.
- e) Aposentadoria por invalidez, pensão por morte, aposentadoria por tempo de serviço e contribuição.

3. O idoso tem como característica básica a multiplicidade de doenças crônicas, que após a sua instalação, não regredem mais. O papel do profissional de saúde não é procurar a cura, mas a estabilização, o monitoramento e a manutenção da qualidade de vida, apesar da doença, isto é, postergar ao máximo a iniciada doença, monitorar os fatores de risco já identificados que diminuem a qualidade e os anos de vida e proporcionar condições estáveis e controladas relacionadas aos meios sociais, ambiental e cultural.

Quais são os fatores de risco para diminuição da qualidade de vida do idoso?

- a) Sedentarismo, uso excessivo de álcool e uso de substâncias ilícitas.
- b) Atividade física em excesso, alimentação desregrada, obesidade, fumo.

- c) Consumo de substância medicamentosa, estresse, jejum prolongado, sedentarismo.
- d) Alimentação saudável, repouso adequado, paz e tranquilidade.
- e) Álcool, tabaco, estresse, atividade física inadequada e má alimentação.

Referências

BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Significando o cuidado ecológico /planetário /coletivo/do ambiente à luz do pensamento complexo. **Reme - Rev. Min. Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 11-18, jan./mar., 2011. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/2>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

BRASIL. Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010. Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso; e altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. **Diário Oficial [da União]**, Poder Legislativo, 21 jan. 2010, p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12213.htm>. Acesso em: 12 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/subsi_miolo.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/estatuto_idoso2edicao.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

_____. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. **Diário Oficial [da União]**, Poder Executivo, 28 set. 2007, p. 16. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm>. Acesso em: 12 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis -Rev. Saúde Coletiva**, 2007, v. 17, n. 1, p. 77-93.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária**: como ficam as mulheres. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicosaude.pdf>. Acesso em 18 ago. 2017.

MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

_____. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable**. 49º Consejo directivo, 61. Sesión del Comité Reginal, Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009. Washington: OPAS, 2009.

OPAS - OMS. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde/World Health Organization. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2017.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Carlos, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

WAHL, H. W.; OSWALD, F. Environmental perspectives on aging. In: DANNEFER, D.; PHILLIPSON, C. **International handbook of social gerontology**. London: Sage; 2010.

Patologias comuns no envelhecimento

Convite ao estudo

Caro aluno, bem-vindo à terceira unidade de estudos. Depois de uma breve conversa no início deste livro sobre a importância da disciplina, chamamos a atenção para os pontos que estudaremos.

Na unidade anterior, estudamos o processo de envelhecimento ativo e saudável, aprofundando no conhecimento dos fatores determinantes biológicos, psicológicos e sociais.

Com esta unidade, pretendemos compreender os diversos aspectos do processo de envelhecimento humano, entendendo as implicações das alterações do próprio envelhecimento e da pirâmide populacional na vida do idoso e de sua família e da sociedade, conhecer os aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento populacional e conhecer os aspectos relacionados à assistência de enfermagem gerontológica.

Como resultado de aprendizagem, esperamos que o aluno seja capaz de identificar as patologias dos aparelhos: cardiovascular, respiratório, digestivo, urinário e hematológico: insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, infarto agudo do miocárdio, bronquite, pneumonia, úlcera gástrica e duodenal, câncer de estômago e cólon, prisão de ventre, infecção urinária, hipertrofia, câncer de próstata, incontinência urinária, anemia, leucemia e linfoma; as patologia dos sistemas: nervoso, endócrino, reumatológico, ósseo, sensitivo; demência: Alzheimer e vascular, doença de Parkinson, acidente vascular encefálico, diabetes Mellitus, desidratação, alteração de tireoide, obesidade, artrose, osteoporose, fraturas: fêmur, quadril, úmero, rádio; visual: catarata e glaucoma; auditivo: tampões de cera e presbiacusia; bem como de classificação de grau de dependência e impacto nas atividades básicas da vida diária:

atividades de vida diária do idoso independente X dependente, grau I de dependência, grau II de dependência, grau III de dependência e idoso institucionalizado.

Relembrando o “Contexto de aprendizagem”, a enfermeira Ana, da comissão multidisciplinar do departamento de programas de saúde, ficou responsável por descrever os fatores determinantes do processo de envelhecimento, para a atualização/revisão dos protocolos específicos da saúde do idoso. Ela contará com ajuda de uma estagiária de enfermagem, Joana, que fará um levantamento do Manual de Boas Práticas em Gerontologia e Fisiopatologia. Após, auxiliará a enfermeira Ana a revisá-los e a atualizá-los. Para isso, será necessário fazer uma pesquisa sobre as patologias na seguinte ótica:

Qual a importância, para a enfermagem, do conhecimento das fisiopatologias que acometem os idosos?

Quais orientações são importantes conter no meu manual para orientar o idoso no bom desempenho de suas atividades básicas de vida diária (ABVD)?

Qual a importância de conhecer os diversos graus de dependência do idoso institucionalizado?

É chegada a hora de iniciarmos nossos estudos.

Seção 3.1

Fisiopatologia dos aparelhos: cardiovascular, respiratório, digestivo, urinário e hematológico

Diálogo aberto

A enfermeira Ana, da comissão multidisciplinar do departamento de programas de saúde, ficou responsável por descrever os fatores determinantes do processo de envelhecimento, para a atualização/revisão dos protocolos específicos da saúde do idoso. Ela contará com ajuda de uma estagiária de enfermagem, Joana, que fará um levantamento do Manual de Boas Práticas em Gerontologia e Fisiopatologia. Após, auxiliará a enfermeira Ana a revisá-los e a atualizá-los. Para isso, será necessário fazer uma pesquisa sobre as patologias na seguinte ótica:

Qual a importância, para a enfermagem, do conhecimento das fisiopatologias que acometem os idosos?

Não pode faltar

Observamos, no Brasil, uma mudança rápida para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado pela transição epidemiológica, onde as doenças infectocontagiosas dão lugar às crônico-degenerativas. Na área da saúde, essa rápida transição demográfica e epidemiológica traz grandes desafios a serem enfrentados, pois é responsável pelo surgimento de novas demandas de saúde, especialmente a "epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais", resultando em maior e mais prolongado uso de serviços de saúde.

Nesta seção, estaremos estudando as fisiopatologias que acometem os aparelhos cardiovascular, respiratório, digestivo, urinário e hematológico. Discutiremos as doenças mais comuns nos idosos, suas manifestações clínicas, avaliação diagnóstica e tratamentos.

Vamos iniciar nosso estudo abordando o aparelho cardiovascular. Com relação às doenças mais comuns nos idosos, no aspecto

cardiológico, são: insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e infarto agudo do miocárdio.

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Também denominada de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) é definida como: incapacidade cardíaca em bombear sangue suficiente para as estruturas teciduais, fornecendo oxigênio e nutrientes para seu funcionamento. Esse fato ocorre devido à perda da capacidade contrátil do coração, acarretando diminuição do débito cardíaco (DC). Por DC entende-se a equação entre a frequência cardíaca (FC) e o volume de sangue ejetado (VE) do coração, representada por $DC = FC \times VE$; a frequência cardíaca, por sua vez, é uma função do sistema nervoso autônomo regulado pelo sistema nervoso simpático, volume ejetado é a quantidade de sangue que o coração bombeia a cada contração.

Como problemas da insuficiência cardíaca, podemos apontar a lesão e a falência das fibras musculares do miocárdio, causando uma redução do volume ejetado e alteração do débito cardíaco. O volume ejetado depende de três fatores:

- Pré-carga - a quantidade de sangue que enche o coração é diretamente proporcional à pressão criada pelo comprimento das fibras miocárdicas estriadas, conhecida como "Lei do coração de Starling".

- Contratibilidade - significa a alteração na força de contração que ocorre em nível celular e está relacionada às alterações no comprimento das fibras miocárdicas.

- Pós-carga - refere-se à pressão que o ventrículo necessita produzir para bombear o sangue contra o gradiente de pressão criado pelas válvulas semilunares.

A insuficiência cardíaca ocorre mais comumente com os distúrbios da musculatura cardíaca, provocando redução da contratilidade cardíaca. Temos como condições subjacentes, normalmente, anormalidade das funções musculares, como aterosclerose coronariana, hipertensão arterial e doenças musculares inflamatórias ou degenerativas.

A aterosclerose coronária causa disfunção miocárdica, provando interferência na irrigação sanguínea normal para o músculo cardíaco. Como exemplo, podemos citar a hipóxia e a acidose; infarto do miocárdio (morte das células miocárdicas) que comumente precede o desenvolvimento da chamada insuficiência cardíaca franca.

Como doença cardíaca secundária, a insuficiência cardíaca pode afetar somente o miocárdio, envolvendo os mecanismos de: obstrução do fluxo sanguíneo pelo coração, incapacidade de o coração encher de sangue ou esvaziamento anormal do coração.

Manifestação clínica

A principal é o aumento do volume intravascular como consequência da elevação da pressão venosa e arterial, causando tontura, confusão, fadiga, intolerância ao esforço ou ao calor, extremidades frias e oligúria.

Insuficiência cardíaca esquerda - os sintomas são: dispneia, resultante do acúmulo de líquido nos alvéolos, dificultando trocas gasosas; ortopneia (dificuldade de respirar em decúbito dorsal); dispneia paroxística noturna; tosse seca e improdutiva; fadiga relacionada à diminuição do débito cardíaco; inquietude e ansiedade, resultantes da redução da oxigenação tecidual e estresse respiratório.

Insuficiência cardíaca direita - os sinais e os sintomas são: edema de extremidades inferiores (gravitacional), geralmente com hepatomegalia; distensão de jugular; ascite; anorexia e náusea; nictúria e debilidade. Na insuficiência cardíaca direita e esquerda, o sintoma mais grave é o edema agudo de pulmão.

Avaliação diagnóstica: avaliação das manifestações clínicas, como congestão pulmonar e sistêmica e avaliação de pré-carga, pós-carga e débito cardíaco através de monitorização invasiva, mediante a introdução de cateter tanto arterial como pulmonar.

Tratamento: tem como principais objetivos promover o repouso com intuito de reduzir o trabalho cardíaco; aumentar a força e a eficiência na contração miocárdica com a utilização de agentes farmacológicos e eliminar excesso de líquido corporal acumulado com o uso de medicamentos diuréticos, dietas e repouso.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Definida como níveis persistentes de pressão arterial onde a pressão sistólica está acima de 140mmHg e a diastólica acima de 90 mmHg na população idosa. É considerada como uma das grandes causas da insuficiência cardíaca, ataque cardíaco e insuficiência renal, pois o indivíduo hipertenso não apresenta sintomas frequentemente. No meio cardiológico é denominada de “matador silencioso”.

A hipertensão é classificada em: primária (hipertensão essencial, isto é, que não tem causa médica identificável) e secundária (causada pelo período de gestação, por exemplo, porém, após o nascimento, a pressão arterial volta aos níveis normais, causa específica).

Apresenta risco de morbidade e mortalidade prematura, que aumentam à medida que as pressões sistólica e diastólica se elevam. Geralmente, a hipertensão essencial aparece de forma intermitente e gradativa, isto é, “torna-se fixa”, eventualmente, pode aparecer abruptamente e intensa, apresentando uma evolução acelerada ou maligna, causando rapidamente deterioração do estado do paciente.

Alguns sintomas podem desencadear a hipertensão, como: distúrbios emocionais, obesidade, ingestão excessiva de álcool com café e tabaco, medicamentos estimulantes, porém, o fator hereditário predomina nos indivíduos. Normalmente, ocorre mais em mulheres do que em homens.

Pressão arterial elevada e não controlada, por longo período de tempo, lesa os vasos sanguíneos de todo o organismo, causando deficiência de visão, oclusão coronariana, insuficiência renal e ataque cardíaco. Como causa base, podemos citar o aumento da resistência arteriolar, mas desconhecem-se as causas do aumento da resistência. Como medida de controle são usados medicamentos para reduzir a resistência periférica, baixar a pressão e diminuir o estresse sobre o sistema vascular.

Manifestações clínicas: a maioria dos pacientes são assintomáticos e permanecem assim por muito tempo, porém, o início dos sintomas está associado à lesão vascular e as manifestações estão relacionadas aos sistemas orgânicos irrigados pelos vasos envolvidos.

A doença coronariana (artéria coronária), como a angina, é considerada a seqüela mais comum nos pacientes hipertensos.

Quando ocorre comprometimento vascular cerebral pode ocorrer um ataque ou crise isquêmica transitória (CIT ou AIT), apresentando sintomas como hemiplegia temporária, perda de consciência ou alteração da visão.

Avaliação diagnóstica: histórico do paciente (anamnese) e exame físico completo fornecem os primeiros achados; também devem ser avaliados exames laboratoriais com o intuito de avaliar a lesão no órgão-alvo. Também são necessários eletrocardiograma, proteinúria (urina), urografia excretora, arteriografia renal, prova de função metabólica renal e determinação de renina.

Tratamento: tem como objetivo prevenir a morbimortalidade associada e manter a pressão arterial em níveis abaixo de 140 mmHg com o uso de agentes farmacológicos. No entanto, o tratamento não farmacológico também apresenta importância significativa quando associado aos medicamentos como: redução de peso, retirada de álcool, sódio e tabaco, exercícios e relaxamento.

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)

Processo caracterizado pela destruição do tecido miocárdico em locais do coração desprovidos de suprimento sanguíneo suficiente, decorrente de redução do fluxo coronariano. Como causa, ocorrência de estreitamento de uma artéria coronariana pela aterosclerose ou obstrução total por trombo ou êmbolo, em alguns casos, pode ser causada por choque cardiogênico ou hemorragia.

Os termos "obstrução coronariana", "ataque cardíaco" e "infarto do miocárdio" são sinônimos.

Fisiopatologia: ateroma é o nome dado a uma placa de gordura, que é depositada nas paredes das artérias, interferindo na absorção dos nutrientes pelas células endoteliais que revestem a parede interna do vaso sanguíneo, causando obstrução do fluxo sanguíneo. Como consequência mais importante, relata-se a doença tromboembólica.

Manifestações clínicas: principal sintoma é a dor torácica persistente, caracterizada por início súbito sobre a região inferior do esterno e abdome superior, aumentando a intensidade gradativamente até tornar-se insuportável; pode irradiar para ombro e braço, geralmente

do lado esquerdo, e, muitas vezes, vem acompanhada de aceleração da respiração, palidez, sudorese fria e pegajosa, tontura, náusea e vômito e confusão mental. Os idosos apresentam, durante o processo de envelhecimento, uma circulação colateral bem desenvolvida no miocárdio, sendo, muitas vezes, poupados das complicações fatais do infarto.

Avaliação diagnóstica: levantamento da história da doença atual e progressa, realização de eletrocardiograma e exames laboratoriais de níveis séricos de enzimas e isoenzimas.

Tratamento: tem como objetivo reduzir a lesão miocárdica, que pode ser possível através do alívio da dor, repouso e prevenção de complicações, como arritmias fatais e choque cardiogênico. São utilizados, no tratamento medicamentoso, trombolíticos como estreptoquinase (para manter a função hemostática do corpo), ativador de plasminogênio tecidual (para evitar o risco de sangramento sistêmico) e anistreplase (trombolítico específico para coágulos). No entanto, apesar de todos esses medicamentos, somente terão os efeitos desejados e esperados se administrados dentro de seis horas após o início da dor torácica, isto é, antes de ocorrer necrose tecidual transmural.



Assimile

Insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e aterosclerose são fatores de risco para infarto agudo do miocárdio. Devem ser diagnosticados e tratados de maneira adequada, tanto do ponto de vista farmacológico como não farmacológico, pois somente desta forma será possível prevenir o infarto agudo do miocárdio e a letalidade.

O idoso, apesar de desenvolver circulação colateral, não está imune a sofrer um ataque cardíaco, pois devem ser avaliados os hábitos alimentares e o sedentarismo como fatores de risco.

BRONQUITE

É uma inflamação dos brônquios, isto é, canais que conduzem o ar inspirado até os alvéolos pulmonares; se instala, quando os cílios que revestem o interior dos brônquios param de eliminar o muco, secreção presente nas vias respiratórias. Esse acúmulo de secreção faz com que eles fiquem permanentemente inflamados e contraídos.

Pode ser aguda ou crônica e a diferença consiste na duração e agravamento das crises, que são mais curtas (uma ou duas semanas) na bronquite aguda, enquanto na crônica, não desaparecem, pioram pela manhã e se manifestam por três meses ou mais durante pelo menos dois anos consecutivos.

Geralmente é causada por vírus, porém, também pode ser causada por bactéria, por contato com poluentes ambientais e produtos químicos (poeira, inseticidas, tintas, ácaros etc.) e cigarro, maior causa de bronquite em idosos.

Bronquite crônica aumenta o risco de outras infecções respiratórias, particularmente o da pneumonia. É uma doença autolimitada, isto é, dura no máximo dez, quinze dias.

Sintomas: tosse é o principal sintoma da bronquite, na aguda pode ser seca ou produtiva. Já na crônica, é sempre produtiva, com expectoração clara no início, tornando-se amarelada e espessa com a evolução da doença. Outros sintomas incluem falta de ar e chiado.

Diagnóstico: deve ser levado em conta o histórico do paciente, sinais e sintomas, realizado exame físico com ausculta pulmonar; em alguns casos, pode ser solicitado exame de prova de função pulmonar ou espirometria como complementação diagnóstica.

Tratamento: como principal tratamento, podemos citar a suspensão do uso de tabaco. Também indicado uso de vaporizadores, hidratação, analgésicos, descongestionantes, evitar a exposição aos fatores de risco. Como medida de prevenção, é indicada a vacinação contra influenza e pneumocócica.

PNEUMONIA

Processo inflamatório do parênquima pulmonar causado por um agente infeccioso, é classificada de acordo com o seu agente causal, por exemplo: bacteriana, viral, fúngica, parasitária ou por *Mycoplasma* (agentes biológicos), ingestão de substâncias químicas ou inalação de corpo estranho. A pneumonia por radiação pode ocorrer após a exposição à radioterapia em tratamento de câncer.

Quando ocorre o comprometimento de um ou mais lobo pulmonar é denominada de pneumonia lobar; já quando apresenta

placas distribuídas pelos brônquios se estendendo até o parênquima pulmonar é chamada de broncopneumonia.

Como exemplo dos tipos de pneumonias bacterianas, bem como seu agente etiológico, podemos citar: pneumonia estreptocócica (*Streptococcus pneumoniae*), estafilocócica (*Staphylococcus aureus*), pneumonia por Klebsiella (*Klebsiella pneumoniae*), pseudomonas (*Pseudomonas aeruginosa*), por Haemophilus (*Haemophilus influenzae*), por Mycoplasma (*Mycoplasma pneumoniae*) e pneumonia não bacteriana: vírus influenza tipos A, B, C, H1N1.

PNEUMONIA BACTERIANA

Pneumonia causada por *Streptococcus pneumoniae* é a mais comum e prevalece no inverno e na primavera, quando a incidência de infecções do trato respiratório é maior e ocorrem em qualquer idade, porém, os idosos e as crianças são os grupos mais susceptíveis.

Fisiopatologia: ela cria problemas ventilatórios e de difusão; são causadas por uma reação inflamatória pelo agente patógeno nos alvéolos, produzindo exsudato, que, por sua vez, interfere com o movimento e a difusão do oxigênio e dióxido de carbono. Com isso, as áreas do pulmão não são adequadamente ventiladas devido à secreção, ao edema de mucosa e ao broncoespasmo.

Manifestação clínica: normalmente começa com quadro de calafrio, febre de elevação rápida e dor torácica agravada pela respiração e tosse. Com o agravamento do quadro, surgem os sintomas como taquipneia, roncos respiratórios, batimento de asa do nariz e utilização da musculatura acessória para respirar; frequência cardíaca aumentada (pulso cheio) causada, principalmente, pela elevação da temperatura (febre), bochechas ruborizadas, olhos brilhantes e lábios e leito ungueal cianótico. A dificuldade em respirar e realizar as trocas gasosas faz com que o paciente permaneça deitado com uma leve elevação do tronco; apresenta escarro purulento. Nos idosos, os sintomas desenvolvem-se de forma insidiosa e o escarro purulento é o único sinal de pneumonia, uma vez que já apresentam funções pulmonares gravemente comprometidas.

Avaliação diagnóstica: história clínica, principalmente relacionada à infecção recente no trato respiratório; exame físico; radiografia pulmonar e exame de escarro.

Tratamento: consiste na administração de antibiótico adequado conforme o agente patógeno; outra medida é o repouso no leito, pois qualquer esforço piora o processo de troca gasosa, que já está comprometida. Quando ocorre hipoxemia, faz-se necessário o suporte ventilatório com oxigênio, porém, deve-se atentar à patologia de base (daí a necessidade de levantar o histórico do paciente), pois em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) o aumento na quantidade de oxigênio ofertado agrava a ventilação alveolar, que já está comprometida, levando à descompensação respiratória.

Observação: o idoso é classificado como grupo de risco para aparecimento de agravos respiratórios, principalmente, ocasionados pela evolução do processo de envelhecimento. A pneumonia, normalmente, ocorre de forma espontânea, porém, é difícil de tratar e está associada à mortalidade mais elevada. Para reduzir ou evitar as graves consequências da pneumonia, o Ministério da Saúde implantou as campanhas de vacinação do idoso contra a gripe (influenza e pneumococo) para pessoas maiores de 60 anos, pacientes acamados em atendimento domiciliar, pacientes debilitados e com doenças cardiovasculares.



Refleta

A prevenção de doenças respiratórias é de suma importância, pois são fatores de risco alto para mortalidade em idosos devido a suas complicações. Quais estratégias poderíamos realizar para uma maior adesão às campanhas de vacinação dos idosos como mecanismo de prevenção de doenças?

ÚLCERA PÉPTICA

É uma escavação formada na parede da mucosa do estômago, piloro e duodeno ou esôfago, sendo denominada de úlcera gástrica, duodenal ou esofágica, conforme o local acometido. É causada por erosão na membrana mucosa, que pode se estender profundamente até as camadas musculares ou peritônio.

A etiologia é pouco compreendida, porém, ocorre somente na parte do trato gastrointestinal exposta ao ácido clorídrico e com maior frequência em idosos; afeta mais homens do que mulheres, apesar desse perfil estar se igualando com o passar dos anos. É importante

diferenciar a úlcera gástrica da duodenal para determinação do tratamento adequado e curativo.

Fisiopatologia: ocorre, principalmente, na mucosa gastroduodenal, pois ela é incapaz de suportar a ação digestiva do ácido clorídrico e da pepsina. A erosão é devido ao aumento na concentração ou atividade do ácido-pepsina ou diminuição na resistência normal da mucosa, incapacitando a secreção de quantidade suficiente de muco para a formação de barreira protetora contra o ácido clorídrico. Essa secreção ocorre em três fases: cefálica (psíquica), gástrica e intestinal, sendo que as fases interagem umas com as outras.

Como barreira da mucosa gástrica, entende-se: a barreira formada pela secreção de mucopolissacarídeo e mucoproteína, produzidas pela glândula mucosa. Esse muco tem a função de absorver a pepsina e proteger a mucosa do ácido; ela constitui a principal defesa do estômago e impede que ele seja digerido pelas suas próprias secreções.

Portanto, podemos dizer que existem duas maneiras de o indivíduo desenvolver úlcera péptica: por hipersecreção de ácido-pepsina e devido ao enfraquecimento da barreira mucosa gástrica.

Manifestação clínica: dor em sensação de queimação epigástrica e nas costas; pirose (hipersialorreia, azia) sensação de queimação no esôfago que desloca para a boca, causando um gosto amargo e, às vezes, eructação (arrotos); vômito, podendo ou não ser precedido de náusea, causado pelo espasmo muscular do piloro ou obstrução mecânica, acompanhado de dor intensa que alivia com a ejeção do conteúdo gástrico ácido, constipação e sangramento.

Avaliação diagnóstica: histórico pessoal, exame físico em relação à dor e à hipersensibilidade epigástrica ou distensão abdominal são importantes para iniciar a investigação de hipótese diagnóstica de úlcera péptica; como medida invasiva, deve ser realizada endoscopia digestiva alta, que permite a visualização direta da mucosa gástrica e duodenal; exames laboratoriais também são importantes para a conclusão diagnóstica.

Tratamento: como medidas de tratamento da doença, deve-se controlar as secreções gástricas, repousar e reduzir o estresse, suspender o uso de derivados do tabaco, dieta equilibrada e balanceada, fazer uso de antagonistas dos receptores de histamina, antiácidos e anticolinérgicos sempre após avaliação criteriosa médica.

CONSTIPAÇÃO

Refere-se à raridade anormal de defecação, endurecimento anormal das fezes, tornando sua eliminação difícil e dolorosa. Nas pessoas constipadas, a defecação é irregular e complicada, sendo que algumas pessoas podem apresentar diarreia líquida como resultado da irritação causada no cólon da massa fecal, com grande quantidade de muco, causando mudança da consistência de pastosa para endurecida. Pode ser causada por medicamentos (tranquilizantes, anticolinérgicos e narcóticos), distúrbios retais/anais (hemorroida ou fissura anal), obstrução (câncer de intestino), afecções metabólicas (diabete mellitus, esclerose múltipla), afecções endócrinas (hipotireoidismo, feocromocitoma), intoxicação pelo chumbo, distúrbios do tecido conjuntivo (esclerodermia, lúpus eritematoso, síndrome do intestino irritável e doença diverticular).

Manifestações clínicas: fraqueza, imobilidade, debilidade, fadiga e incapacidade de aumentar a pressão intra-abdominal para eliminação das fezes, como ocorre no enfisema. Pode resultar no uso crônico de laxativos, que acabam anulando a sensibilidade intestinal da necessidade de evacuar.

A população idosa apresenta constipação em uma proporção maior do que os jovens devido a diversos fatores. Por exemplo: próteses móveis dentárias desajustadas propiciam que o idoso engula o alimento sem uma mastigação efetiva ou, então, consomem alimentos processados que não contêm quantidade de fibras necessárias para formação do bolo fecal, redução da ingestão de líquidos, falta de exercício físicos e repouso prolongado por reduzir o tônus muscular.

Avaliação diagnóstica: exame clínico, enema, sigmoidoscopia ou colonoscopia e exames laboratoriais.

Tratamento: suspensão do uso excessivo de laxante, dieta rica em fibra, exercícios físicos. Também recomenda-se a adição de farelos na dieta dos idosos. Laxantes somente devem ser usados em último caso, sobre orientação e acompanhamento médico.



A sra. Joana, paciente residente na Casa de Repouso Santa Clara, 77 anos, queixou-se para a enfermeira Maria de cólica e dificuldade para ir ao banheiro. Ao exame físico, Maria constatou que a paciente apresentava distensão abdominal, fraqueza e dificuldade de se mobilizar devido à dor abdominal. Comunicou o médico imediatamente e foi diagnosticada com constipação. Como tratamento, foi sugerido aumentar a ingestão de líquidos e deambulação assistida, solicitou-se, também, avaliação da nutricionista com relação à dieta a ser oferecida à paciente.

CÂNCER DE ESTÔMAGO

Geralmente, ocorre no piloro e antro do estômago, denominada como adenocarcinoma. Como fator importante, pode ser citada a dieta rica em defumados, embutidos, alimentos processados e pobre em frutas e vegetais, isto é, fibras; inflamação crônica do estômago, anemia perniciosa aclorídrica, além da hereditariedade. O prognóstico é sombrio, devido à frequência de metástase.

Manifestações clínicas: normalmente os sintomas são indefinidos, pois ocorrem na pequena curvatura do estômago, onde as manifestações clínicas são imperceptíveis, ou parecidos com úlceras benignas, aliviadas com uso de antiácidos, porém, com a evolução da doença, podem aparecer sintomas, como indigestão, anorexia, dispneia, perda de peso, dor abdominal, constipação, anemia, náusea e vômito.

Avaliação diagnóstica: exame físico apresenta-se pouco útil, pois os tumores não são palpáveis inicialmente. Exame radiológico com deglutição de bário como contraste, seguida de endoscopia e biópsia são procedimentos diagnósticos habituais. Também deve ser realizado mapeamento, cintilografia, tomografia computadorizada, mapeamento ósseo (cintilografia óssea) e hepática.

Tratamento: não existe uma forma bem-sucedida, com exceção da retirada do tumor que pode possibilitar a cura do paciente; porém, se já houver metástase, a cura raramente poderá ser conseguida. Alguns procedimentos cirúrgicos podem ser realizados, porém, como medida paliativa. O tratamento quimioterápico também é utilizado como medida paliativa com intuito de desaceleração da proliferação de metástase em órgãos-alvo e prolongar a sobrevivência. A radioterapia apresenta pouco sucesso no câncer gástrico.

CÂNCER DE INTESTINO GROSSO (CÓLON E RETO)

Origina no revestimento epitelial do intestino. Pessoas com história de doença intestinal inflamatória ou pólipos são consideradas de alto risco; como sintomas, apresentam alterações nos hábitos intestinais, eliminação de sangue nas fezes, muco, dor retal/abdominal, tenesmo e sensação de esvaziamento incompleto, anemia, perda de peso e fadiga.

A incidência de carcinoma retal aumenta com o passar da idade; são considerados malignidade mais comum na idade avançada. Os idosos apresentam como sintomas: dor abdominal, obstrução, tenesmo e sangramento retal, deficiência de ferro pode causar anemia e sintomas como fadiga. Está intimamente relacionado com o padrão de dieta, pois o aumento da ingestão de gordura altera a flora bacteriana e transforma os esteroides em compostos com propriedades carcinogênicas. A avaliação diagnóstica consiste na mesma medida do câncer gástrico.

O tratamento de escolha é cirúrgico, porém, devem ser avaliadas as condições clínicas do idoso; hemicolectomia ou colectomia parcial são usualmente recomendadas no câncer de cólon, porém, quando o câncer se desenvolve no reto, muitas vezes a ressecção do tumor não resolve, sendo necessário fazer uma colostomia permanente (ressecção abdominoperineal). Como tratamento clínico, é indicada a radioterapia, como medida para melhorar os resultados cirúrgicos e reduzir o risco de recidiva. A irradiação intracavitária na área afetada, quando o tumor é inoperável, apresenta melhores resultados, quando a quimioterapia for associada ao procedimento cirúrgico.

SISTEMA HEMATOLÓGICO

ANEMIA

Indica, laboratorialmente, um número reduzido de hemácias e níveis de hemoglobina ou hematócitos inferior ao normal. Classificada como alteração fisiológica quando a contagem de hemoglobina é insuficiente para o transporte de oxigênio aos tecidos. Como causa mais comum, podemos citar a perda de sangue, deficiência de ferro e outros nutrientes, fatores hereditários e doenças crônicas.

A anemia é comum em pessoas idosas, sendo que, em geral, a

causa é inexplicável; considerada como parte do processo patológico relacionado ao envelhecimento, podendo apresentar efeitos graves na função cardiopulmonar, quando não tratada corretamente.

Vários fatores influenciam a intensidade e a presença de sintomas: velocidade de desenvolvimento da anemia; sua duração; necessidades metabólicas do paciente; presença de outras doenças ou deficiências e complicações especiais ou concomitantes da condição originária da anemia. Muitos distúrbios anêmicos podem mascarar por completo os sintomas da anemia, como no caso da anemia falciforme.

A avaliação diagnóstica consiste na realização de exames hematológicos, estudos de leucócitos, níveis séricos de ferro, folato, vitamina B12, plaquetopenia, tempo de sangramento, tempo de protrombina e tromboplastina parcial. Outros ainda incluem biópsia de medula óssea. O tratamento consiste na reversão da causa e a reposição do sangue perdido, caso haja indicação.

LEUCEMIA

Classificado como câncer hematopoiético, significa, literalmente, "sangue branco", devido à proliferação neoplásica de determinada célula (granulócitos, linfócitos, monócitos); tem como característica a proliferação ou o acúmulo desregulado de leucócitos na medula óssea, que substitui os elementos normais medulares. Também ocorrendo proliferação para outros órgãos, como fígado, baço, linfonodos, entre outros. Classificadas como mielocística aguda (afeta as células da matriz hematopoiética); mielocística crônica (câncer mieloide); linfocítica aguda (proliferação maligna de linfoblastos, mais comuns em crianças do sexo feminino) e leucemia linfocítica crônica (doença típica de pessoas idosas, mais comum em homens do que mulheres).

Com o processo de envelhecimento, ocorre um declínio gradativo no funcionamento dos processos fisiológicos, como redução na função imunológica, resultando afecções infecciosas. A falta de conhecimento dos idosos com relação às doenças hematológicas, causa uma demora no relato dos seus sintomas. A complicação da leucemia pode ser devastadora no idoso por redução das reservas hematológicas, além dos tratamentos apresentarem muitos efeitos negativos no seu padrão de saúde.

LINFOMA

Classificado em Hodgkin (patologia maligna com início no sistema linfático, afetando o linfonodo, principalmente). Como manifestação clínica, podemos citar: adenomegalia indolor, geralmente no pescoço, aumentando gradativamente de tamanho, prurido. Esses linfonodos no pescoço, em pouco tempo, "recrutam" outros linfonodos, como os contralaterais do pescoço, mediastino, retroperitônio, podendo causar compressão grave em traqueia, esôfago, nos nervos, causando paralisia laríngea e neuralgias traqueais, lombares e sacras, nas veias causam edemas de extremidades, derrame na pleura ou no peritônio, colédoco, causando icterícia obstrutiva, progredindo gradativamente e atingindo outros órgãos, agravando o quadro clínico do paciente.

O diagnóstico consiste na identificação dos aspectos histológicos característicos em linfonodos, isto é, define-se a presença ou a ausência de lesão tumoral dentro e fora do sistema linfático e nos órgãos e tecidos.

O tratamento consiste na radioterapia e na quimioterapia conjunta ou separadamente. Também é importante a realização do estadiamento da doença.

LINFOMA NÃO HODGKI

Grupo mais heterogêneo, definido como câncer linfático, cuja causa é desconhecida, sugerindo uma etiologia viral. Apresenta manifestações clínicas semelhantes ao Linfoma Hodgkin, porém, os pacientes apresentam doença generalizada dos linfonodos e gânglios. O tratamento é realizado pela irradiação, quando o tumor é localizado, porém, quando generalizado, deve-se optar pela quimioterapia.



Pesquise mais

Para ampliar seus conhecimentos, leia o material sobre Linfoma Não Hodgkin de Alto Grau - Revisão da Literatura. Disponível em: <www1.inca.gov.br/rbc/n_54/v02/pdf/revisao_5_pag_175a183.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Consiste na perda involuntária ou não controlada de urina na bexiga. Pode ser temporária, resultado de uma infecção urinária (cistite) ou resultado de condições neurológicas graves (paraplegia), sendo consideradas permanentes. Todas as faixas etárias são atingidas, porém, é mais comum no idoso devido a alterações causadas pelo processo de envelhecimento, apresenta maior incidência nas mulheres do que nos homens. Pode ser classificada como incontinência de esforço, onde ocorre perda involuntária decorrente do aumento súbito da pressão intra-abdominal, comum nas mulheres devido a procedimentos obstétricos; incontinência de urgência; incontinência de hiperfluxo, apresenta perda frequente e quase constante de urina da bexiga e insuficiência funcional, onde os fatores urinários estão preservados, porém, ocorre em pacientes que apresentam outros fatores, como deficiência cognitiva grave, a incapacidade de identificar a necessidade de urinar.

O tratamento depende dos fatores etiológicos, pode ser transitória ou reversível, em que tratada corretamente a causa básica, o padrão mictório retorna ao normal. A avaliação diagnóstica consiste na anamnese completa com descrição detalhada do problema e história de uso de medicamentos.

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU)

Causadas por microrganismos patogênicos no trato urinário, com ou sem sinais e sintomas. Pode ocorrer na bexiga, uretra, próstata ou rim; sendo o trato urinário estéril, os riscos para o desenvolvimento de infecção urinária se devem: à incapacidade de esvaziar a bexiga, à redução das defesas naturais do hospedeiro e à manipulação do trato urinário, por exemplo, na cateterização urinária.

Infecção urinária em mulheres: devido à anatomia das mulheres, a incidência é muito grande, pois apresentam uretra mais curta, proximidade com a vagina, glândulas periuretrais e reto. Por exemplo, uma infecção vaginal pode causar facilmente infecção urinária devido à proximidade das estruturas, dessa forma, o microrganismo migra para a bexiga, se alojando e multiplicando. A atrofia do epitélio uretral, com o envelhecimento, diminui a força do jato urinário, reduzindo a eficácia da eliminação da bactéria com a urina.

Infecção urinária em homens: devido ao comprimento da uretra, sua distância em relação ao reto e as propriedades bactericidas do líquido prostático geralmente protegem o homem de infecção no trato urinário. No entanto, quando aparecem, são consideradas complicadas, infecção prostática, cálculo renal ou doenças sistêmicas são alertas para investigação urológica.

Sem medo de errar

Para o exercício profissional da enfermagem, é importante termos conhecimento das principais patologias que acometem o idoso, como: manifestações clínicas, sinais e sintomas e tratamentos não medicamentosos. Dessa forma, será possível elaborarmos um plano de cuidados individualizados para o idoso, servindo como norte para as ações e os cuidados de enfermagem realizados pelo enfermeiro e equipe de enfermagem.

Como maneira de padronização das ações, é necessário que a enfermeira responsável pela unidade gerontológica elabore um Manual de Boas Práticas de Enfermagem na Saúde do Idoso. Nele deve conter: normas e rotinas da instituição albergante do idoso, técnicas de enfermagem com relação, por exemplo, a banho de aspersão, banho de imersão, banho no leito; técnicas para realização de curativos; técnicas de verificação de pressão arterial, temperatura, batimentos cardíacos, isto é, todas as técnicas necessárias para realizar uma assistência de enfermagem qualificada, propiciando um bem-estar físico e psicológico, oferecendo uma melhor qualidade de vida ao idoso.

Avançando na prática

Infarto agudo do miocárdio

Descrição da situação-problema

Um paciente com 65 anos deu entrada no Pronto-Socorro da Santa Casa de Paulínia, referindo dor no peito intensa há uma hora, irradiando para o braço esquerdo. Imediatamente foi encaminhado à sala de emergência e acionada a equipe médica. Ao avaliar o

paciente, constataram que apresentava taquipneia, palidez e sudorese intensa e iniciando com alteração de nível de consciência. Imediatamente foi monitorado, realizado eletrocardiograma e iniciadas manobras para estabilização do quadro.

Com relação ao quadro apresentado, qual a hipótese diagnóstica mais provável que o paciente apresentava?

Qual a conduta que a equipe deve tomar para reverter o quadro e estabilizar o paciente?

Resolução da situação-problema

Dor no peito irradiando ao lado esquerdo, palidez, sudorese intensa, taquipneia e alteração de nível de consciência são manifestações clínicas de infarto agudo do miocárdio.

O tratamento para IAM consiste na infusão de medicamento trombolítico, suporte de oxigênio para melhorar o esforço respiratório e, conseqüentemente, poupar a musculatura cardíaca. O paciente deve ser encaminhado para acompanhamento na unidade de terapia intensiva e monitorado até a realização de cateterismo cardíaco.

Faça valer a pena

1. Dona Antônia, 75 anos, internada na Casa de Repouso Saúde e Vida, iniciou com quadro de febre alta, dor abdominal e dificuldade para urinar. A enfermeira de plantão entrou em contato com o médico responsável pela instituição, passando o quadro clínico e foi orientada a controlar a temperatura com medicação antitérmica, estimular a ingestão líquida imediatamente, pois estava a caminho da clínica. Dr. Paulo, ao chegar, iniciou com antibioticoterapia por 15 dias, sendo a primeira dose intramuscular e as demais por via oral.

Conforme o quadro apresentado, podemos dizer que a paciente estava com quadro de?

- a) Infecção respiratória aguda.
- b) Infecção de trato urinário.
- c) Incontinência urinária.
- d) Desidratação severa.
- e) Infarto agudo do miocárdio.

2. O sr. Marcos, 80 anos, ao procurar seu médico geriatra, apresentava-se descorado, com discreta alteração nos batimentos cardíacos e demora na perfusão tissular. O médico suspeitou que ele deveria estar apresentando um quadro hematológico. Solicitou, imediatamente, exames laboratoriais com hemograma, dosagem de ferro sérico, ferritina, vitamina B12 e no pedido escreveu "URGENTE". Orientou o Sr. Marcos a retornar imediatamente ao consultório tão logo o exame estivesse pronto para iniciar o tratamento.

Assinale a alternativa que indique o diagnóstico do paciente:

- a) Hipertensão arterial sistêmica.
- b) Leucemia.
- c) Linfoma.
- d) Anemia.
- e) Diabetes Mellitus.

3. A sra. Joana, idosa de 70 anos, chegou à unidade de pronto atendimento referindo dor em sensação de queimação epigástrica e nas costas; pirose, sensação de queimação no esôfago que desloca para a boca, causando um gosto amargo, arroto constante e náusea. Ao ser examinada no consultório de pré-consulta e avaliação de risco pelo enfermeiro André, constatou que além dos sintomas relatados, ainda apresentava ruídos hidroaéreos e motilidade gastrointestinal aumentada. Comunicou ao médico o quadro da paciente e a encaminhou ao setor de observação para iniciar a medicação para melhora dos sintomas.

Assinale a alternativa que representa a hipótese diagnóstica correta:

- a) Gastrite esofagiana.
- b) Úlcera duodenal.
- c) Úlcera péptica.
- d) Gastrite pilórica.
- e) Úlcera gástrica.

Seção 3.2

Fisiopatologia dos sistemas: nervoso, endócrino, reumatológico, ósseo e sensitivo

Diálogo aberto

Paciente masculino, 65 anos, branco, natural e residente em Caxias do Sul, casado, aposentado, chegou à emergência do Hospital Municipal da cidade com queixa de falta de força do lado direito e fala arrastada. Ao passar pelo setor de Acolhimento e Avaliação de Risco, a esposa relata que, naquela manhã, por volta das 10h30min, foi acordada por seu esposo, referindo dificuldade para movimentar o lado direito ao acordar para ir ao banheiro. Neste instante, observou que ele estava falando de forma enrolada, não conseguia ficar em pé sozinho e necessitava de apoio para caminhar. Ele referiu à esposa uma diminuição da força do braço e mão direita, deixando cair objetos e ela observou que a boca estava puxada para o lado esquerdo. A enfermeira questionou se tinha alguma outra queixa e ele referiu estar com uma cefaleia de leve intensidade; ela encaminhou-o à sala de urgência e passou o caso ao médico de plantão.

Conforme o relato da enfermeira, podemos afirmar que o paciente apresenta sinais e sintomas de acidente vascular encefálico (AVE)?

Em caso afirmativo, quais as manifestações clínicas e avaliação diagnóstica para o AVE?

Não pode faltar

Nesta unidade, estudaremos as principais fisiopatologias relacionadas aos sistemas: neurológico, endócrino, reumatológico, ósseo e sensitivo.

Iniciaremos nossos estudos falando sobre as fisiopatologias do sistema neurológico e suas principais doenças.

SISTEMA NEUROLÓGICO

Na fase da senescência, as doenças neuropsicológicas, principalmente as que apresentam déficit cognitivo, alteração de memória, raciocínio, sono, episódios de confusão e alterações nas atividades de vida diária, apresentam sinais sugestivos de sintomas de demência e quadros depressivos.

Nos idosos, essas alterações são comuns, assim como os distúrbios de visão e audição, que causam comprometimento na autonomia do indivíduo, tornando-o dependente. Como principais processos neurodegenerativos, podemos citar: doença de Alzheimer, doença de Parkinson, acidente vascular encefálico e demência vascular.

DEMÊNCIA VASCULAR (DV)

Caracterizada como conjunto de fatores heterogêneos (vasculares e mudanças cerebrais), apresentando início abrupto, normalmente após uma alteração do sistema vascular e alteração do déficit cognitivo. Classificado como o segundo tipo mais comum de demência, ficando atrás da doença de Alzheimer. Ocorrem alterações multifatoriais, observando-se maiores déficits quando realizados testes de movimentos repetitivos que dependam da velocidade motora.

Normalmente, inicia após os 65 anos de idade. No sistema nervoso, o volume cerebral começa a diminuir, os vasos sanguíneos cerebrais apresentam espessamento da parede interna, ocorre redução da densidade sináptica e morte de neurônios.

Como sinais e sintomas, podemos relatar: comprometimento da memória, afasia, agnosia, apraxia, dificuldade para planejar e executar uma ideia. São classificados de acordo com a manifestação clínica em: cortical, onde o indivíduo apresenta amnésia, afasia, agnosia ou apraxia e subcortical, caracterizado por bradifrenia e distúrbios da atenção e motivação. Com relação à causa, pode ser denominada de primária, classificada como demência degenerativa sem causa conhecida, e secundária, isto é, secundária a alguma causa conhecida, como neoplasia intracraniana, doenças infecciosas ou decorrentes de hematomas subdurais.

O diagnóstico, normalmente, é realizado através de testes mentais, teste de avaliação cognitiva (TAC), ressonância magnética e exames

laboratoriais bioquímicos, como dosagem de VDRL, vitamina B12, ácido fólico, TSH e T4 livre.

A prevenção de novos episódios cerebrovasculares é a base do tratamento dos pacientes com DV. O uso criterioso de drogas psiquiátricas, uma abordagem neurocognitiva dirigida aos déficits de cada paciente e a estruturação do ambiente para reduzir demandas desnecessárias e cansaço, são importantes medidas complementares, mas deixam grande margem para otimização do tratamento.

ALZHEIMER

Descrita inicialmente em 1906 por Alois Alzheimer, classificada como uma doença neurodegenerativa, que acarreta alteração do funcionamento cognitivo (linguagem, memória, planejamento e habilidades visuoespaciais) e comportamentais (apatia, agitação, agressividade, delírios, entre outros), que causam limitações progressivas no indivíduo em realizar atividades básicas da vida diária.

Como manifestações clínicas iniciais, podemos citar: comprometimento da memória recente (desorientação de tempo e espaço); alterações de linguagem, como diminuição da fluência; apraxia e desorientação visuoespacial; presença de reflexos primitivos (preensão, sucção); apraxia de marcha (presença de lesão em lobo frontal cerebral), apresentando passos curtos, lentos e arrastados.

Como manifestações tardias: sintomas depressivos; delírios e alucinações (principalmente visuais); alterações da personalidade (apatia de desinteresse); alterações de comportamento (agressão física, verbal, agitação psicomotora); perda da capacidade de relacionamento social (ocorrendo isolamento social) e mutismo, incontinência e restrição ao leito (manifestações em estágios mais avançados).

Como neuropatia, podemos relacionar à deficiência colinérgica (perda de neurônios colinérgicos e degeneração do núcleo basal de Meynert), à placa neurítica e ao emaranhado neurofibrilares.

Com relação ao tratamento, consiste em intervenção farmacológica com uso, comumente, de duas classes de medicamentos: primeiro atua no aumento da função do neurotransmissor acetilcolina no

cérebro e o segundo age sobre o neurotransmissor glutamato. Já o tratamento não medicamentoso consiste em acompanhamento psicológico, fisioterapia motora, terapia ocupacional e fonoaudiologia.



Pesquise mais

Para ampliar seus conhecimentos, leia: *Doença de Alzheimer*, Marília de Arruda Cardoso Smith.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000600003>. Acesso em: 15 jul. 2017.

DOENÇA DE PARKINSON

Caracterizada como doença degenerativa do sistema nervoso central, crônica e progressiva. A principal causa é a diminuição da produção de dopamina (neurotransmissor), que ajuda a realização dos movimentos voluntários do corpo de forma automática. A falta da dopamina, particularmente na substância negra da região encefálica, causa perda do controle motor do indivíduo. Com o envelhecimento, o indivíduo apresenta morte progressiva de células nervosas, as quais são produtoras de dopamina. Com essa perda progressiva, o indivíduo fica susceptível a apresentar sintomas da falta deste neurotransmissor.

Com relação aos sintomas, basicamente, é composto por quatro sinais indicativos do desenvolvimento da doença: tremores, acinesia ou bradicinesia (lentidão e quase ausência de movimentos voluntários), rigidez (principalmente musculares nas articulações) e instabilidade postural (perda de equilíbrio, ocorrendo quedas frequentes). Não é necessário que todos os sintomas estejam presentes para fechar o diagnóstico, isto é, dois ou mais sintomas já podem determinar o início da doença. O conjunto de sintomas neurológicos denomina o quadro de síndrome parkinsoniana. Ela instala de forma lenta e progressiva, primeiramente, os sintomas iniciam apenas de um lado do corpo, sendo o tremor, presente no repouso, como a característica mais marcante.

Com relação ao diagnóstico, ele é basicamente realizado através do quadro clínico do paciente, porém, pode ser associado a exames complementares, como tomografia computadorizada ou ressonância magnética cerebral.

O tratamento consiste em terapia medicamentosa, com a finalidade de tratar os sinais e os sintomas, onde os medicamentos têm o propósito de repor a dopamina no organismo do paciente, melhorando os sintomas. Outra forma de tratamento, porém, utilizada somente quando todas as tentativas medicamentosas não surtiram resultado, é um procedimento cirúrgico, que deve ser avaliado caso a caso. São chamados de Palidotomia (lesão no núcleo pálido interno) ou Talamotomia (lesão no tálamo ventral-lateral), que são estruturas envolvidas no mecanismo da rigidez e tremor. Neurologistas utilizam também a implantação de marca-passo cerebral com o objetivo de estimular profundamente o cérebro e reduzir o tremor, porém, no Brasil, essa técnica é pouco utilizada.

Com relação ao tratamento não medicamentoso, o paciente pode ser assistido pelo fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e nutricionista, com o intuito de reduzir o prejuízo funcional ocasionado pela doença, possibilitando, desta forma, uma maior independência e, conseqüentemente, qualidade de vida.

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Consiste na alteração do fluxo sanguíneo cerebral e é responsável pela morte de células nervosas na região cerebral atingida. Pode ser originado de uma obstrução de vaso sanguíneo (AVE isquêmico) ou ruptura do vaso (AVE hemorrágico).

- AVE isquêmico: entupimento de vasos cerebrais causado por trombos (trombose), onde ocorre a formação de placas ateromatosas no seu interior ou por embolia, causada por deslocamento de trombo ou placa de outra região do corpo (normalmente carótida) para o cérebro.

- AVE hemorrágico: rompimento do vaso sanguíneo cerebral, causando aumento da pressão intracraniana (também chamado de hemorragia cerebral) e apresentando altos índices de mortalidade.

A literatura também descreve o Ataque Isquêmico Transitório (AIT), caracterizado por uma obstrução temporária do vaso sanguíneo em uma determinada área cerebral; normalmente ocorre devido ao acúmulo de plaquetas agregadas em placas na parede do vaso. Os sintomas são os mesmos do AVE isquêmico, porém, com duração

rápida e reversível, servindo como alerta para possível desordem a nível cerebral, que requer diagnóstico e tratamento precoce para não tornar uma AVE, propriamente dito.

Como manifestações clínicas, podemos citar: cefaleia intensa e de instalação súbita, podendo ou não ser acompanhado por vômito; fraqueza ou dormência na face, braços e pernas, acometendo inicialmente um lado do corpo; paralisia; perda ou dificuldade súbita da fala e da visão em um ou ambos os olhos; tontura; perda de equilíbrio e coordenação de movimentos. Já no AVE hemorrágico, ocorre rebaixamento de nível de consciência e coma.

O diagnóstico é realizado a nível hospitalar, através de exames laboratoriais, eletrocardiograma, tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética.

O tratamento deve ser iniciado o quanto antes, para aumentar as chances de sobrevivência. Devemos ter em mente que o AVE é uma emergência médica e quanto mais precoce o diagnóstico e o tratamento, melhor é o prognóstico do paciente. O tratamento consiste na infusão de trombolíticos, com o intuito de restaurar o fluxo sanguíneo cerebral ou neurocirurgia para AVE hemorrágico.

SISTEMA ENDÓCRINO

As mudanças no sistema endócrino durante o envelhecimento envolvem alterações no pâncreas e tireoides, principalmente. Com o envelhecimento, a produção e a clearance de tiroxina, triiodotironina, calcitonina e hormônio paratireoide interferem diretamente no funcionamento da tireoide, causando hipotireoidismo ou hipertireoidismo. Já a insulina (hormônio) produzida no pâncreas pode estar aumentada, diminuída ou bloqueada, causando desequilíbrio entre glicose e insulina e, conseqüentemente, hipoglicemia ou hiperglicemia.

DIABETES MELLITUS

É uma doença crônica, em que o pâncreas não produz insulina ou não consegue empregar adequadamente a insulina que produz no processo de metabolização da glicose.

No diabetes, ocorre uma diminuição da capacidade do corpo em responder à insulina, causando alteração no metabolismo de carboidrato, proteína e gordura; como resultado, temos a hipoglicemia, que causa complicações metabólicas, como cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar não cetótica e o idoso passa a apresentar, a longo prazo, distúrbios visuais, renais e neuropatias.

As literaturas classificam a diabetes em dois tipos principais: tipo I (insulinodependente) e tipo II (não insulinodependente), porém, o indivíduo pode apresentar diabetes associada a outras patologias ou síndromes e também durante a gestação, denominada de diabetes gestacional (não presente no idoso).

No ponto de vista epidemiológico, prevalece no idoso a diabetes tipo II, classificada como a maior causadora de cegueira e amputação traumática. A relação entre insulina-glucagon se baseia no equilíbrio desses hormônios com a finalidade de equilibrar a quantidade de glicose circulante no sangue.

DIABETES TIPO I

Normalmente, não acomete o idoso maior de 65 anos. Ocorre a diminuição de insulina produzida no pâncreas, causando aumento da glicose circulante, mesmo em jejum. Quando os índices glicêmicos estão elevados, ocorre sobrecarga renal, causando eliminação, na urina, de glicose e eletrólitos, tendo como resultado aumento do volume urinário (poliúria) ou sede intensa (polidipsia).

Pacientes apresentam perda de peso devido ao distúrbio metabólico de proteínas e gorduras, além de fadiga e fraqueza; normalmente, tem início abrupto antes dos 30 anos e perdura pela vida toda. O tratamento consiste na reposição de insulina.

DIABETES TIPO II

Caracterizada por dois problemas relacionados à insulina: resistência e secreção deficiente. Ocorre em pacientes maiores de 30 anos e com frequência no idoso maior de 65 anos. O paciente apresenta nível elevado de glicose sanguínea e baixo de insulina secretado pelo pâncreas. Como sintomas, os pacientes relatam: fadiga,

irritabilidade, poliúria, polifagia, polidipsia, feridas, principalmente em membros inferiores com lenta cicatrização, infecção vaginal nas mulheres, visão turva e obesidade.

A avaliação diagnóstica é realizada através de exames laboratoriais como: curva glicêmica, dosagem de glicemia de jejum e pós-prandial e teste de tolerância à glicose. O tratamento tem como objetivo principal normalizar a atividade da insulina e níveis glicêmicos, evitando, desta forma, o desenvolvimento de complicações vasculares e neuropáticas.

Cinco componentes são essenciais para o tratamento da diabetes: dieta, exercício físico, monitoramento, medicação (conforme indicação médica) e educação em saúde (do paciente e família). Para o diabetes tipo 1, o uso contínuo de insulina é imprescindível, uma vez que o pâncreas ou não produz ou produz em quantidade insuficiente.

Com relação às complicações, temos: cetoacidose diabética, síndrome hiperosmolar não cetótica, hipoglicemia ou hiperglicemia, doenças macrovasculares, retinopatia diabética, nefropatia e neuropatias periféricas em membros inferiores, com sinais como perda da sensação de dor e pressão no local afetado, doença vascular periférica, alteração na circulação sanguínea nas extremidades inferiores e imunocomprometimento, em que a hiperglicemia altera a função dos leucócitos no combate às bactérias, ficando o indivíduo suscetível à infecção.



Refleta

Observa-se, na população idosa, o fator de risco - obesidade - como um vilão para o Diabetes Mellitus tipo 2, principalmente no idoso institucionalizado. Como poderia ser melhorada a qualidade de vida do idoso diabético em instituição de longa permanência para idosos?

DESIDRATAÇÃO

Ocorre no idoso em função da diminuição da percepção de sede e baixa ingestão de líquidos. Definida como uma forma de má nutrição, constituindo em graves problemas de saúde ao idoso, principalmente os maiores de 85 anos, devido à redução do volume total de água no corpo, caracterizada por distúrbio hidroeletrolítico.

O diagnóstico é realizado através do exame clínico (diminuição da produção de suor, mucosa oral seca, redução da elasticidade da pele, alteração do estado de consciência e urina com cor e odor intenso) e laboratoriais (resultado de osmolaridade sérica, sódio, ureia e creatinina elevados).

Como consequência, o idoso desidratado tem risco aumentado de morbidade e mortalidade. Sinais e sintomas apresentados são: perda da capacidade de memória; cansaço físico e mental; alteração de cor e odor da urina; aumento de câimbra muscular; hipotensão ortostática; alterações visuais e auditivas; diminuição da urina excretada; desidratação da pele; secura na boca e axilas; perda acentuada de peso; hipotonia do globo ocular; constipação; náusea, vômito; taquicardia; cefaleia e hipertensão.

O tratamento consiste, basicamente, em estimular a ingestão hídrica diária e controle de balanço hídrico com a oferta de líquidos. Em casos mais graves, a reposição deverá ser realizada em infusão endovenosa, em serviços de saúde, conforme prescrição médica.

ALTERAÇÕES DE TIREOIDE

Tireoide é classificada como uma glândula em formato de borboleta, situada no pescoço, anterior à traqueia. Consiste em dois lobos laterais conectados por um istmo e produz três hormônios: tiroxina (T4), triiodotironina (T3) e calcitonina, que tem como função controlar a atividade metabólica celular, servindo como marca-passo geral, acelerando os processos metabólicos. Já a calcitonina é secretada pela tireoide em resposta a altos níveis plasmáticos de cálcio, que reduz os níveis de cálcio nos ossos.

HIPOTIROIDISMO

É uma condição de lenta progressão do hipofuncionamento tireoidiano, sugestivo de insuficiência tireoidiana. Classificado como primário, causado pela própria tireoide; secundário, causado por insuficiência da hipófise, e terciário, causado por insuficiência do hipotálamo.

Os sintomas iniciais são inespecíficos, aparecendo manifestações,

como fadiga excessiva, queixa de perda de cabelo, unhas frágeis, pele seca, dormência e formigamento nos dedos, ocasionalmente, pode apresentar voz rouca e distúrbios menstruais (nas mulheres jovens). Em casos mais graves: pulso e temperatura subnormais, aumento de peso, pele espessa, cabelos finos e apresentando queda, face sem expressão e sensação de frio constante. Com a progressão da doença podem aparecer processos mentais, como apatia, fala lenta, surdez e transtorno de personalidade.

O tratamento consiste em administração de medicamentos para reposição do hormônio ausente, sendo a dosagem baseada de acordo com a concentração sérica do TSH.

HIPERTIROIDISMO

Também denominado de “bócio endêmico”, tem etiologia desconhecida, porém, caracterizada pela excessiva eliminação de hormônio tireoidiano devido a uma estimulação anormal da glândula tireoide, causada por imunoglobulinas circulantes.

As manifestações clínicas são: nervosismo, irritabilidade e apreensão no aspecto emocional, palpitação, pulso acelerado, mesmo em repouso, pele com rubor constante, excesso de calor e transpiração constante, tremor das mãos, exoftalmia, aumento do apetite, perda de peso, fadiga, fraqueza muscular, até insuficiência cardíaca como forma mais grave.

O diagnóstico é realizado pelo exame clínico do paciente e dosagens laboratoriais de T3 e T4 livre. Com relação ao tratamento, a literatura descreve três formas: farmacoterapia, com uso de drogas antitireoidianas, irradiação, envolvendo a administração de radioisótopo I^{131} ou I^{125} com efeito destrutivo da tireoide e cirurgia de remoção da maior parte da tireoide. No idoso, o procedimento cirúrgico deve ser criteriosamente avaliado e evitado, a menos que a glândula esteja comprimindo a traqueia.

OBESIDADE

O envelhecimento altera a composição corporal em relação à massa magra, massa gorda, peso e índice de massa corporal (IMC).

Também é observada a redução da quantidade de água corporal, massa muscular e óssea, causadas por alterações neuroendócrinas e inatividade física.

Observa-se, no idoso, maior acúmulo de gordura na faixa abdominal (visceral), coxa e nádegas em mulheres, causada por processo inflamatório sistêmico de grau baixo, que leva à perda de massa magra, à redução da função imunológica, ao declínio cognitivo, à aterosclerose e à resistência à insulina.

Essas alterações apresentam importância clínica na funcionalidade do idoso, pois a redução muscular e o aumento de gordura corporal causam limitações de mobilidade, fragilidade, perda de autonomia, piora da qualidade de vida e aumento da mortalidade. A avaliação da composição corporal é realizada através da bioimpedância, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. Com relação às complicações clínicas, ocorre resistência à insulina, anormalidade na metabolização de lipídeos, alterações hormonais e inflamações crônicas, além de estarem associadas a quadros de hipertensão, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, síndrome da apneia do sono e osteoartrite.

O tratamento consiste na combinação de dietas balanceadas, elaboradas por nutricionista, exercício físico e mudanças de comportamento, isto é, vida ativa. Em alguns casos, são introduzidos medicamentos ou mesmo cirurgia de redução de estômago, porém, deve ser avaliado o risco-benefício para o paciente.

DOENÇAS REUMÁTICAS

Atingem o indivíduo em todas as faixas etárias, porém, apresentam implicações especiais no adulto idoso. A frequência, o padrão de início, os aspectos clínicos, a gravidade e o impacto na função, são diferentes no idoso quando comparados com adultos menores de 50 anos.

ARTRITE REUMATOIDE

Doença crônica, sistêmica e progressiva do tecido conjuntivo, caracterizada como distúrbio inflamatório que afeta a membrana

sinovial das articulações, causando dor articular, rigidez, menor mobilidade e fadiga.

O quadro clínico inclui: dor, edema, calor, hiperemia e ausência de função na articulação, presença de tecido esponjoso na palpação das juntas, tumefação, líquido nas articulações inflamadas. Tem início nas juntas em mãos, punhos e pés, progredindo para ombro, joelho, quadril, cotovelo, tornozelo e coluna cervical.

O idoso apresenta rigidez articular, principalmente pela manhã, com duração de aproximadamente 30 minutos. Devido à dor, ele tende a proteger a área acometida, imobilizando ou evitando o movimento articular, podendo causar contratura e deformidade do tecido mole.

A avaliação diagnóstica baseia-se na história clínica, exame físico e estudo diagnóstico através de exames laboratoriais com pesquisa de fator reumatoide, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR) e radiodiagnóstico.

Para o tratamento, deve ser realizado de forma multidisciplinar, com o objetivo da redução ou supressão do processo inflamatório, estabelecer aumento do conforto, diminuição dos efeitos colaterais indesejáveis, preservar a função articular e dos músculos e retorno às atividades normais de vida.

OSTEOPOROSE

Caracterizada por uma condição metabólica, com diminuição progressiva da densidade óssea e aumento do risco de fratura. Os fatores de risco são: histórico familiar, deficiência na produção de hormônio, uso de medicamentos, como cortisona e heparina, deficiência de cálcio e vitamina D, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool, doenças reumatológicas, endócrinas e hepáticas.

Tem início silencioso e os sintomas aparecem em fase avançada da doença (quando ocorre fratura de um osso poroso e fraco). As lesões mais comuns são: fratura de vértebra, colo de fêmur, punho e costela.

O diagnóstico mais indicado é a densitometria óssea, que possibilita medir a densidade mineral do osso. O tratamento tem por

finalidade manter a função da área afetada. São utilizados fármacos, fisioterapia, avaliação nutricional, dieta equilibrada e exercício físico assistido.

FRATURAS ORTOPÉDICAS NOS IDOSOS

As fraturas são causadas mais comumente em idosos e considerada a maior causa de morbimortalidade no idoso. É uma ferida na continuidade óssea, definida de acordo com o tipo e a extensão. Pode ser causada por golpe direto, força de esmagamento, movimento rotacional do músculo ou contratura muscular extrema. Outras estruturas também podem estar envolvidas, resultando em edema de tecidos moles, hemorragia no músculo e articulação, luxação articular e ruptura de tendão e nervo causados pela fratura.

No idoso, a maior parte das fraturas é resultado de lesões de baixo impacto e envolve ossos enfraquecidos pela osteoporose ou outros processos patológicos. As quedas são as causas mais comuns de fratura em quadril, fêmur, úmero e rádio. As condições clínicas dos idosos propiciam um índice elevado de queda; como condições básicas, podemos citar: comprometimento visual, doenças neurológicas, artrite e uso de medicamentos.

Manifestações clínicas são: dor, perda da função, movimentos em falso, deformidades, encurtamentos, crepitações, tumefação local e coloração anormal. O diagnóstico consiste no exame físico, queixa clínica e exame radiológico.

O tratamento clínico mais utilizado consiste na compressão da fisiologia no reparo ósseo. A solidificação da fratura ocorre em três fases distintas: inflamação, reparo e remodelação. O tratamento médico utilizado no idoso é do tipo conservador, isto é, redução da fratura, imobilização, cirurgia e reabilitação da função; para melhora da dor, deve ser utilizada farmacoterapia e, posteriormente, a fisioterapia na área lesionada, com o objetivo de reabilitação.



Exemplificando

O paciente Antônio, 75 anos, procurou um médico ortopedista com queixa de dificuldade para movimentar o braço direito, dor intensa e diminuição da sensibilidade nos dedos. Relatou também ter escorregado

durante o banho, batendo o cotovelo no registro do chuveiro.

Ao examinar clinicamente o paciente, o médico suspeitou de fratura de rádio, mas, durante a palpação da articulação, suspeitou que poderia existir um processo de osteoporose. Solicitou então um raio X, que confirmou a suspeita de fratura e também a imagem de osteoporose.

Como tratamento, colocou uma tala, que permaneceria inicialmente por três semanas e prescreveu medicamentos analgésicos.

DOENÇAS OCULARES

À medida que o indivíduo se torna mais velho, a visão fica menos eficiente, decorrente da esclerose do esfíncter pupilar, que reage menos à luz, resultando em diminuição do seu tamanho. O cristalino fica mais opaco e o campo visual diminui, tornando mais difícil a visão periférica.

CATARATA

É uma opacificação do cristalino, que normalmente é claro, geralmente resultado do envelhecimento ou outras comorbidades. As manifestações clínicas são: olhar sem objetivo, visão anuviada ou turva, distorção de imagem, visão noturna prejudicada, pupilas amareladas, acinzentadas ou totalmente brancas. De modo geral, desenvolve-se gradualmente durante um período de anos e, à medida que progride, os óculos mais fortes não conseguem mais corrigir a visão.

A avaliação diagnóstica deve ser realizada por médico especialista, oftalmologista, através de testes oculares, ceratometria e exame com lâmpada em fenda e oftalmoscopia, porém, também pode ser solicitado cintilografia por ultrassom e contagem de células endoteliais.

O tratamento é cirúrgico, exclusivamente, porém, com métodos convencionais, isto é, os procedimentos a laser não corrigem a catarata. A técnica consiste na extração intracapsular e extracapsular. Realizado frequentemente em idosos tanto em serviços hospitalares como ambulatoriais.

GLAUCOMA

Doença oftálmica crônica, com evolução lenta e indolor, onde o líquido que preenche o olho (humor aquoso) é produzido em excesso ou não drenado adequadamente, acumula-se no olho causando aumento da pressão intraocular, podendo causar lesão ocular. São classificados em três tipos: primário tipo 1, não frequente no idoso, é crônico e de ângulo aberto, e tipo 2, é agudo ou crônico de ângulo fechado; secundário, resultado de doença ocular preexistente, como uveíte, tumor intraocular ou catarata, pode surgir por uso prolongado de corticosteroide, principalmente tópico e aumento da pressão ocular, e absoluto, isto é, o último estágio de qualquer glaucoma não tratado, que pode causar cegueira total.

Os sintomas são alarmantes, que levam o idoso logo a suspeitar de uma doença grave e consiste em: dor de cabeça leve e intensa; redução súbita da visão, visão turva, formação de aros de luz e perda total da visão. O diagnóstico, normalmente, é realizado quando a doença já está em curso.

O diagnóstico consiste nas seguintes avaliações: acuidade visual, exame de pupila, aferição de pressão intraocular, campimetria, biomicroscopia, avaliação do nervo óptico, gonioscopia, paquimetria ultrassônica e retinografia colorida estereoscópica.

Já o tratamento pode ser realizado de duas maneiras: medicamentoso, através de aplicação de colírios tópicos que atuam diretamente no olho diminuindo a pressão ocular, e procedimento cirúrgico, que pode ser realizado pela cirurgia convencional ou laser, com o objetivo de drenar o humor aquoso acumulado e melhorar a visão.

DOENÇA AUDITIVA

O ouvido é um órgão sensitivo, com duas funções complexas: a audição e a manutenção do equilíbrio.

TAMPÃO DE CERA

Também chamado de “cerúmen do canal auditivo”, caracterizado pelo acúmulo de cera no canal auditivo, que, muitas vezes, necessitam

ser removidos em decorrência de otalgia (dor de ouvido), vertigem, déficit auditivo e sensação de “ouvido cheio”. Muito comum em pacientes geriátricos e o tratamento consiste na remoção da cera por irrigação ou através de instrumentos de sucção. A principal escolha é para a remoção da cera por irrigação, caso não haja história de perfuração da membrana timpânica. Caso a irrigação não obtenha sucesso total, pode ser realizada a remoção mecânica sob supervisão direta, porém, o paciente deve cooperar com o procedimento.

PRESBIACUSIA

Também denominada de “surdez do idoso” é a principal causa de isolamento social. A surdez e o envelhecimento natural resultam em uma somatória de alterações degenerativas do aparelho auditivo. Como agentes causadores da presbiacusia estão: exposição a ruídos, diabetes, uso de medicação tóxica para os ouvidos, herança genética e diminuição da acuidade auditiva na terceira idade.

Como manifestações clínicas, observa-se: diminuição da sensibilidade auditiva, redução da inteligibilidade da fala, isolamento social, incapacidade auditiva, intolerância a sons de moderada a altas intensidades. O diagnóstico é realizado através de testes auditivos realizados por médico e fonoaudiólogo. E o tratamento consiste na utilização de prótese auricular (aparelho auditivo) ou implante coclear.



Assimile

A perda auditiva que ocorre com o indivíduo idoso causa impactos em sua vida de maneira negativa, pois além do isolamento social, fica exposto a outros tantos riscos quando vive sozinho, tornando-se um problema para a família.

Na maioria dos casos, o idoso é ativo, porém, apresenta surdez, então, está sujeito à acidente de trânsito ao atravessar a rua, pois não ouve buzina e o barulho do motor dos veículos; em casa, mais especificamente na cozinha, pode sofrer acidente doméstico com, por exemplo, panela de pressão.

O tratamento médico com a utilização de aparelho auditivo ou mesmo o implante coclear propicia uma melhora na qualidade de vida, retomada da independência e participação social.

Sem medo de errar

Com relação ao relato da esposa à enfermeira, podemos afirmar que o paciente apresenta quadro de AVE devido aos sintomas apresentados. Conforme literatura, os sintomas são: cefaleia intensa e de instalação súbita, podendo ou não ser acompanhado por vômito, fraqueza ou dormência na face, braços e pernas, acometendo inicialmente um lado do corpo, paralisia, perda ou dificuldade súbita da fala e da visão em um ou ambos os olhos, tontura, perda de equilíbrio e coordenação de movimentos. Já no AVE hemorrágico, ocorre rebaixamento de nível de consciência e coma.

No entanto, o diagnóstico definitivo somente pode ser definido após a realização da avaliação médica, exame físico completo e exames de radiodiagnóstico.

Avançando na prática

Demência vascular

Descrição da situação-problema

No AME (ambulatório médico de especialidades), o paciente Osvaldo Luis, com 76 anos de idade, faz acompanhamento no departamento de neurologia. Em seu prontuário, consta o diagnóstico de demência não especificada. No entanto, na última consulta, queixou-se ao médico e à enfermeira que estava apresentando dificuldade de concentração, esquecimento constante, falta de vontade de realizar qualquer atividade, até mesmo ler, que tanto adorava.

Após avaliação da equipe multiprofissional, resolveram realizar alguns testes de avaliação cognitiva, exame mental de concentração-observação, além de exames de imagem e laboratoriais.

Com relação ao relato do paciente, podemos dizer que passou a ter um diagnóstico específico?

Qual seria esse diagnóstico?

Resolução da situação-problema

Quando o paciente entrou no consultório, alguns sinais já podiam ser observados pela equipe multiprofissional, sugestivos de um diagnóstico específico. No entanto, após realizar os exames e os testes, a equipe fecha o diagnóstico de **demência vascular**, pois essa patologia apresenta como sintomas: comprometimento da memória, afasia, agnosia, apraxia, dificuldade para planejar e executar uma ideia. São classificados de acordo com a manifestação clínica em: cortical, onde o indivíduo apresenta amnésia, afasia, agnosia ou apraxia e subcortical, caracterizado por bradifrenia e distúrbios da atenção e motivação. Com relação à causa, podem ser denominadas de primária, classificada como demência degenerativa sem causa conhecida, e secundária, isto é, secundária a alguma causa conhecida, como neoplasia intracraniana, doenças infecciosas ou decorrentes de hematomas subdurais.

Faça valer a pena

1. Paciente de 69 anos deu entrada no pronto-socorro acompanhado pela filha, relatando dificuldade de fala, rigidez de membros do lado esquerdo, dificuldade de visão, desorientação em tempo e espaço, depressivo e cefaleia intensa. Encaminhado para sala de urgência, foi monitorado e após avaliação médica, encaminhado para exame de diagnóstico por imagem.

Com relação ao quadro apresentado, podemos suspeitar de?

- a) Derrame cerebral.
- b) Ataque isquêmico transitório.
- c) Acidente vascular encefálico.
- d) Doença de Parkinson.
- e) Mal de Alzheimer.

2. Caracterizada por uma condição metabólica, com diminuição progressiva da densidade óssea e aumento do risco de fratura. Os fatores de risco são: histórico familiar, deficiência na produção de hormônio, uso de medicamentos, como cortisona e heparina, deficiência de cálcio e vitamina D, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool, doenças reumatológicas, endócrinas e hepáticas. Tem início silencioso e os sintomas aparecem

em fase avançada da doença (quando ocorre fratura de um osso poroso e fraco). As lesões mais comuns são: fratura de vértebra, colo de fêmur, punho e costela.

A explanação refere-se a qual patologia comum no envelhecimento?

- a) Osteoartrite.
- b) Espondiloartropatia.
- c) Lúpus sistêmico.
- d) Artrite reumatoide.
- e) Osteoporose.

3. O paciente José com 82 anos procura um oftalmologista com queixa de visão turva, distorção de imagem, visão noturna prejudicada, pupilas acinzentadas e relatando que os óculos não conseguem mais corrigir a visão.

Ao exame clínico, foi constatado que o paciente apresentava?

- a) Glaucoma.
- b) Catarata.
- c) Ceratocoma.
- d) Miopia.
- e) Diplopia.

Seção 3.3

Classificação de grau de dependência e impacto nas atividades básicas da vida diária

Diálogo aberto

Iniciaremos nossa terceira seção de estudo, em que serão apresentados a classificação de grau de dependência e o impacto nas atividades básicas da vida diária: atividade de vida diária do idoso independente e dependente, grau I de dependência, grau II de dependência, grau III de dependência e idoso institucionalizado.

A enfermeira Ana, da comissão multidisciplinar do departamento de programas de saúde, ficou responsável por descrever a classificação de grau de dependência e o impacto nas atividades básicas da vida diária, para a atualização/revisão dos protocolos específicos da saúde do idoso. Ela contará com ajuda de uma estagiária de enfermagem, Joana, que fará um levantamento do Manual de Boas Práticas em Gerontologia e Fisiopatologia. Após, auxiliará a enfermeira Ana a revisá-los e a atualizá-los. Para isso, será necessário fazer uma pesquisa sobre o assunto na seguinte ótica:

Como classificar o idoso em dependente e independente?

Como é a definição e a classificação para grau de dependência?

O que caracteriza um idoso institucionalizado?

Vamos iniciar nossos estudos.

Não pode faltar

As condições crônicas nos idosos tendem a se manifestarem de forma mais expressiva e frequente, porém, não são fatais, mas comprometem a qualidade de vida dos idosos. Comumente, são geradoras de processos incapacitantes, pois afetam a funcionalidade dos sistemas nos idosos e o desempenho de atividades cotidianas, causando uma dependência para com outras pessoas.

Atividade de vida diária é classificada como uma avaliação de saúde do idoso, de acordo com as atividades que são capazes de desenvolver. A classificação é subdividida em:

- **Atividade Básica de Vida Diária (ABVD)**: que compreende atividades relacionadas ao autocuidado: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se e manter controle sobre suas eliminações.

- **Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD)**: definida como a capacidade do idoso em desenvolver uma vida independente na comunidade onde vive: preparar refeições, realizar compras, utilizar transportes, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar suas finanças, tomar seus medicamentos.

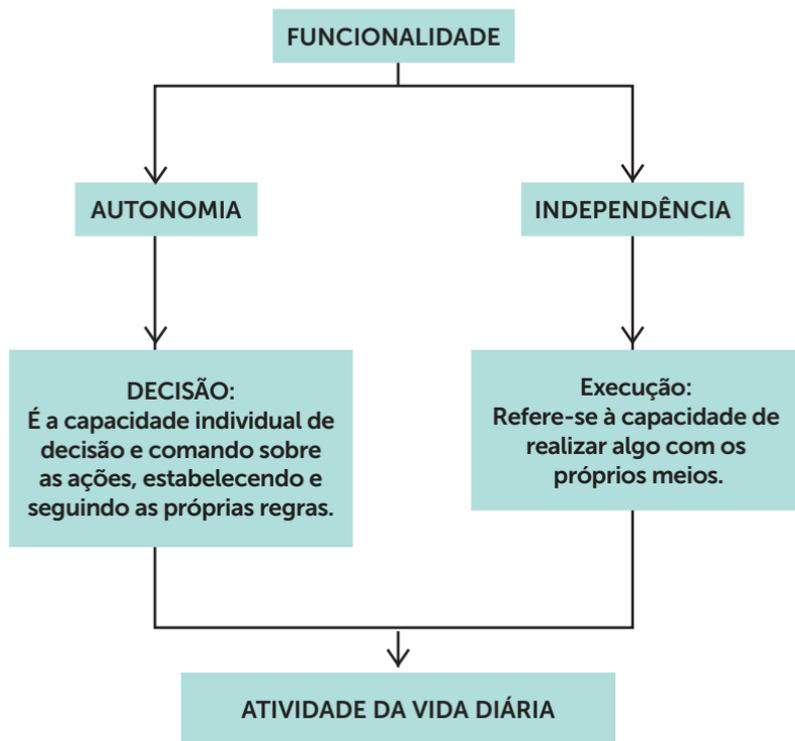


Assimile

Os idosos apresentam comprometimento dos sistemas cognitivos, físico e motor, evoluindo para uma condição crônica de declínio dessas funções e causando dependências para com outras pessoas. A avaliação do grau de dependência é baseada na capacidade de desenvolver as atividades básicas de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária.

Quando se avalia o estado de saúde do idoso, baseia-se nos índices de mortalidade e morbidade, em que são abordados os aspectos de incapacidade de realização de tarefas básicas e simples e o impacto de doença/incapacidade do idoso sobre a família, sistema de saúde e qualidade de vida. A avaliação funcional busca avaliar em qual nível as doenças ou os agravos impedem o desempenho das atividades cotidianas de forma autônoma e independente, isto é, sem a necessidade de adaptação ou auxílio de outra pessoa. Ela é essencial para estabelecer um diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico que servirão como base para planejamento do tratamento e cuidados a serem definidos para o idoso.

Figura 3.1 | Autonomia e independência

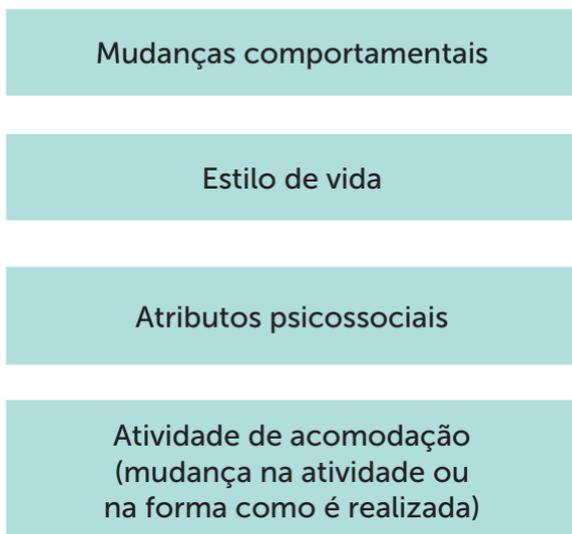


Fonte: Moraes (2008).

Por incapacidade, define-se de caráter multidimensional associado ao declínio funcional. E incapacidade funcional como a inabilidade ou a limitação/dificuldade para executar papéis sociais e de atividades cotidianas, laborais, entretenimento e familiares de maneira independente (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

No entanto, existem fatores intraindividuais e extraindividuais, que influenciam ou modificam o processo de incapacidade (retarda ou acelera) que compreendem aspectos sociais, psicológicos e ambientais (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Figura 3.2 | Fatores intraindividuais



Fonte: Alves, Leite e Machado (2008).

Figura 3.3 | Fatores extraindividuais



Fonte: Alves, Leite e Machado (2008).

Podemos definir avaliação funcional como um instrumento para medir de forma objetiva a capacidade de um indivíduo em desenvolver determinada atividade ou função, utilizando habilidades diversas para desenvolver tarefas da vida cotidiana, interações sociais, atividades de lazer e outros comportamentos exigidos do dia a dia. Em outras palavras, capacidade de uma pessoa em desempenhar ou não atividades necessárias para seu autocuidado e de sua volta e verificar a necessidade de ajuda parcial (dependência parcial) ou total (dependência total).

Vários são os instrumentos utilizados para classificar o grau de dependência desse idoso, porém, o mais utilizado, em gerontologia, é o "Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária" desenvolvido por Sidney Katz, publicado pela primeira vez em 1963. Baseada na teoria da recuperação do desempenho funcional de seis atividades consideradas básicas da vida cotidiana: banhar-se, vestir-se, transferir-se, ser continente e alimentar-se.

O processo de envelhecimento está relacionado com mudanças ocorridas ao longo do tempo, ocasionando perda progressiva e com o crescente aumento da razão de morte.

Modelo de Instrumento de Avaliação Funcional do Idoso, segundo Katz.

Avaliação funcional do idoso

Índice de Katz (A. V. D.)

1 Lavar-se

- Toma banho, sem necessitar de qualquer ajuda.
- Precisa apenas de ajuda para lavar alguma parte do corpo.
- Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho.

2 Vestir-se:

- Apanha a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda.
- Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos.
- Precisa de ajuda para apanhar a roupa e não se veste por completo.

3 Utilizar o sanitário:

- Utiliza o sanitário, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda.
- Utiliza o penico durante a noite e despeja-o de manhã, sem ajuda.
- Precisa de ajuda para ir ao sanitário, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, à noite.
- Não consegue utilizar o sanitário.

4 Mobilizar-se:

- Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se, sem ajuda.
- Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda.
- Não se levanta da cama.

5 Ser continente:

- Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas.
- Tem incontinência ocasional.
- É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância.

6 Alimentar-se:

- Come sem qualquer ajuda.
- Precisa de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão.
- Precisa de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou totalmente, por sonda ou por via endovenosa.

Avaliação (Score):

A - Independente em todas as funções.

B - Independente em cinco funções.

C - Independente em todas, exceto, lavar-se e outra.

D - Independente em todas, exceto, lavar-se, vestir-se e outra.

E - Independente em todas, exceto, lavar-se, vestir-se, usar o sanitário e outra.

F - Independente em todas, exceto, lavar-se, vestir-se, usar o sanitário, mobilizar-se e outra.

G - Dependente em todas as funções.

Outras: dependente em pelo menos duas funções, mas não classificável em nenhuma das anteriores.

Fonte: Katz et al. (1963).

Quadro 3.1 | Classificação de dependência/independência nas atividades de vida diária (Index of independence in Activities of daily Living de Katz - original)

Index de AVDs	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades, menos uma.
C	Independente para todas as atividades, menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se e mais uma adicional.

E	Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma atividade adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificam em C, D, E e F.

Fonte: Katz (1963).

Quadro 3.2 | Classificação de dependência/independência nas atividades de vida diária (Index of independence in Activities of daily Living de Katz - modificada)

Index de AVDs	Tipo de classificação
	Independente para todas as atividades.
1	Independente para todas as atividades, menos uma.
2	Independente para todas as atividades, menos banho e mais uma adicional.
3	Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
4	Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
5	Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma atividade adicional.
6	Dependente para todas as atividades.

Fonte: Katz (1963).



Pesquise mais

Pesquise mais sobre os instrumentos de avaliação da capacidade funcional do idoso.

Fonte: KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, 1963, v. 185, n. 12, p. 914-919.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of old people self-maintaining and instrumental mental activities of daily living. **Gerontologist**, 1969, n. 9, p. 179-186.

CLASSIFICAÇÃO DE GRAU DE DEPENDÊNCIA

Segundo a Resolução SS 123, de 27 de setembro de 2001:

Define e Classifica as Instituições Geriátricas no âmbito do Estado de São Paulo e dá providências correlatas, define em seus artigos:

Artigo 9º - para os efeitos desta Resolução, serão adotadas as seguintes definições:

I - autonomia: é o exercício da autodeterminação. A pessoa autônoma é aquela que mantém o poder decisório e o controle sobre a sua vida;

II - dependência: condição da pessoa idosa que faz com que ela requeira o auxílio de terceira(s) pessoa(s) para ajudá-la a realizar as suas atividades do dia a dia (atividades da vida diária). Parágrafo único - a dependência refere-se a atributo e capacidade física e a autonomia refere-se a atributo e capacidade mental.

Artigo 10º - a clientela de instituições geriátricas será assim classificada, a saber:

- **Dependência grau I:** clientela de pessoas idosas com autonomia e sem dependência.
- **Dependência grau II:** clientela de pessoas idosas com autonomia e com dependência física.
- **Dependência grau III:** clientela de pessoas idosas sem autonomia.

Independência significa: realizar as atividades básicas de vida sem supervisão, direção ou ajuda. Dependência parcial: realizar as atividades básicas sem supervisão, direção e ajuda. Dependência total: ausência da capacidade de realizar as atividades básicas, necessitam que sejam realizadas por terceiro.

Esquemáticamente, podemos descrever as seis atividades básicas com relação ao objetivo da atividade e grau de dependência.

Quadro 3.3 | Atividade básica X objetivo X grau de dependência

Atividade	Objetivo	Grau de dependência
Banhar-se	Uso de chuveiro, banheira e ato de esfregar-se em qualquer situação.	<p>*Independente: idoso que recebe algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo, por exemplo, região dorsal ou extremidade.</p> <p>*Dependente parcial: assistência para banhar-se em mais de uma parte do corpo ou auxílio para entrar ou sair da banheira.</p> <p>*Dependente total: idoso não capaz de se banhar sozinho.</p>
Vestir-se	Pegar a roupa (íntima, fechos e cintos) no armário e vestir, propriamente dito.	<p>*Independente: não necessita de auxílio algum.</p> <p>*Dependente parcial: necessita de assistência pessoal parcial.</p> <p>*Dependente total: permanece despido se não tiver assistência.</p>
Ir ao banheiro	Ir ao banheiro para excreção, higienizar-se e arrumar as próprias roupas.	<p>*Independente: pode ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função.</p> <p>*Dependente parcial: recebe qualquer auxílio direto para desempenhar a função.</p> <p>*Dependente total: não desempenha a função sozinho, necessita de que faça por ele.</p>
Transferência	Ato de sair da cama e sentar-se na cadeira e vice-versa.	<p>*Independente: realiza o movimento sem auxílio.</p> <p>*Dependente parcial: recebe auxílio em qualquer transferência.</p> <p>*Dependente total: não executa a transferência sozinho, necessita que faça por ele.</p>
Continência	Ato autocontrolado de urinar e defecar.	<p>*Independente: realiza o ato sem auxílio algum.</p> <p>*Dependente parcial: necessita de assistência para realizar qualquer uma das funções, incontinência parcial.</p> <p>*Dependente total: incontinência total, uso de fralda, cateterização, enema, não apresenta autocontrole.</p>
Alimentação	Ato de levar a comida do prato à boca.	<p>*Independente: realiza a função sem auxílio.</p> <p>*Dependente parcial: recebe auxílio para realização da função.</p> <p>*Dependente total: não realiza a função, necessita de dispositivo, como sonda enteral, gastrostomia ou nutrição parenteral.</p>

Fonte: Duarte, Andrade e Lebrão (2007).



Idoso com 76 anos de idade apresenta dificuldade para tomar banho e se vestir sozinho, porém, consegue levantar da cama e ir para a cadeira sem auxílio e alimentar-se sozinho. Com relação às necessidades fisiológicas, apresenta incontinência urinária e fecal e dificuldades para ir ao banheiro sozinho.

Conforme a classificação de Katz, esse idoso apresenta grau de dependência II, isto é, dependente parcial, pois em algumas atividades apresenta autonomia para realizar e em outras necessita de auxílio.

IDOSO INSTITUCIONALIZADO

O envelhecimento culmina com um conjunto de alterações fisiológicas e patológicas, fazendo com que aumente o grau de dependência, consiste em um processo dinâmico e a evolução pode ser modificada se o idoso tiver um ambiente adequado para viver.

No Brasil, os programas sociais e de saúde são escassos, tanto na promoção da independência como na manutenção da dependência, levando o idoso, em muitos casos, a serem internados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) precocemente.

Podemos citar como fatores que levam à institucionalização do idoso: falta de familiar para cuidar, aumento de idosos com declínio da capacidade funcional, falta de serviços de apoio social e altos custos com o cuidado domiciliar.

ILPI são instituições com caráter residencial na qual o idoso conta com suporte familiar ou não, em condições de liberdade, dignidade e cidadania, podendo ser de caráter público ou privado. Alguns autores consideram que a institucionalização pode resultar em declínio funcional, com perda da independência para o desenvolvimento de ABVD. A evolução da dependência aumenta a necessidade de serviços qualificados e comprometidos com a assistência do idoso, assumindo o papel de provedor de cuidados para o desenvolvimento de atividade básicas da vida diária do idoso. A implantação da Escala de Katz nas ILPI faz com que a instituição possa individualizar a assistência prestada ao idoso. Vários estudos foram realizados nessa área, porém, é unânime a importância da avaliação do grau de dependência do idoso institucionalizado como instrumento para planejar e executar assistência de enfermagem individualizada na instituição.

Com a redução na qualidade e quantidade das informações necessárias para o desenvolvimento do controle motor e cognitivo e declínio de alguns sistemas orgânicos, o estímulo à independência do idoso institucionalizado é considerado uma condição fundamental para que ocorra a manutenção da sua independência.



Refleta

Ao chegar à velhice, apresentaremos alguns declínios de nossas funções básicas, necessitando de auxílio para a realização de atividades de rotina em nossa vida. Como você gostaria de ser cuidado na velhice?

Sem medo de errar

Segundo a Resolução SS 123, de 27 de setembro de 2001:



Define e Classifica as Instituições Geriátricas no âmbito do Estado de São Paulo e dá providências correlatas, define em seus artigos:

Artigo 9º - para os efeitos desta Resolução, serão adotadas as seguintes definições:

I - autonomia: é o exercício da autodeterminação. A pessoa autônoma é aquela que mantém o poder decisório e o controle sobre a sua vida;

II - dependência: condição da pessoa idosa que faz com que ela requeira o auxílio de terceira(s) pessoa(s) para ajudá-la a realizar as suas atividades do dia a dia (atividades da vida diária). Parágrafo único - a dependência refere-se a atributo e capacidade física e a autonomia refere-se a atributo e capacidade mental.

Artigo 10º - a clientela de instituições geriátricas será assim classificada, a saber:

- **Dependência grau I:** clientela de pessoas idosas com autonomia e sem dependência.
- **Dependência grau II:** clientela de pessoas idosas com autonomia e com dependência física.
- **Dependência grau III:** clientela de pessoas idosas sem autonomia.

O envelhecimento culmina com um conjunto de alterações fisiológicas e patológicas, fazendo com que aumente o grau de dependência, consiste em um processo dinâmico e a evolução pode ser modificada se o idoso tiver um ambiente adequado para viver. Podemos citar como fatores que levam à institucionalização do idoso: falta de familiar para cuidar, aumento de idosos com declínio da capacidade funcional, falta de serviços de apoio social e altos custos com o cuidado domiciliar. Alguns autores consideram que a institucionalização pode resultar em declínio funcional, com perda da independência para o desenvolvimento de ABVD.

Avançando na prática

Aplicação da escala de Katz em idosos institucionalizados

Descrição da situação-problema

Na Casa de Repouso Irmã Seraphina, o enfermeiro implantou a Escala de Katz para avaliar o grau de dependência dos idosos institucionalizados e, dessa forma, individualizar a assistência de enfermagem aos idosos.

Qual a importância, para a enfermagem, da determinação do grau de dependência dos idosos internados?

Resolução da situação-problema

Para a enfermagem realizar uma assistência de enfermagem de qualidade e eficiência, é necessário, primeiramente, que ela conheça o idoso institucionalizado, seus potenciais, individualidades e necessidades. A implantação da escala de Katz na instituição de longa permanência para idoso possibilita avaliar quais funções apresentam maior necessidade de atenção e quais podem ser realizadas pelo idoso independentemente. Dessa forma, podemos preservar as funções físicas, motoras e cognitivas dos idosos, oferecendo um atendimento individualizado e maior qualidade de vida.

Faça valer a pena

1. Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são instituições com caráter residencial, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania, podendo ser de caráter público ou privado. Alguns autores consideram que a institucionalização pode resultar em declínio funcional, motor e cognitivo e perda da independência em realizar atividades básicas de vida diária.

Qual a forma de avaliação usada em ILPI para classificar o grau de dependência?

- a) Escala de avaliação físico-motora do idoso.
- b) Avaliação funcional básica.
- c) Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária de Lawton.
- d) Escala de Atividades Básicas da Vida Diária de Katz.
- e) Index de avaliação cognitiva do idoso.

2. Por incapacidade, define-se de caráter multidimensional associado ao declínio funcional. É incapacidade funcional como a inabilidade ou a limitação/dificuldade para executar papéis sociais e de atividades cotidianas, laborais, entretenimento e familiares de maneira independente.

Quais fatores influenciam ou modificam o processo de incapacidade?

- a) Intrínsecos e extrínsecos.
- b) Intraindividuais e extraindividuais.
- c) Individuais e multifatoriais.
- d) Extraindividuais e multifatoriais.
- e) Intraindividuais e intrínsecos.

3. As condições crônicas nos idosos tendem a se manifestarem de forma mais expressiva e frequente, porém, não são fatais, mas comprometem, de forma significativa, a qualidade de vida dos idosos. Comumente, são geradoras de processos incapacitantes, pois afeta a funcionalidade dos idosos e o desempenho de atividades cotidianas, causando uma dependência para com outras pessoas. Atividade de vida diária é classificada de acordo com uma avaliação de saúde do idoso e com as atividades que são capazes de desenvolver.

Como são subdivididas as atividades de vida diária?

- a) Atividade básica de vida diária e avaliação funcional básica.
- b) Atividade de vida diária e atividade instrumental de vida diária.
- c) Avaliação funcional da atividade de vida e avaliação cognitiva de vida.
- d) Avaliação funcional e avaliação cognitiva.
- e) Atividade básica de vida diária e atividade instrumental de vida diária.

Referências

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. I. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008, v. 13, n. 4, p. 1199-1207.

BRASIL. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Pacto pela Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2017.

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, Caderno da Atenção Básica, 2006.

DIÁRIO OFICIAL DE SÃO PAULO. **Resolução SS 123, de 27 de setembro de 2001**. Define e classifica as instituições geriátricas no âmbito do Estado de São Paulo e dá providências correlatas. 2001. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO_Idoso/Legislacao/Estadual/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20SS%20n%20123%20de%2027%2009%202001%20define%20e%20classifica%20Institui%C3%A7%C3%B5es%20geri%C3%A1tricas.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2017.

DIRKSEN, S. R.; HEITKEMPER, M. M. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica: avaliação e assistência dos problemas clínicos**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O index de Katz na avaliação da funcionalidade do idoso. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, 2007, v. 41, n. 2, p. 317-325.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, 1963, v. 185, n. 12, p. 914-919.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of old people self-maintaining and instrumental mental activities of daily living. **Gerontologist**, 1969, n. 9, p. 179-186.

MCPHEE, S. J.; GANONG, W. F. **Fisiopatologia da doença: uma introdução à medicina clínica**. 7. ed. São Paulo: McGraw Hill, 2015.

MORAES, E. M. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: BORGES, A. P. A.; COIMBRA, A. M. L. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/EAD, 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2015.

Assistência de enfermagem na saúde da pessoa idosa

Convite ao estudo

Caro aluno, bem-vindo à nossa quarta unidade de estudos. Depois de uma breve conversa no início deste livro sobre a importância da disciplina, chamamos a atenção para os pontos que estudaremos.

Na unidade anterior, estudamos as patologias comuns no envelhecimento com relação às fisiopatologias dos sistemas cardiovascular, respiratório, digestivo, urinário, hematológico, nervoso, endócrino, reumatológico, ósseo e sensitivo; bem como de classificação de grau de dependência e impacto nas atividades básicas da vida diária: atividades de vida diária do idoso independente X dependente, grau I de dependência, grau II de dependência, grau III de dependência e idoso institucionalizado.

Com esta unidade, pretendemos compreender os diversos aspectos do processo de envelhecimento humano, entendendo as implicações das alterações do próprio envelhecimento e da pirâmide populacional na vida do idoso, de sua família e da sociedade, conhecer os aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento populacional e conhecer os aspectos relacionados à assistência de enfermagem gerontológica.

Como resultado de aprendizagem, esperamos que o aluno seja capaz de elaborar o processo de enfermagem em suas fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, implementação do plano de cuidados e avaliação em sua prática de assistência na saúde do idoso; reconhecer e aplicar, em sua prática assistencial, o Programa Nacional de Imunização do Idoso: Programa Nacional de Imunização (PNI) e calendário vacinal do idoso, vacina dupla adulto,

febre amarela, hepatite B e influenza e reconhecer as estratégias educativas à saúde do idoso: ações educativas com o diabetes, hipertensão arterial, obesidade, sedentarismo e importância do trabalho multiprofissional nas ações educativas.

Relembrando o contexto de aprendizagem, a enfermeira Ana, da comissão multidisciplinar do departamento de programas de saúde, ficou responsável por descrever os fatores determinantes do processo de envelhecimento para a atualização/revisão dos protocolos específicos da saúde do idoso. Ela contará com a ajuda de uma estagiária de enfermagem, Joana, que fará um levantamento do Manual de Boas Práticas em Gerontologia e Fisiopatologia. Após, auxiliará a enfermeira Ana a revisá-los e a atualizá-los. Para isso, será necessário fazer uma pesquisa. Qual a importância da SAE na assistência do idoso? Qual a importância de conhecer o Programa Nacional de Imunização do Idoso? Qual a importância de conhecer as estratégias educativas à saúde do idoso?

É chegada a hora de iniciarmos nossos estudos.

Seção 4.1

Processo de enfermagem na saúde do idoso

Diálogo aberto

Iniciaremos nossa primeira seção de estudo, em que será apresentado o processo de enfermagem em suas fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, implementação do plano de cuidados e avaliação em sua prática de assistência na saúde do idoso.

A enfermeira Maria atua na equipe de Saúde da Família do município de Araponga. Ao realizar a visita domiciliar ao paciente Victor, idoso de 69 anos, deparou-se com uma situação que não estava prevista no Manual de Boas Práticas em Gerontologia e Fisiopatologia, pois não tinha informações necessárias para a elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para pacientes em atendimento domiciliar. Elaborou uma proposta de SAE e checklist e entrou em contato com as enfermeiras Ana e Joana para apresentar e implantar no departamento. Dessa forma, teria um instrumento capaz de fornecer informações e subsídios para elaboração do processo de enfermagem na atenção domiciliar e prestação de assistência holística aos pacientes.

Qual a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente idoso?

Não pode faltar

Processo de enfermagem

Cuidar/cuidando é a base da prática cotidiana de enfermagem, e para realizar essa atividade, o profissional necessita de um instrumental teórico e técnico, isto é, métodos que permitam introduzir conceitos e medir sua efetividade nas atividades práticas. Por método, entende-se a organização sistemática racional de ações para alcançar os objetivos da assistência (REPPETTO; SOUZA, 2005).

Nesse contexto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma estratégia para levantamento de informações, análise e compreensão de problemas e forma de organizar o modo de cuidados, priorizando as necessidades do paciente idoso (AQUINO; LUNARDI FILHO, 2004; FULY et al., 2008).



Ao planejar e implementar a assistência de modo sistematizado e seguro e com qualidade, a equipe de enfermagem garante sua responsabilidade junto ao cliente assistido. Com suas necessidades diagnosticadas, ações são direcionadas, os cuidados são devidamente prescritos e os resultados são avaliados. (COREN-SP, 2009, p. 179)

Histórico de enfermagem (coleta de dados e exame físico)

A primeira fase do processo de enfermagem é a entrevista, com o objetivo de levantar dados necessários para conhecer o perfil do paciente atendido, mas pode e deve ocorrer continuamente. Tem como propósito e direção: claro conceito referente às informações necessárias para que seja cumprido o papel do enfermeiro e utilizar perguntas e observações claras e diretas.

Alguns autores descrevem a coleta de dados em quatro tipos:



Avaliação inicial; avaliar dados de saúde, identificar problemas e estabelecer relacionamento terapêutico. Questionamento - Existe um problema?

Avaliação focalizada: presença ou ausência de um diagnóstico em particular. Questionamento - O problema está presente hoje?

Avaliação de emergência: mais utilizada quando há ameaça de vida. Questionamento - Qual a natureza do problema?

Avaliação de acompanhamento: realizada em um determinado período após uma avaliação prévia. Questionamento - Alguma mudança ocorreu ao longo do tempo (melhora ou piora)? (COREN, 2015, [s.p.]

Para que a coleta de dados ocorra de forma a contribuir para a efetivação das ações, alguns autores argumentam que ela deve ser

baseada nas necessidades humanas básicas e potenciais de risco da pessoa idosa.

Embora existam instrumentos para coleta de dados com estruturas que visam facilitar seu preenchimento, os chamados checklists, com sua formatação fechada e letras pequenas, restringem os dados que podem ser coletados pela equipe de enfermagem e podem contribuir para a falta de análise e de raciocínio clínico, isto é, dados são coletados apenas como rotina e não como parte importante para o planejamento da assistência. Os instrumentos devem conter informações completas com relação ao paciente e deve ser feito quando ele é admitido no serviço. Como meta à coleta adequada de dados, a NANDA estabelece o seguinte: focalizar os dados necessários à identificação das reações e das experiências humanas, realizar o processo em parceria com a equipe de enfermagem, o indivíduo, sua família ou a comunidade e ter achados baseados em pesquisas e outras evidências.

A entrevista deve ser realizada atentando-se para: identificação do paciente; história de doenças de base em tratamento e queixa atual; esquema vacinal; uso de medicamentos; autocuidado; eliminações fisiológicas; aspectos cardiovasculares e metabólicos; perfil nutricional; sistema sensorial; aspectos psicológicos, histórico familiar, incluindo a relação do idoso com a família; avaliação sociocultural; perfil do ambiente em que vive e sexualidade.



Assimile

Lembre-se de sempre utilizar frases curtas e objetivas, chamar o idoso pelo nome, evitar infantilizá-lo ou utilizar termos inapropriados, perguntar sempre se ele entendeu o que foi questionado e as explicações, falar de forma clara, sempre olhando para o paciente. Importante repetir as informações quantas vezes forem necessárias, utilizando linguagem simples, para que o idoso compreenda e assimile a informação; realizar uma pergunta por vez e aguardar o tempo necessário para que ele responda. Não o interromper no meio da fala, devemos lembrar que o paciente idoso apresenta uma lentidão de raciocínio.

Já com relação ao exame físico, avaliar sinais sugestivos de violência física e psicológica; na região da cabeça, observar condições de higiene, avaliação de fâcies, olhos, ouvido, nariz e

cavidade oral; pescoço se apresenta nódulos e pulsos carotídeo e jugular; pele e anexos; tórax ausculta cardíaca e pulmonar, percussão pulmonar, avaliação de mamas e mamilos; abdome, simetria, ruídos hidroaéreos, percussão e palpação; aparelho geniturinário, avaliar bolsa escrotal, secreção peniana, inspeção de vulva, vagina, secreção vaginal, prolapso, bexiga (palpação e percussão); aparelho musculoesquelético, postura, força, parestesia, deformidades, uso de próteses; membros superiores e inferiores, pulsos, deformidades de extremidades, edema, coloração do leito ungueal, presença de lesões de pele e avaliação neurológica, marcha, fala, postura, memória (podendo utilizar modelos de minixame mental).

Diagnóstico de enfermagem

Definido como julgamento clínico sobre as respostas humanas reais ou potenciais apresentados pelo indivíduo, família e comunidade a problemas de saúde ou processos de vida (COREN, 2015). Segunda fase do processo de enfermagem e consiste na análise dos dados coletados no histórico, identificando os problemas mediante as necessidades básicas afetadas e o grau de dependência do paciente. Apresenta alto grau de complexidade, pois cabe ao enfermeiro não só identificar o diagnóstico, mas descrever suas características definidoras e fatores relacionados.

O termo diagnóstico surgiu em 1950 e a partir daí vários estudos foram realizados com o objetivo de estabelecer uma classificação que pudesse ser adotada mundialmente. Na década de 1980, a American Nurses Organization (NANDA) assumiu a responsabilidade de dar continuidade às pesquisas, estabelecendo taxonomias de diagnóstico de enfermagem, tendo como objetivo unificar a linguagem, a fim de otimizar a comunicação entre os profissionais de enfermagem.

Com a identificação do diagnóstico, pode-se determinar um objetivo e meta a serem alcançados, proporcionando, ao enfermeiro, a elaboração de um planejamento e prescrição de forma individualizada, que norteará os cuidados da equipe de enfermagem.

Citamos, a seguir, um exemplo de elaboração de diagnóstico de enfermagem referente à saúde do idoso, segundo classificação NANDA:

- Potencial para temperatura corporal alterada (*diagnóstico*) devido a extremos de idade (*característica definidora*), relacionado à exposição a ambiente frio ou muito frio (*fatores relacionados*).

- Potencial para trauma (*diagnóstico*) devido à dificuldade de equilíbrio (*característica definidora*) relacionado a pisos escorregadios e tapete solto (*fatores relacionados*).

- Comunicação prejudicada, definida por desorientação psíquica e relacionada à ansiedade/depressão.

- Interação social prejudicada, definida por barreira de comunicação relacionada a alterações do processo de pensamento.

- Mobilidade física prejudicada, definida por incapacidade para movimentação significativa dentro do ambiente físico.

- Dor definida por comunicação verbal e não verbal e comportamento defensivo e protetor relacionado por agentes de injúria biológicos.

- Medo definido por apreensão e comportamento de fuga, relacionado à separação de pessoas significativas.

- Integralidade tissular prejudicada devido ao tecido lesado, relacionado à circulação alterada.

- Proteção alterada devido à alteração neurosensorial e úlcera de decúbito, relacionado a extremos de idade.

- Constipação devido à dor abdominal, relacionado à alteração no padrão alimentar.

- Padrão respiratório ineficaz devido à alteração na expansão torácica, relacionado à fadiga.

- Potencial para aspiração devido à deglutição prejudicada, relacionada à depressão do reflexo de deglutição.

- Potencial para síndrome do desuso devido à imobilidade mecânica, causando úlcera de pressão.

- Integridade da pele prejudicada devido à solução de continuidade da pele alterada pela imobilidade física.

- Distúrbio no padrão do sono, devido a queixas verbalizadas de dificuldades para adormecer relacionadas às mudanças ambientais.

Outros possíveis diagnósticos de enfermagem incluem: déficit de autocuidado; distúrbio da autoestima; impotência.



Pesquise mais sobre as diversas taxonomias de diagnóstico de enfermagem na saúde do idoso:

SOUZA, E. S.; ALVES, T. I. F.; PASSOS, A. B. B. Sistematização da assistência de enfermagem a um idoso com Parkinson em uma instituição de apoio do município de Ipatinga. **Revista de enfermagem integrada**, Minas Gerais, v. 3, n. 2, nov/dez 2010, p. 564-577.



Diagnóstico de enfermagem (DE): atividade privativa do enfermeiro, identificação clara e específica sobre fatores de risco e/ou alterações das necessidades humanas básicas encontradas durante o histórico de enfermagem. Sua descrição exige um pensamento crítico e profundo, podendo ser registrado em até três partes: nome da alteração encontrada; causa e fator determinante.

Planejamento de enfermagem

Essa etapa envolve o paciente, os cuidados necessários para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde e local onde será realizado o cuidado (COREN-SP, 2009).

Planejamento deve conter as informações necessárias para a elaboração de um plano de cuidados individualizados, levando-se em conta condições físicas, terapêuticas medicamentosas, cuidados necessários de acordo com a patologia e condições específicas de cada paciente, caracterizando a atenção individualizada e segura (PIVOTTO et al., 2004).

Inicia com o diagnóstico, formulação dos problemas identificados e elaboração do plano de cuidados e prescrição de enfermagem. A prescrição contém, por escrito, os cuidados de enfermagem necessários para a resolução dos problemas priorizados e para os quais foram prescritos.

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) padroniza as intervenções realizadas pela equipe de enfermagem. Deve ser utilizada para documentação clínica e comunicação de cuidados entre as unidades de tratamento. Também fornece dados de pesquisas, medidas de produtividade, avaliação de competências e segurança

do paciente. NIC está relacionado ao diagnóstico de enfermagem da NANDA e aos resultados da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC - Nursing Outcomes Classification). O objetivo da NOC é a criação de linguagem comum para a enfermagem; conjunto unificado de dados de enfermagem; conjunto de dados nacionais; avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem; avaliação de eficiência da enfermagem; avaliação das inovações de enfermagem; contribuição para o desenvolvimento de conhecimento.

Implementação

A quarta fase consiste na realização de ações de intervenções determinadas na etapa de planejamento (COREN-SP, 2009). Consiste na determinação das prioridades diárias e execução do plano desenvolvido. As intervenções funcionam como um roteiro diário que norteia a ação da equipe de enfermagem no cuidado com o paciente (REPPETTO; SOUZA, 2005).

A prescrição de enfermagem é um conjunto de medidas decidido pelo enfermeiro, direcionada à assistência integral e individualizada do paciente; tem como característica a orientação escrita dos cuidados a serem prestados para resolução dos problemas (PIVOTTO et al., 2004; REPPETTO; SOUZA, 2005; CUNHA; BARROS, 2010).

A finalidade da prescrição é controlar atividades delegadas que precisam ser executadas, conforme periodicidade determinada. A maior parte das prescrições são executadas por técnicos e auxiliares que devem ser treinados e orientados sobre a importância de checar os cuidados prestados e registrá-los na forma de anotação de enfermagem.



Refleta

A implementação do plano de assistência e a prescrição de enfermagem norteiam as ações e os cuidados que devem ser prestados ao paciente, realizados pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, e têm como meta a obtenção de resultados.

Avaliação de enfermagem

A última fase consiste na avaliação de enfermagem ou evolução. É um processo contínuo de avaliação do paciente com objetivo de

recuperação da saúde; deve ser reavaliada cada vez que o indivíduo apresente melhora ou piora de sua condição de saúde (COREN-SP, 2009).

Nesta etapa são avaliadas as fases anteriores do processo de enfermagem (SAE). Deve ser realizada exclusivamente pelo enfermeiro em sistematizar o perfil evolutivo do paciente, resultando na possibilidade de uma nova tomada de decisão ou a manutenção da prescrição anterior (REPPETTO; SOUZA, 2005). Para a realização dessa avaliação, usa-se a taxonomia de Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC - Nursing Outcomes Classification), que contém 190 resultados de enfermagem classificados, relacionados ao diagnóstico de enfermagem levantado e às intervenções implementadas.

A anotação de enfermagem deve ser realizada pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, realizada em cada plantão com o objetivo de fornecer dados ao enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados/prescrição. É fundamental para o desenvolvimento da SAE, pois apresenta informações importantes à continuidade da assistência, identificação das alterações do estado de saúde do paciente, detecção de novos problemas e avaliação dos cuidados prescritos, possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados (MELO; PEDREIRA, 2005).



Exemplificando

William, 67 anos, soldador aposentado, mostrava-se obeso e fisicamente inativo. Com o auxílio da enfermeira do programa Saúde da Família, ele conseguiu o resultado de estabelecer um padrão regular de exercícios. Ele iniciou nadando duas vezes por semana e caminhando durante uma hora, três vezes por semana.

Diagnóstico de enfermagem:

- Busca de padrão de saúde devido ao sedentarismo.

Resultados na primeira fase:

- Estabelecer horário em um mês.

Prescrição:

- Nadar duas vezes por semana.
- Fazer caminhadas de uma hora três vezes por semana.

Sem medo de errar

Relembrando a situação-problema apresentada no início da seção, a equipe de Saúde da Família ao realizar a visita domiciliar ao Sr. Victor, a enfermeira Maria observou a necessidade de elaboração do protocolo para Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) específico para a atenção domiciliar e assim prestar um atendimento holístico ao paciente. Como no Manual de Boas Práticas em Gerontologia e Fisiopatologia, elaborado pela enfermeira Ana do departamento de programas de saúde, não continha esse protocolo, apresentou uma proposta baseada em suas experiências práticas, para o processo de enfermagem na atenção domiciliar e checklist.

Neste material, consta a definição do processo de enfermagem/sistematização da assistência de enfermagem (SAE) geral, como um método que permite identificar, compreender, descrever, organizar e explicar como o paciente responde aos problemas de saúde, definir as ações de enfermagem para a prestação de uma assistência eficiente e eficaz. Essa sistematização possibilita que os profissionais identifiquem as necessidades humanas básicas afetadas nos pacientes. Conforme a Resolução COFEN nº 358/09, podendo-se utilizar o instrumento de Consulta de Enfermagem como norteador, incluindo as etapas de histórico (entrevista e exame físico), diagnóstico, planejamento, prescrição e avaliação das respostas do indivíduo em relação aos cuidados prestados. Quando temos um instrumento específico para cada área de assistência, podemos prestar um atendimento individualizado voltado para as necessidades específicas do indivíduo.

Avançando na prática

Diagnóstico de enfermagem do idoso

Descrição da situação-problema

Billy Martins, 75 anos, foi admitido em uma instituição de longa permanência para idosos, questionando os profissionais que o admitiram sobre o paradeiro da mãe. Ao ser avaliado pela enfermeira na admissão, constatou que estava apresentando quadro de perturbação, desorientação, não conseguiu maiores

informações sobre doenças progressas. Solicitou a presença de familiares para que pudesse sistematizar a assistência de enfermagem individualizada. Ao realizar o exame físico, constatou que ele apresentava alteração de pressão arterial, pele com turgor flácido, ausculta cardíaca normal, abdome flácido, timpânico à palpação, ruídos hidroaéreos presentes, força muscular diminuída, dor articular, pulsos carotídeos, braquial, inguinal e pedioso, fortes e cheios, boa perfusão periférica.

Com base nos dados coletados, quais os possíveis diagnósticos de enfermagem aplicados ao Sr. Billy, levando em consideração as características definidoras e fatores relacionados?

Resolução da situação-problema

Como diagnósticos, podemos identificar, segundo classificação NANDA:

- Comunicação prejudicada, definida por desorientação psíquica e relacionada à ansiedade/depressão.

- Interação social prejudicada, definida por barreira de comunicação relacionada a alterações do processo de pensamento.

- Mobilidade física prejudicada, definida por incapacidade para movimentação significativa dentro do ambiente físico.

- Dor definida por comunicação verbal e não verbal e comportamento defensivo e protetor relacionado por agentes de injúria biológicos.

- Medo definido por apreensão e comportamento de fuga, relacionado à separação de pessoas significativas.

Faça valer a pena

1. Cássia Duarte, 88 anos, foi transferida de uma casa de repouso para uma unidade hospitalar com quadro de fratura de fêmur ocorrida devido a uma queda da cama. A acompanhante, auxiliar de enfermagem da instituição, relata que ela apresentava “estado gripal” nos últimos três dias e com vômito e diarreia persistente. Ao exame físico, apresentava-se febril (38,5°),

taquicárdica, hipotensa, com diminuição do turgor da pele, membrana mucosa seca, imobilidade e dor relacionada à fratura e à fraqueza.

O quadro apresentado no texto faz parte de qual fase da sistematização da assistência de enfermagem?

- a) Quadro clínico.
- b) Diagnóstico de enfermagem.
- c) Implementação de enfermagem.
- d) Histórico de enfermagem.
- e) Avaliação de enfermagem.

2. Emily é uma idosa de 82 anos; procura uma unidade básica de saúde com queixa de dificuldade de evacuação, só sendo possível mediante a ingestão de laxante. Não realiza atividade física e relata morar sozinha, tendo uma alimentação desregrada, pois não sente vontade de cozinhar somente para ela. Ao realizar a coleta de dados e o exame físico, a enfermeira da unidade constata que ela se alimenta somente de congelados, tem baixa ingestão de frutas, legumes e verduras, faz uso de Metamucil e Leite de Magnésia pelo menos 4 vezes por semana.

Após a análise das informações coletadas na fase do histórico de enfermagem, a enfermeira constata como _____:

- Constipação percebida devido à expectativa de uma eliminação diária, resultante do uso exagerado de laxantes, relacionado ao processo de pensamento prejudicado.

Após analisar o texto-base, complete a lacuna com a alternativa correta:

- a) Histórico de enfermagem.
- b) Diagnóstico de enfermagem.
- c) Relato clínico.
- d) Análise dos dados.
- e) Anamnese e exame físico.

3. Sarah Gomes, 67 anos, tem um diagnóstico médico de câncer de fígado. Após a realização da etapa de histórico de enfermagem, a enfermeira Ana identifica o seguinte diagnóstico de enfermagem: "nutrição alterada: menor do que o corpo requer relacionada com a diminuição de apetite, secundária à quimioterapia". O médico solicita instalação de sonda nasoenteral e infusão de dieta diariamente.

Como cuidado, a enfermagem deve "monitorar a alimentação ininterrupta, via sonda, a cada 2 horas (horários pares) e verificar a posição da sonda a

cada turno - 8h, 16h e 24h e quando necessário”.

Com base nas informações, assinale a alternativa correta:

- a) Anamnese de enfermagem.
- b) Histórico de enfermagem.
- c) Prescrição de enfermagem.
- d) Anotação de enfermagem.
- e) Evolução de enfermagem.

Seção 4.2

Programa Nacional de Imunização do Idoso

Diálogo aberto

A enfermeira Ana, da comissão multidisciplinar do departamento de programas de saúde, ficou responsável por descrever o programa de imunização do idoso e calendário vacinal para a atualização/revisão dos protocolos específicos da saúde do idoso. Ela contará com a ajuda de uma estagiária de enfermagem, Joana, que fará um levantamento do Manual de Boas Práticas em Gerontologia e Imunização. Após, auxiliará a enfermeira Ana a revisá-los e a atualizá-los. Para isso, será necessário fazer uma pesquisa sobre as principais vacinas na seguinte ótica. Qual a importância, para a enfermagem, do conhecimento sobre o Programa Nacional de Imunização do idoso?

Não pode faltar

Programa Nacional de Imunização

A esperança de vida ao nascer, no Brasil, está estimada em 74 anos, porém, a taxa de longevidade só faz sentido se for levada em conta a qualidade de vida. Neste aspecto, podemos dizer que a vacinação está diretamente relacionada à qualidade de vida. Para pessoas imunocompetentes, é mais fácil enfrentar as ações de vírus e bactérias e suas adversidades, porém, para as imunodeprimidas não é tão simples (SBGG, 2016).

O envelhecimento relaciona-se a um aumento de doenças degenerativas e com elas uma imunodeficiência do sistema imunológico, deixando o idoso mais vulnerável a ações danosas de vírus e bactérias. Por isso a importância da imunização específica para idosos (SBGG, 2016).

Em 5 de setembro de 2016, a Secretaria Estadual de Saúde do estado de São Paulo, aprovou a Resolução SS nº 77, referente à "Norma técnica do Programa Estadual de Imunização do Estado de

São Paulo”, onde estabelece o calendário vacinal para adultos com 60 anos ou mais de idade (Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) - SP). Também em 2016, a Sociedade Brasileira de Imunização (SBIm) e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - SBGG - lançaram o manual “Geriatria - guia de vacinação 2016/2017”, que usaremos como base para a elaboração deste material didático.

O profissional de saúde em gerontologia tem como principal objetivo a prevenção e a promoção de um envelhecimento livre de doenças, melhor bem-estar, qualidade e expectativa de vida. Neste campo, entra a imunização como forma de prevenção de doenças infecciosas, redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida. Com o envelhecimento ocorrem alterações imunológicas, aumentando o risco de infecções, podendo associar-se ao declínio funcional e comorbidades, causando aumento das taxas de hospitalizações e morbimortalidade (SBGG, 2016).

A imunização específica do adulto e idoso justifica-se como modo de prevenção e promoção da saúde. Nesta faixa etária, de 60-70 anos, muitos indivíduos apresentam atividade profissional ativa, sendo, em muitos casos, responsáveis pela renda familiar. O adoecimento acarretará: absenteísmo e prejuízo financeiro, transmissão de doenças infecciosas para a família, entre outras causas. Também podemos citar que, nos dias atuais, muitos avós são responsáveis pelos cuidados aos seus netos, para que os pais possam trabalhar, e esta proximidade pode fazer com que algumas doenças infantis acometam o idoso (SBGG, 2016).

Com todos esses fatores, cabe ao médico e aos profissionais de saúde investigarem a situação vacinal do idoso e identificar quais vacinas devem ser indicadas, bem como orientações com relação a mantê-las atualizadas. Todas as vacinas podem ser aplicadas no idoso, porém, alguns requerem preocupações especiais, como a vacina da febre amarela, sarampo, caxumba, rubéola e varicela, que apresentam em sua constituição vírus vivos atenuados, isto é, o vírus encontra-se vivo, porém, sem a capacidade de produzir a doença (SBGG, 2016).



Assimile

O Programa Nacional de Imunização apresenta uma importância significativa como medida de prevenção e promoção da saúde para

todas as faixas etárias. No entanto, os extremos de idade, isto é, crianças menores de 5 anos e adultos maiores de 60 anos são considerados grupos vulneráveis e mais propensos ao adoecimento.

Tabela 4.1 | Calendário vacinal do adulto maior de 60 anos

Intervalo entre doses	Vacina	Esquema
1ª visita	Dupla adulto (dT)	1ª dose
	Febre Amarela (FA)	1ª dose
	Hepatite B	1ª dose
2 meses após a 1ª visita	dT	2ª dose
	Hepatite B	2ª dose
4-6 meses após a 1ª visita	dT	3ª dose
	Hepatite B	3ª dose
Anualmente	Influenza Pneumo-23	Para idoso institucio- nalizado
Reforço único após 10 anos	FA	Reforço
A cada 10 anos por toda a vida	dT	Reforço

Fonte: São Paulo (2016, p. 85).

Observações

- Caso o idoso apresente esquema vacinal incompleto e documentado, é suficiente completar o esquema iniciado.

- Caso o idoso apresente três ou mais doses da vacina DTP (tétano, difteria e coqueluche), DT (dupla infantil) ou dT (dupla adulto), aplicar uma dose de reforço, se decorrido 10 anos da última dose.

- A vacinação da febre amarela para idosos que residem ou viajam para áreas onde há indicação, deve ser avaliado o risco-benefício da vacinação, levando em conta o risco da doença e eventos adversos nesta faixa etária ou decorrente de comorbidades.

- O intervalo mínimo entre a 1ª dose e a 2ª dose da vacinação da hepatite B deve ser de quatro semanas, isto é, 30 dias.
- A vacinação da influenza está disponível na rede pública durante todo o período de campanha de vacinação contra a influenza.
- Na profilaxia do tétano acidental, após alguns tipos de ferimentos, deve-se reduzir o intervalo para cinco anos.
- A vacinação Pneumocócica 23-valente está disponível para idosos que vivem em instituições fechadas (ILPI) e hospitais (SBGG, 2016).

Dupla adulto (dT):

O tétano é uma toxinfecção grave, não contagiosa, causada por ação de endotoxinas produzidas pelo bacilo tetânico *Clostridium tetani*, gram positivo, esporulado e anaeróbico, o qual provoca um estado de hiperexcitação do sistema nervoso central. O período de incubação geralmente é de 3 a 21 dias, porém, quanto menor o tempo de incubação, maior é a gravidade da doença. Não há transmissão direta de um indivíduo para o outro. O reservatório do bacilo normalmente é encontrado na natureza, sobre a forma de esporo, podendo ser identificado em pele, fezes, terra, galhos, arbustos, água putrificada, poeira das ruas, trato gastrointestinal dos animais (especialmente cavalo e homem). A infecção ocorre pela introdução do esporo em solução de continuidade da pele e mucosa, onde os esporos se transformam em forma vegetativa responsável pela produção de tetanospasmina (MS, 2009).

Como manifestação clínica, apresenta: febre baixa ou ausente, hipertonia mantida dos músculos masseteres, pescoço, faringe (causando dificuldade de deglutição) e progredindo para contratura muscular progressiva e generalizada dos membros superiores e inferiores, reto abdominal, paravertebrais e diafragma (BRASIL, 2009).

Como tratamento, o paciente deve ser internado precocemente em unidade assistencial apropriada, livre de ruídos, luminosidade, com temperatura estável; porém, os casos graves têm indicação de internação em unidade de terapia intensiva; a ferida deve ser limpa com sabão e água antes de qualquer outra medida. Como

cuidados especiais, o paciente deve ser mantido em isolamento, não devido aos riscos de transmissão, mas devido aos ruídos, à luminosidade e à manipulação do paciente (BRASIL, 2009).

O diagnóstico pode ser realizado pelo método de imunofluorescência direta (IFD), em impressão de córnea, raspado de mucosa lingual (swab) ou tecido bulbar de folículos pilosos, obtidos por biópsia de pele da região cervical.

Define-se o caso como suspeito, o paciente que apresenta: disfagia, trismo, riso sardônico, opistótono, contratura muscular localizada ou generalizada com ou sem espasmos, independentemente da situação vacinal da história de tétano e de detecção ou não de solução de continuidade de pele ou mucosa (BRASIL, 2009).

A difteria é uma doença sexualmente transmissível aguda, toxinfecção imunoprevenível, causada pelo bacilo toxigênico, que frequentemente se aloja em amígdalas, faringe, laringe, nariz e, ocasionalmente, em outras mucosas e na pele. É caracterizada por placas pseudomembranosas típicas; também é conhecida como crupe. Tem como agente etiológico *Corynebacterium diphtheriae*, bacilo gram-positivo, produtor de toxina diftérica (BRASIL, 2014). Tem como reservatório principal o próprio doente ou o portador do bacilo, sendo esse último mais importante na disseminação do bacilo, por sua maior frequência na comunidade e por ser assintomático. A transmissão se dá por contato direto de pessoa doente ou portador com pessoa susceptível, através de gotículas de secreção respiratória, eliminada por tosse, espirro ou ao falar. O período de incubação, em geral, é de seis dias, podendo ser mais longo e a transmissibilidade, em média, é de duas semanas após o início dos sintomas. O tratamento consiste na introdução precoce de antibioticoterapia adequada para erradicar o bacilo diftérico da orofaringe entre 24 a 48 horas após a sua introdução (BRASIL, 2014).

O portador do bacilo elimina-o por um período de seis meses ou mais, motivo pelo qual se torna extremamente importante na disseminação da doença. A imunidade do indivíduo pode ser naturalmente adquirida pela passagem de anticorpos maternos via transplacentária ou através de infecção inaparente atípica, que confere imunidade em diferentes graus; também pode ser

adquirida ativamente, através da vacinação com a vacina dupla adulto (BRASIL, 2014).

Composição da vacina: adsorvida difteria e tétano adulto, é uma associação dos toxoides diftérico e tetânico, tendo o hidróxido de alumínio como adjuvante e timerosol como conservante. Apresentação em frasco unidose ou multidose. É indicada para prevenir o tétano e a difteria e em mulheres em idade fértil, gestantes e não gestantes também previne o tétano neonatal. O volume a ser administrado é de 0,5 mililitro (ml) por via intramuscular profunda, preferencialmente na região do deltoide, face externa superior do braço (BRASIL, 2014).

A vacina deve ser mantida em conservação em câmara fria, entre as temperaturas de +2° e +8 °C, não podendo ser congelada, pois o congelamento provoca a perda de potência e/ou forma agregada e aumenta o risco de reação (BRASIL, 2014).

Febre amarela:

Doença infecciosa febril aguda, transmitida por vetor artrópode, possui dois ciclos epidemiológicos distintos (silvestre e urbano). Sua maior importância epidemiológica se deve à gravidade clínica e elevado potencial de disseminação em áreas urbanas. O agente etiológico é um arbovírus (vírus transmitido por vetores artrópodes) pertencente ao gênero *Flavivirus* e é constituído de RNA de fita simples (BRASIL, 2009).

Na febre amarela silvestre, os primatas não humanos (macacos) são os principais hospedeiros e a transmissão ocorre a partir de vetores silvestres, onde o homem participa como hospedeiro acidental. Na febre amarela urbana, o homem é o único hospedeiro com importância epidemiológica e a transmissão se dá a partir de vetores urbanos infectados, onde o principal é o *Aedes aegypti* (BRASIL, 2009).

O modo de transmissão é através da picada de mosquitos transmissores infectados (fêmea) e não há transmissão de pessoa a pessoa. O período de incubação é de três a seis dias após a picada pelo mosquito infectado. O período de transmissibilidade compreende dois ciclos: intrínseco, que ocorre no ser humano e extrínseco, que ocorre no vetor. A viremia humana dura no máximo

sete dias e vai desde 24 a 48 horas, antes do aparecimento dos sintomas de três a cinco dias após o início da doença. No mosquito, após o repasto com sangue infectado, o vírus vai se localizar nas glândulas salivares da fêmea do mosquito, onde se multiplicam depois de oito a doze dias de incubação e podem transmitir o vírus até o final de sua vida. A infecção confere imunidade permanente; filhos de mães imunes podem apresentar imunidade passiva, já a imunidade ativa se dá através da vacinação (BRASIL, 2014).

O quadro clínico é caracterizado por insuficiência hepática e renal, tendo em geral apresentação bifásica, com um período inicial prodômico (infecção) e um toxêmico, que surge após uma aparente remissão e evolui, em muitos casos, para óbito. Sintomas gerais são: febre, calafrio, cefalalgia, lombalgia, mialgia generalizada, prostração, náusea e vômito (período de infecção). No período toxêmico: reaparece a febre, a diarreia e o vômito (com aspecto de borra de café), instalação de quadro de insuficiência hepatorenal (icterícia, oligúria, anúria e albuminúria), manifestações hemorrágicas e prostração intensa com evolução para coma e morte (BRASIL, 2009).

A vacina da febre amarela é apresentada sob a forma liofilizada, em frasco multidose. É composta de vírus vivo atenuado derivado da linhagem 17DD. Tem como excipiente a sacarose, o glutamato de sódio, o sorbitol, a eritromicina e a canamicina. Está indicada como medida de prevenção da febre amarela em residentes ou viajantes que se deslocam para áreas de recomendação vacinal e países com risco para a doença. Como contraindicação: menores de 6 meses de idade, imunodeprimidos graves, independente do risco de exposição e portadores de doenças autoimunes; também para gestantes ou mulheres que estejam amamentando crianças menores de 6 meses, idosos com 60 anos ou mais que são vacinados pela primeira vez (somente receberá a vacina mediante carta de indicação médica), anafilaxia após ingestão de ovo de galinha (BRASIL, 2014).

O esquema vacinal é de uma dose com volume de 0,5 mililitros (ml), por via subcutânea, preferencialmente na região de deltoide na face externa superior do braço. Não deve ser administrada simultaneamente com a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) devendo respeitar um intervalo de 30 dias entre elas.

A conservação deve ocorrer mantendo-a entre a temperatura de +2° e +8 °C, não podendo ser congelada, pois o congelamento provoca a perda de potência e/ou forma agregada e o aumento do risco de reações (BRASIL, 2014).

Hepatite B:

As hepatites virais são doenças causadas por diferentes vírus hepatotrópicos que apresentam características epidemiológicas e clínicas distintas. Possuem distribuição universal, têm grande importância para a saúde pública em virtude do número de indivíduos acometidos e das complicações resultantes das formas agudas e crônicas da infecção (SBGG, 2016).

O vírus da hepatite B (VHB) tem genoma DNA e pertence à família *Hepadnaviridae*; o homem é o único reservatório de importância epidemiológica. A transmissibilidade se dá pelo sangue (via parenteral vertical), esperma e secreção vaginal (via sexual), compartilhamento de objetos contaminados, como lâmina de barbear e depilar, escova de dente, alicates de unha, materiais para piercing e tatuagem, seringas e agulhas (utilizadas para drogas ilícitas injetáveis), acidente com material perfurocortante (profissionais de saúde), transfusão de sangue e hemoderivados. Geralmente, a transmissão vertical ocorre no momento do parto (BRASIL, 2009).

O período de incubação do vírus da hepatite B varia de 30 a 180 dias e o período de transmissibilidade de duas a três semanas antes dos primeiros sintomas, se mantendo durante a evolução clínica da doença, sendo que o portador crônico pode transmitir o VHB por vários anos (BRASIL, 2014).

Sinais e sintomas são definidos como: sintomático icterico - icterícia subitamente, com ou sem sintomas, como febre, mal-estar, náusea, vômito, mialgia, colúria e acolia fecal; sintomáticos anictérico - sem icterícia, mas apresentando quadro com febre, mal-estar, náusea, vômito, mialgia e exames laboratoriais aminotransferase aumentado; assintomático - exposto a uma fonte de infecção, como hemodiálise, acidente ocupacional (acidente com material perfurocortante), transfusão de sangue, procedimento cirúrgico e uso de drogas endovenosas (BRASIL, 2014).

A importância da vacinação na população idosa se deve à mudança no padrão sexual dos homens com mais de 60 anos em decorrência dos medicamentos para tratamento de disfunção erétil, proporcionando atividade sexual mais intensa. Nas mulheres, prevalece a atividade sexual, porém, devido à dificuldade para negociar o uso de preservativo com seus parceiros (SBGG, 2016).

A vacina da hepatite B (recombinante) é apresentada na forma líquida em frasco unidose ou multidose, contém antígeno recombinante de superfície (HBsAg) que é purificado por vários métodos físico-químicos e adsorvidos por hidróxido de alumínio, tendo o timerosol como conservante. Indicado para recém-nascidos, gestantes, população de 1 a 49 anos, indivíduos dos grupos vulneráveis (incluindo os idosos) e situações em que haja indicação (BRASIL, 2014).

O esquema vacinal compreende três doses, sem reforço. O volume administrado é de 1 mililitro (ml) a partir de 20 anos e a via de administração é a intramuscular, preferencialmente a região do deltoide. Quando a vacina for administrada concomitantemente com a vacina dupla adulto, recomenda-se preconizar o braço direito para hepatite B e o esquerdo para a dupla adulto. A conservação deverá ser entre +2° a +8 °C, não podendo ser congelada, pois o congelamento provoca a perda de potência e/ou forma agregada e o aumento do risco de reações (BRASIL, 2014).



Refleta

A vacina contra a Hepatite B tem uma importância e preocupação epidemiológica grande. Quais medidas estratégicas podem ser realizadas para conscientizar a população maior de 60 anos a tomar a vacina?

Influenza:

Influenza ou gripe é uma infecção viral aguda do sistema respiratório, de elevada transmissibilidade e distribuição global. O indivíduo pode contraí-la ao longo da vida e tem evolução autolimitada. No entanto, de acordo com seu agente etiológico, ela pode apresentar formas mais ou menos graves. As síndromes gripais são classificadas de acordo com a gravidade das manifestações clínicas e potenciais pandêmicos (BRASIL, 2009).

Influenza sazonal: tem início abrupto, com febre maior ou igual a 38 °C, tosse seca, dor de garganta, mialgia, dor de cabeça e prostração; com evolução autolimitada de poucos dias. Sua principal complicação é a pneumonia; o padrão sazonalidade varia entre as diferentes regiões, ocorre com maior frequência nos meses mais frios, clima temperado ou períodos chuvosos. Manifesta-se por meio de surtos anuais. Muitas vezes é confundida com outras viroses respiratórias (BRASIL, 2009).

Influenza pandêmica ou com potencial para pandemia: vírus da influenza A e B possuem vários subtipos que sofrem contínuas mutações, surgindo novas cepas. Quando ocorre a mutação e a recombinação de genes entre as cepas, o risco de produção de epidemia ou pandemia é muito elevado (BRASIL, 2009).

Tem como agente etiológico o vírus, compostos por RNA de hélice única que se subdividem em A, B e C. O tipo A são mais susceptíveis a variações antigênicas e são responsáveis pela ocorrência da maioria das epidemias de gripe; classificados de acordo com o tipo de proteína (hemaglutinina - H e neuraminidase - N). Vírus tipo B sofrem menos variações antigênicas e são associados com epidemias mais localizadas e o vírus C são antigenicamente estáveis, provocando doenças subclínicas e não ocasionam epidemia (BRASIL, 2014).

Os principais reservatórios descritos são: seres humanos, suínos, equinos, focas, aves (principalmente as migratórias). O modo de transmissão mais comum da influenza sazonal é o contato direto (pessoa a pessoa) por meio de gotícula de aerossol expelida pelo indivíduo infectado ao falar, tossir, espirrar; no indivíduo saudável infectado, a transmissão se dá entre 24 a 48 horas antes do início dos sintomas. Pode ocorrer transmissão indireta por meio de contato com a secreção de pessoa doente, sendo as mãos o principal veículo (BRASIL, 2014).

Como manifestações clínicas: início abrupto dos sintomas com febre alta, calafrio, cefaleia, tosse seca, mialgia, fadiga e anorexia. Podem ocorrer complicações nos extremos de idade e indivíduos com alguma condição clínica, como doença crônica pulmonar, cardiopatia, doença metabólica crônica, imunodeficiência, doença renal crônica, gestação ou hemoglobinopatia (BRASIL, 2009).

Devido à elevada taxa de mutação do vírus, anualmente faz-

se necessário a modificação da composição da vacina (após sistema de monitoramento do vírus). A importância da vacinação da população idosa se deve à eficácia vacinal como medida para prevenir a gripe e reduzir a morbimortalidade associada à doença nesse grupo populacional (SBGG, 2016).

A vacina é composta por diferentes cepas do vírus *Myxovirus influenzae* inativado, fragmentado e purificado, cultivados em ovos embrionários de galinha, contendo, também, traços de neomicina ou polimixina, gentamicina e o timerosol como conservante. É indicado para prevenir contra o vírus da influenza e complicações da doença (pneumonia bacteriana secundária); contraindicado para crianças menores de 6 meses de idade e indivíduos que apresentaram hipersensibilidade em doses anteriores (BRASIL, 2014).

A vacina é administrada anualmente, preferencialmente no início do outono, como grupo prioritário temos: crianças maiores de seis meses, gestantes, idosos, profissionais de saúde, cuidadores de idosos, pacientes imunocomprometidos e em 2017 os profissionais de educação. O esquema vacinal consiste em uma dose anualmente por via intramuscular ou subcutânea, preferencialmente na região do deltoide; pode ser aplicada com outras vacinas ou medicamentos (BRASIL, 2014).

Evento adverso: é bem tolerada, podendo aparecer evento adverso local benigno, como dor, sensibilidade no local da aplicação e endureção; como evento sistêmico: manifestação leve de síndrome gripal (febre, mal-estar e mialgia) ou reações anafiláticas (muito raras). Há relato de ocorrência de Síndrome de Guillain Barré que quase sempre aparece entre 7 a 21 dias e no máximo até 42 dias, relacionados especificamente a alguns lotes da vacina (BRASIL, 2014).

Como contraindicação da vacinação: febre aguda moderada ou grave, trombocitopenia ou qualquer distúrbio de coagulação (neste caso, opta-se pela vacinação subcutânea), indivíduos com história de reação anafilática prévia ou reação alérgica a ovo de galinha e seus derivados (BRASIL, 2014).

Durante a campanha de vacinação contra a influenza, os idosos institucionalizados também recebem a vacina Pneumocócica 23-valente (PN 23).



Leia o artigo científico relacionado à vacina contra a influenza:

VICTOR, J. F, et al. Fatores associados à vacinação contra a influenza A (H1N1) em idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2014, v. 48, n. 1, p. 48-65.

Pneumocócica

As síndromes clínicas mais importantes são a pneumonia bacteriana e a meningite. A pneumonia é a apresentação clínica em adultos e idosos. A doença é causada pela bactéria *Streptococcus pneumoniae* e é a principal causa de morbimortalidade no mundo em todas as faixas etárias, principalmente nos extremos de idade; os idosos são classificados como grupo de risco para complicações e mortalidade (BRASIL, 2009).

A vacina é constituída de uma suspensão de antígeno polissacarídico purificado, não conjugado, com 23 sorotipos de pneumococos. O esquema vacinal consiste na aplicação de uma dose durante a Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza e uma adicional após cinco anos da dose inicial. Como evento adverso, normalmente são locais com dor, eritema que regridem com rapidez, e como contraindicação, caso de anafilaxia em dose anterior (BRASIL, 2014).



Exemplificando

Idosos institucionalizados são classificados como grupo vulnerável para contrair doenças pulmonares. Em uma campanha de vacinação contra a influenza, a equipe de Vigilância Epidemiológica constatou que na maioria das instituições geriátricas do município, os idosos institucionalizados, tanto os recém-admitidos como os internados a mais tempo, não apresentavam carteira de vacinação atualizada contra a influenza (anualmente) e a maioria não apresentava nenhuma dose da vacina Pneumo 23; quando questionado aos profissionais de enfermagem que atuavam no estabelecimento, também foi constatado esquema vacinal incompleto. Como medida de regularização da situação vacinal dos internos, foi estabelecido uma campanha específica para esse estabelecimento, onde a equipe multiprofissional que atua no estabelecimento e os familiares responsáveis pelo idoso

foram convocados para receberem orientação sobre a importância da vacinação ao idoso institucionalizado e procedeu com a vacinação em massa de todos os indivíduos.

Sem medo de errar

O envelhecimento relaciona-se a um aumento de doenças degenerativas e com elas uma imunodeficiência do sistema imunológico, deixando o idoso mais vulnerável a ações danosas de vírus e bactérias. Por isso a importância da imunização específica para idosos (SBGG, 2016).

O profissional de saúde em gerontologia tem como principal objetivo a prevenção e a promoção de um envelhecimento livre de doenças, melhor bem-estar, qualidade e expectativa de vida. Neste campo, entra a imunização como forma de prevenção de doenças infecciosas, redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida. Com o envelhecimento ocorrem alterações imunológicas, aumentando o risco de infecções, podendo associar-se ao declínio funcional e comorbidades, causando aumento das taxas de hospitalizações e morbimortalidade (SBGG, 2016).

Como objetivo da vacinação do idoso, espera-se: protegê-lo de doenças infecciosas potencialmente graves; reduzir a suscetibilidade e o risco de quadros infecciosos graves pela presença de comorbidade; prevenir a descompensação de doenças de base causada por doenças infecciosas e melhorar a qualidade e a expectativa de vida (SBGG; SBlm, 2016).

Avançando na prática

Campanha Nacional de Imunização à pessoa idosa

Descrição da situação-problema

O município de Maringá realizou uma campanha publicitária para alertar e atrair as pessoas idosas com relação ao Programa Nacional de Imunização do Idoso. Utilizou como slogan: "É

fundamental que a pessoa idosa mantenha seu cartão de vacinação atualizado, com todas as vacinas para sua faixa etária. E você, já atualizou sua carteira de vacinação?”.

Com essa estratégia pretende atingir a cobertura vacinal da faixa etária de adultos maiores de 60 anos, prevenindo e promovendo a saúde do idoso.

Quais são as vacinas indicadas para os adultos com 60 anos ou mais, propostas pelo Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Imunização?

Resolução da situação-problema

O calendário vacinal para adultos com 60 anos ou mais compreende as seguintes vacinas:

- Dupla adulto: três doses com os seguintes intervalos - entre a primeira e segunda dose, intervalo mínimo de 30 dias e entre a primeira e terceira dose, intervalo de quatro a seis meses. Reforço a cada 10 anos.

- Hepatite B: três doses com o mesmo esquema vacinal da dupla adulto, porém, não tem reforço.

- Febre amarela: idosos que residam ou viajam para áreas de risco para a doença deverão receber uma dose da vacina e um reforço após 10 anos.

- Influenza: deve ser administrada anualmente, preferencialmente no início do outono. Para os idosos institucionalizados, além da vacina da influenza, têm direito à vacina Pneumo 23.

Faça valer a pena

1. O sr. João Carlos, idoso de 64 anos, procura o posto de saúde para vacinação, pois foi contratado em uma empresa privada que solicitou, dentre os documentos pessoais, a carteira de vacinação atualizada. A enfermeira Maria José perguntou ao sr. João se ele tinha carteira de vacinação e ele disse que tinha, porém, não sabia onde estava, mas que

lembrava que havia tomado algumas vacinas e também contra a influenza anualmente.

Como a enfermeira Maria José deve proceder para atualização vacinal do sr. João?

- a) Iniciar esquema de vacinas: sarampo/caxumba/rubéola (SCR), difteria/tétano, febre amarela e influenza.
- b) Completar esquema vacinal conforme o idoso havia informado.
- c) Não administrar a vacina contra a influenza.
- d) Iniciar esquema de vacinas: dupla adulto, hepatite B, influenza e febre amarela.
- e) Iniciar esquema vacinal contra: toxoide tetânico (TT), sarampo/caxumba/rubéola (SCR), Pneumo 23, hepatite B e influenza.

2. Influenza ou gripe é uma infecção aguda do sistema respiratório, de elevada transmissibilidade e distribuição global. O indivíduo pode contraí-la ao longo da vida e tem evolução autolimitada. No entanto, de acordo com o seu agente etiológico, ela pode apresentar formas mais ou menos graves. As síndromes gripais são classificadas de acordo com a gravidade das manifestações clínicas e potenciais pandêmicos. Anualmente, as vacinas são redefinidas devido a(à) _____.

Após interpretação do texto, complete a lacuna com a alternativa correta:

- a) Novas combinações virais.
- b) Variação dos componentes H e N.
- c) Associação de vários vírus.
- d) Mutação da bactéria.
- e) Mutação do vírus.

3. A transmissibilidade se dá pelo sangue (via parenteral vertical), esperma e secreção vaginal (via sexual), compartilhamento de objetos contaminados, como lâmina de barbear e depilar, escova de dente, alicates de unha, materiais para piercing e tatuagem, seringas e agulhas (utilizadas para drogas ilícitas injetáveis), acidente com material perfurocortante (profissionais de saúde), transfusão de sangue e hemoderivados. Geralmente, a transmissão vertical ocorre no momento do parto.

O período de incubação varia de 30 a 180 dias e o período de transmissibilidade de duas a três semanas antes dos primeiros sintomas, mantendo-se durante a evolução clínica da doença, sendo que o portador crônico pode transmitir por vários anos.

Após a análise do texto, qual a vacina descrita? Assinale a alternativa correta:

- a) Dupla viral.
- b) Dupla adulta.
- c) Hepatite B.
- d) Hepatite C.
- e) Febre amarela.

Seção 4.3

Estratégias educativas à saúde do idoso

Diálogo aberto

A equipe multiprofissional do departamento de programas de saúde no município de Joanópolis elaborou uma semana de ações educativas denominada de "Ações educativas na saúde do idoso", em que abordam os temas: diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade e sedentarismo. No entanto, ao procurarem as informações no Manual de Boas Práticas do Departamento de Programas de Saúde, constataram que estes protocolos não estavam descritos. Imediatamente procuraram a enfermeira Ana e a sua estagiária para que juntos construíssem um novo manual, especificamente para as ações educativas, que seria denominado "Manual de Ações Educativas na Saúde do Idoso: diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade, sedentarismo e importância do trabalho multiprofissional nas ações educativas". Para que fosse desenvolvido, teriam que responder ao seguinte questionamento: qual a importância das ações educativas no autogerenciamento dos cuidados de saúde pelo idoso?

Não pode faltar

Ações educativas no cuidado com o diabetes mellitus

O processo de educação em saúde do idoso com diabetes mellitus (DM) deve ser iniciado na primeira consulta e elaborado um plano de cuidados e estímulo ao autocuidado criterioso e pactuado com o paciente, que inclui mudanças no estilo de vida (MEV), alimentação saudável e atividade física regular.

O enfermeiro tem um papel importante, pois ao realizar a consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, realiza a estratificação do risco cardiovascular e a orientação sobre mudanças no estilo de vida (MEV), tendo como objetivo o levantamento de informações da doença em familiares, contexto social e econômico, grau de instrução e compreensão, potencial para o autocuidado e condições de saúde.

É importante que o enfermeiro oriente e estimule medidas que melhorem a qualidade de vida, como hábitos alimentares saudáveis, estímulo à atividade física regular, redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo (BRASIL, 2013).

As ações educativas não são papéis exclusivos de médicos e enfermeiros, mas de uma equipe multiprofissional de saúde, como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores físicos, em que cada profissional em sua área de atuação estimule o paciente a manter hábitos de vida mais saudáveis. As ações educativas possuem baixo custo e risco mínimo, pois ajudam no controle da glicemia e de outros fatores de risco, melhoram a adesão ao tratamento medicamentoso e diminuem outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (KLEIN et al., 2004; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004a; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004b; TUOMILEHTO, 2001).

Com a realização da sistematização da assistência de enfermagem, é possível ao enfermeiro elaborar um plano de ação educativa individualizada. Contar com o apoio da equipe multiprofissional (médico, nutricionista, psicólogo, assistente social, educador físico, por exemplo) faz com que o idoso se sinta assistido e amparado para lidar com essa doença crônica sem cura, melhorando sua autonomia e qualidade de vida.

Para que o programa de ações educativas multiprofissional gere resultados positivos, são necessários que esses profissionais passem por um processo de aprendizagem sobre: o que é a doença; opções de tratamento; custos, riscos e benefícios para auxiliar um indivíduo a adotar estratégias sobre qual regime terapêutico será adequado.

Como objetivo principal das ações educativas, podemos citar: fornecer ao idoso conhecimento, atitude e habilidade para desempenho do autogerenciamento dos cuidados da doença no controle de crises de hiper e/ou hipoglicemia e mudanças de comportamentos com relação aos hábitos alimentares e atividade física (SANTOS et al., 2008).

Entre os danos à saúde que podem ocorrer com o idoso estão: "disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos, cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, e redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida" (SCHMIDT et al., 2010).

Uma das principais complicações do diabetes descompensado é a amputação de membros, isto é, úlcera de pé (pé diabético), crônica e de maior impacto socioeconômico (BRASIL, 2013; BARR; BOUWMAN; LOBECK, 1996). A abordagem educativa deve versar para a prevenção da ocorrência de ulcerações nos pés e estabelecer um cuidado diário adequado para evitar internações desnecessárias e amputações.

Segundo o Ministério da Saúde, o Departamento de Atenção Básica estabelece abordagens educativas para prevenção e identificação precoce.

Abordagem educativa de pessoa com Diabetes Mellitus DM para prevenção da ocorrência de ulcerações nos pés e/ou sua identificação precoce:

A) Todas as pessoas com DM e baixo risco de desenvolver úlceras (Categoria 0)

Abordar:

- Cuidados pessoais e orientação para o autoexame do pé.
- Exame diário do pé para identificação de modificações (mudança de cor, edema, dor e parestesias, rachaduras na pele).
- Sapatos (reforçar a importância do sapato adequado, que deve se adaptar ao pé, evitar pressão em áreas de apoio ou extremidades ósseas).
- Higiene (lavar e secar cuidadosamente, especialmente nos espaços interdigitais) e hidratação diária dos pés com cremes (especialmente se possui pele seca).
- Cuidados com as unhas e os riscos associados com a remoção de pele e cutículas.
- Cuidado com traumas externos (animais, pregos, pedras nos sapatos etc.).
- Orientar a procurar um profissional de Saúde se perceber alteração de cor, edema ou rachaduras na pele, dor ou perda de sensibilidade.

B) Pessoas com DM e alto risco de desenvolver úlceras nos pés (Categoria 1 ou 2)

Abordar, além dos pontos listados no item (A), os seguintes:

- Evitar caminhar descalço.
- Procurar ajuda profissional para manejo de calos, ceratose e ruptura de continuidade da pele.
- Não utilizar produtos para calos e unhas sem a orientação de um profissional de saúde.
- Lembrar o potencial de queimadura dos pés dormentes, portanto, sempre verificar a temperatura da água em banhos, evitar aquecedores dos pés (bolsa de água quente, cobertores elétricos, fogueiras ou lareiras).
- Não utilizar sapatos novos por períodos prolongados e amaciar os sapatos novos com uso por pequenos períodos de tempo antes de utilizá-lo rotineiramente.
- Usar protetor solar nos pés.
- Recomendações para situações especiais (feriados, passeios longos, ocasiões sociais, como casamentos e formaturas) e inclusão na programação de períodos de repouso para os pés.

C) Pessoas com DM e presença de úlceras (Categoria 3)

Abordar, além dos itens (A) e (B), também os seguintes:

- Lembrar que infecções podem ocorrer e progredir rapidamente.
- A detecção e o tratamento precoce de lesões aumentam as chances de um bom desfecho.
- Repouso apropriado do pé/perna doente é fundamental no processo de cura.
- Sinais e sintomas que devem ser observados e comunicados aos profissionais de Saúde envolvidos no cuidado da pessoa: alterações no tamanho da ulceração e cor da pele (vermelhidão) ao redor da úlcera; marcas azuladas tipo hematomas e/ou escurecimento da pele, observar tipo de secreção (purulenta ou úmida onde antes era seca), surgimento de novas úlceras ou bolhas nos pés.

– Se dor (úlceras ficam dolorosas ou desconfortáveis ou pé lateja) retornar à Unidade Básica de Saúde UBS (BRASIL, 2013).



Assimile

As ações educativas no cuidado com o diabetes realizadas pela equipe multiprofissional tem como objetivo fornecer informações e estratégias para que o idoso realize o seu autocuidado, estimulá-lo à adoção de hábitos alimentares saudáveis e às atividades físicas regulares, com o intuito de atingir estabilidade dos índices glicêmicos e melhora na qualidade de vida e, conseqüentemente, ampliar a expectativa de vida.

Ações educativas no cuidado à hipertensão arterial

Dentre as ações educativas no cuidado com a hipertensão arterial, a consulta de enfermagem é considerada a primeira ação educativa, em que o enfermeiro deve levantar as informações necessárias para estabelecer um plano de cuidados individualizado e iniciar as orientações básicas com relação aos cuidados para manutenção da saúde. Na prática, representa um importante instrumento de estímulo à adesão às ações educativas e tem sido fundamental no acompanhamento de pessoas com pressão arterial limítrofe e hipertensão arterial sistêmica HAS, devido à formação de vínculo enfermeiro-paciente e melhor aceitação das orientações fornecidas (BRASIL, 2013).

Hábitos saudáveis de vida devem ser estimulados para toda a população desde a infância, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. A mudança no estilo de vida (MEV) tem como objetivo diminuir os fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV) e reduzir a pressão arterial. O início precoce das ações educativas possibilita à pessoa idosa a motivação para adoção de comportamentos que diminuam a pressão arterial e implementação de mudanças no estilo de vida. Ressalta-se ainda que essas ações devem ser tomadas em conjunto com a equipe multiprofissional.

O Ministério da Saúde, em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde, estabelece orientações para mudanças no estilo de vida do paciente portador de hipertensão arterial.

Tabela 4.2 | Modificações de estilo de vida para manejo da HAS

Modificação	Recomendação	Redução da PA em mmHg
Redução de peso	Manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m ² .	5 a 20
Alimentação saudável	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada.	8 a 14
Atividade física	Atividade aeróbica por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana.	4 a 9
Moderação no consumo de álcool	É aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que o consumo de álcool não ultrapasse 30 ml de etanol/dia (90 ml de destilados, ou 300 ml de vinho ou 720 ml de cerveja), para homens e, 15 ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso.	2 a 4

Fonte: adaptada de Chobanian et al. (2003).

Com relação às recomendações nutricionais, foram elaborados pelo Ministério da Saúde, os "Dez Passos para uma Alimentação Saudável para pessoas com HAS":

1. Procure usar o mínimo de sal no preparo dos alimentos. Recomenda-se para indivíduos hipertensos 4 g de sal por dia (uma colher de chá), considerando todas as refeições.

2. Para não exagerar no consumo de sal, evite deixar o saleiro na mesa. A comida já contém o sal necessário.

3. Leia sempre o rótulo dos alimentos, verificando a quantidade de sódio presente (limite diário: 2.000 mg de sódio).

4. Prefira temperos naturais, como alho, cebola, limão, cebolinha, salsinha, açafrão, orégano, manjericão, coentro, cominho, páprica, sálvia, entre outros. Evite o uso de temperos prontos, como caldos de carnes e de legumes, e sopas industrializadas. Atenção também para o aditivo glutamato monossódico, utilizado em alguns condimentos e nas sopas industrializadas, pois esses alimentos, em geral, contêm muito sódio.

5. Alimentos industrializados, como embutidos (salsicha, salame, presunto, linguiça e bife de hambúrguer), enlatados (milho, palmito, ervilha etc.), molhos (ketchup, mostarda, maionese etc.) e carnes salgadas (bacalhau, charque, carne seca e defumados) devem ser evitados, porque são ricos em gordura e sal.

6. Diminua o consumo de gordura. Use óleo vegetal com moderação e dê preferência aos alimentos cozidos, assados e/ou grelhados.

7. Procure evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e o uso de cigarros, pois eles contribuem para a elevação da pressão arterial.

8. Consuma diariamente pelo menos três porções de frutas e hortaliças (uma porção = 1 laranja média, 1 maçã média ou 1 fatia média de abacaxi). Dê preferência a alimentos integrais, como pães, cereais e massas, pois são ricos em fibras, vitaminas e minerais.

9. Procure fazer atividade física com orientação de um profissional capacitado.

10. Mantenha o seu peso saudável. O excesso de peso contribui para o desenvolvimento da hipertensão arterial.

A promoção do estilo de vida mais ativo tem sido utilizada como estratégia de desenvolver melhoria nos padrões de saúde e na qualidade de vida. Estudos recentes têm demonstrado que intervenções não farmacológicas no manejo da HAS, complementares ao tratamento, são cada vez mais relevantes na prática clínica. A redução do peso e a menor ingestão de sódio e álcool, associados às práticas corporais, podem reduzir em até 10 mmHg a pressão arterial sistólica (PAS). (KITHAS; SUPIANO, 2010, p. 561-569)



Quando a equipe multiprofissional realizar orientação com relação à prática da atividade física deve estar atenta a alguns aspectos importantes: faça uma avaliação inicial (médico, enfermeiro, nutricionista e educador físico) e considerando a história clínica atual e progressa, comorbidades, controle da pressão arterial, medicamentos em uso e adesão ao tratamento, somente após.



Pesquise mais

Pesquise maiores informações com relação às ações educativas no cuidado com a hipertensão:

REZENDE, A. M. B. **Ações educativas na atenção básica à saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial:** avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional. (Tese de Doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2011, p. 220.

Ações educativas no cuidado com a obesidade



A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida, e ainda ter implicações diretas na aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea. (BRASIL, 2006c, [s.p])

“A obesidade é um agravo multifatorial originado, na maioria dos casos, pelo desequilíbrio energético, quando o indivíduo consome mais energia do que gasta resultando em ganho de peso” (OMS, 1995, [s.p.]).

Vários métodos são utilizados para a classificação do grau de obesidade, porém, o mais utilizado é o índice de massa corporal - IMC - (calculado pelo peso e estatura), além de ser uma medida não invasiva, apresenta baixo custo operacional.

A prevenção e o controle da obesidade devem ser medidas de apoio na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou a recuperação do peso saudável.

Quadro 4.1 | Fluxograma descritivo de atividades para a Atenção à Saúde, segundo classificação do IMC na Atenção Básica para indivíduos adultos

Normal - IMC <25 kg/m ² Vigilância alimentar e nutricional, ações de promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física.
Sobrepeso - IMC de 25 a 29,9 kg/m ² Vigilância alimentar e nutricional, ações de promoção da alimentação adequada e saudável, atividade física e plano de ação para voltar ao IMC normal.
Sobrepeso - IMC de 25 a 29,9 kg/m ² com comorbidades Vigilância alimentar e nutricional, orientação sobre alimentação adequada e saudável, atividade física e prescrição dietética.
Obesidade - IMC de 30 a 40 kg/m ² com e sem comorbidades Vigilância alimentar e nutricional, orientação sobre alimentação adequada e saudável, atividade física, prescrição dietética, terapia comportamental e farmacoterapia.

Fonte: Brasil (2013).

Esse levantamento diagnóstico com relação à pessoa idosa com sobrepeso e obesidade é importante, pois favorece o fortalecimento e a qualificação da atenção à pessoa através da integralidade e multidisciplinaridade do cuidado.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a classificação do estado nutricional se dá:

- Baixo peso - <22 kg/m².
- Eutrófico - >22 e <27 kg/m².
- Sobrepeso - >27 kg/m².

Inicialmente, o paciente idoso deve ser: pesado e medido; avaliado os hábitos alimentares do idoso e o recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite, entre outros). Avaliar resultados de exames clínicos e laboratoriais, além de hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes, prática de atividade física, funcionamento intestinal, entre outros).

Quando o idoso passa a perder a autonomia física, motora, social e financeira, apresenta hábitos alimentares não tão saudáveis, pois dependem de outras pessoas (familiares ou não) para compra

e preparo de sua alimentação, que na maioria dos casos não apresenta um equilíbrio nutricional.

Com relação aos cuidados com o idoso obeso, a equipe de saúde deve considerar os diferentes aspectos que interferem na qualidade de vida dos idosos, visando à melhoria de sua autoestima e motivação para a realização de tarefas cotidianas, entre elas a alimentação saudável e enfatizar a importância da nutrição e da promoção de hábitos alimentares saudáveis. Já com relação à atividade física, deve ser orientada e monitorada por profissional qualificado, respeitando as condições de saúde e limitação física de cada pessoa, com o objetivo principal de reduzir massa corpórea e outros efeitos adversos à saúde causados pela obesidade (MCTIGUE; HESS; ZIOURAS, 2006). A prática de atividade física deve, também, levar em consideração as doenças crônicas, as deficiências sensoriais ou as limitações funcionais dessa população (BRASIL, 2010).



Refleta

Refleta sobre a questão de obesidade na população idosa:

Qual a ação do enfermeiro com relação ao aumento das taxas de obesidades em idosos, principalmente institucionalizados?

Ações educativas no cuidado com o sedentarismo



A prática regular de atividade física está relacionada com a melhoria da capacidade cardiovascular e respiratória, da resistência física e muscular, da densidade óssea e da mobilidade articular, da pressão arterial em hipertensos, entre outros, além de causar aumento da autoestima, diminuição da depressão, alívio do estresse, aumento do bem-estar e redução do isolamento social. (BRASIL, 2014, p. 129-34)

O sedentarismo está associado ao aumento de peso, ao aumento do risco para doenças cardiovasculares, respiratórias, metabólicas e, principalmente, à diminuição da qualidade de vida.

Alguns estudos apontam que o sedentarismo apresenta altos índices na população em geral, o que causa grande preocupação com relação à qualidade de vida da população e, principalmente, nos extremos de idade. Alguns estudos apontam que os exercícios físicos podem ajudar as pessoas a manterem maior vigor possível, com isso, melhorar a função em diversas atividades e aumentar a qualidade de vida com o passar dos anos. A prática de exercício físico, como medida de combater o sedentarismo, contribui para a manutenção da aptidão física do idoso, seja na sua vertente da saúde, como nas capacidades funcionais, melhora das funções orgânicas e cognitivas, garantindo maior independência pessoal e prevenindo doenças.

Segundo o Ministério da Saúde:

O incentivo e o apoio à adoção de modos de viver saudáveis devem ser prioridades no acompanhamento dos usuários. Dessa forma, busca-se promover a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população por meio de ações que permitam aos cidadãos conhecer, experimentar e incorporar a prática regular de atividades físicas. (BRASIL, 2006c, [s.p])

A adoção da prática de realização de atividade física reduz o consumo de medicamentos, estimulam a socialização com outros idosos e a formação de redes de suporte social. Neste contexto, a participação da equipe multiprofissional, na avaliação do idoso, tem um papel fundamental. Podemos citar também os benefícios das práticas regulares como: melhora no sistema locomotor, mais agilidade, flexibilidade, força, diminuição das dores musculares e articulares, retarda a atrofia dos músculos, evitando, assim, a descalcificação dos ossos (QUINTILIANO, 2003). O idoso se sentirá capaz de realizar suas atividades diárias, seus passeios, suas tarefas na comunidade, e viverá mais saudável e prazerosamente (POWERS; HOWLEY, 2006).

Em 2011, foi instituído o "Programa Academia da Saúde", Portaria MS/GM nº 719, de 7 de abril de 2011, pelo Ministério da Saúde, que tem como objetivo:



Contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física, de lazer e modos de vida saudáveis, e é desenvolvido localmente pelos municípios. (BRASIL, 2010, [s.p.]

Importância do trabalho multiprofissional nas ações educativas

Os profissionais da saúde estão inseridos no contexto da fragilidade que o idoso apresenta com o envelhecimento, e as ações educativas desenvolvidas pela equipe multiprofissional têm a finalidade de promover a saúde do idoso e fazer com que o envelhecimento seja saudável e ativo e o aumento da expectativa de vida como preconizado nas políticas públicas de saúde.

As ações educativas devem ser desenvolvidas pelos profissionais da saúde, entre os quais está o enfermeiro, que é o principal ator, pois é o profissional que tem o primeiro contato com o idoso e inicia uma relação de vínculo dialógico-reflexiva, com a conscientização sobre sua saúde e a percepção como participante ativo na transformação de vida.

Alguns autores afirmam que a promoção da qualidade de vida para o idoso está diretamente relacionada à atividade física, pois melhora a saúde física e mental, propicia maior contato social, melhora nas atividades básicas e instrumentais de vida e bem-estar emocional. As ações educativas multiprofissionais propiciam uma forma de aprendizagem com relação ao autogerenciamento, utilizando ferramentas como dinâmicas de grupo, oficinas, cartazes, cartilhas, entre outros métodos, em que o objetivo principal é a adesão às atividades propostas.

Em alguns levantamentos bibliográficos, observa-se que a intervenção educativa ocasionou uma ampliação da rede social, da autodeterminação, melhoria no humor, novas maneiras de viver/envelhecer, articulação de saberes e conhecimentos, a partir de suas vivências e reflexão para mudanças. Essa rede apresenta

importância significativa, principalmente no que diz respeito à manutenção da qualidade de vida e à promoção da saúde.

Para que ocorram mudanças no comportamento e nas atitudes dos idosos, deve ocorrer uma abertura para que todos os envolvidos no processo educativo aprendam, ensinem e produzam novos conhecimentos de maneira compartilhada.



Exemplificando

No município de Varginha, a secretaria de saúde, através do departamento de programas de saúde, criou um grupo de educação em saúde para os idosos com participação dos seguintes profissionais: enfermeiro, psicólogo, médico, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta e como convidado, um educador físico. Esse programa foi divulgado em todas as mídias (jornais, rádio, televisão) e panfletagem, além do convite diretamente ao idoso em todas as unidades básicas de saúde.

Para surpresa dos organizadores, ocorreu uma adesão ao programa considerável e participação ativa dos idosos. Foram ministradas palestras sobre alimentação saudável; importância da atividade física; autocontrole da glicemia, pressão arterial; medidas de prevenção da obesidade e sedentarismo. Também foram realizados convites aos idosos para a prática de caminhada orientada (guiada pelo educador físico), entre outras atividades.

Como resultado obtido, após seis meses, os idosos relatavam melhora na qualidade de vida, mais disposição para seu autocuidado e independência.

Sem medo de errar

Relembrando o questionamento feito anteriormente: “qual a importância das ações educativas no autogerenciamento dos cuidados de saúde pelo idoso?”

A educação em saúde deve ser desenvolvida pelos profissionais da saúde, entre os quais está o enfermeiro, que é o principal ator, pois estabelece a relação dialógico-reflexiva entre profissional e cliente e visa à conscientização deste sobre sua saúde e a

percepção como participante ativo na transformação de vida. Ela é entendida como prática para a transformação dos modos de vida dos indivíduos e da coletividade e, conseqüentemente, promover qualidade de vida e saúde.

Os programas educacionais podem melhorar a percepção de saúde e a vitalidade dos idosos, porém, o número de comorbidades pode interferir nos efeitos dos programas de educação e de exercícios. Em contrapartida, as atividades de educação em saúde, principalmente as realizadas em grupo, podem contribuir na saúde do idoso com comorbidades, promover a sua saúde e prevenir os agravos.

Avançando na prática

Educação em saúde

Descrição da situação-problema

Em Itapuã foi realizada uma atividade de final de semana, promovida pelo departamento de Programas de Saúde - Secretaria de Saúde, denominada de "Sábado, ação saúde na praça", onde foram realizadas várias atividades como: verificação de pressão arterial, glicemia capilar, índice de massa corpórea (IMC) e aula de alongamento, mas para que a população pudesse realizar esses testes deveriam primeiro participar das palestras educativas no cuidados com diabetes, hipertensão, obesidade e sedentarismo, pois ao final da palestra estariam recebendo um fôlder de orientação e um vale com os seguintes dizeres: "Você tem direito a aferir sua pressão arterial", "Você tem direito a realizar teste de glicemia", "Você tem direito a avaliar seu índice de massa corporal" e "Você poderá participar da aula de alongamento".

Para que a equipe multidisciplinar pudesse planejar essa ação educativa, quais instrumentos seriam necessários, como embasamento, para a elaboração das palestras educativas?

Resolução da situação-problema

Como primeira medida, será necessário levantar o “Manual de Ações Educativas na Saúde do Idoso: diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade, sedentarismo e importância do trabalho multiprofissional nas ações educativas” elaborado, aprovado e implantado pelo Departamento de Programas de Saúde. Nele, a equipe encontrará as informações padronizadas para cada agravo de saúde e as ações educativas.

Com base nessa padronização, a equipe poderá elaborar as palestras e aplicá-las no programa do final de semana.

Esse formato de ação saúde possibilita ao munícipe a participação ativa, pois fica livre para escolher as orientações que mais julgue relevante para sua vida. Condicionar a participação nas palestras antes de realizar os testes ou atividades programadas, oferece oportunidade e livre escolha do participante.

Faça valer a pena

1. No processo de educação em saúde do idoso com diabetes mellitus (DM), é fundamental que o plano de cuidado seja pactuado com a pessoa e inclua as mudanças de estilo de vida (MEV) recomendadas. O enfermeiro tem um papel importante, pois ao realizar a consulta de enfermagem abordando fatores de risco, realiza a estratificação do risco cardiovascular e orientação sobre MEV. A consulta de enfermagem tem o objetivo de conhecer a história pregressa do paciente, seu contexto social e econômico, grau de escolaridade, avaliar o potencial para o autocuidado e avaliar as condições de saúde.

Para que o paciente apresente adesão às orientações educacionais, qual perfil deve ter a equipe de saúde?

- a) Médico e enfermeiro.
- b) Educador físico e enfermeiro.
- c) Multiprofissional.
- d) Enfermeiro e psicólogo.
- e) Enfermeiro e nutricionista.

2. Hábitos saudáveis de vida devem ser estimulados para toda a população desde a infância, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. A mudança no estilo de vida (MEV) tem como objetivo diminuir os fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV) e reduzir a pressão arterial. O início precoce das ações educativas possibilita à pessoa idosa a motivação para adoção de comportamentos que diminuam a pressão arterial e implementação de mudanças no estilo de vida. Ressalta-se ainda que essas ações devem ser tomadas em conjunto com a equipe multiprofissional.

Com relação às orientações nutricionais, quais são os principais pontos a serem apresentados ao idoso como danosos à saúde?

- a) Consumo de temperos prontos, alimentos industrializados, uso de muito sal nos alimentos, consumo de álcool e fumo à vontade.
- b) Evitar a realização de atividades físicas e o consumo de alimentos industrializados, usar temperos caseiros.
- c) Não realizar restrição alimentar, álcool e fumo, manter hábitos sociais ativos, realizar três refeições diárias, evitar consumo de frutas e hortaliças.
- d) Manter peso saudável, participar de grupos de orientação, manter rede social para troca de experiências.
- e) Reduzir o sal nos alimentos, evitar os alimentos gordurosos e o consumo de álcool e atividade física regular.

3. A obesidade é um agravo multifatorial originado, na maioria dos casos, pelo desequilíbrio energético, quando o indivíduo consome mais energia do que gasta, resultando em ganho de peso. Para sua avaliação, existem diversos métodos, sendo que na prática clínica cotidiana e para a avaliação em nível populacional, o mais utilizado é o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) por ser uma medida não invasiva e de baixo custo.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a classificação do estado nutricional se dá:

- () Baixo peso - >22 e <27 kg/m².
- () Eutrófico - <22 kg/m².
- () Sobrepeso - >27 kg/m².

Conforme a classificação do estado nutricional do idoso, assinale V para verdadeiro ou F para falso:

- a) V, V, F.
- b) F, F, F.
- c) V, V, V.
- d) F, F, V.
- e) F, V, F.

Referências

AQUINO, D. R.; LUNARDI FILHO, W. D. Construção da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 60-70, jan./jun. 2004.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 36, n. suppl., 1 jan. 2013.

_____. Nutrition principles and recommendations in diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 27, Suppl. 1, jan. 2004a.

_____. Physical Activity/exercise and diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 27, Suppl. 1, p. S58-S62, jan. 2004b.

BARR, C. E.; BOUWMAN, D. I.; LOBECK, F. Disease state considerations. In: TODD, W. E.; NASH, D. **Disease management: a systems approach to improving patients outcomes**. Chicago: American Hospital Publishing Inc, 1996.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358 de 15/10/2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 out. 2009, Seção 1, p.179.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde na atenção básica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial e sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12), (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Cadernos da atenção básica**. Brasília: DAB, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Manual de normas e rotinas para vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, C. N. A. et al. Reinventando práticas de enferma-gem na educação em saúde: teatro com idosos. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 588-596, 2012.

CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. **The JNC 7 report**. **JAMA**, [S.l.], v. 289, n. 6, p. 2560-2572, dez. 2003.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Anotações de enfermagem**. São Paulo, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>>. Acesso em: 8 jan. 2015.

COSTA, M.; ROCHA, L.; OLIVEIRA, S. Educação em saúde: es-tratégia de promoção da qualidade de vida na terceira idade. **Revista Lusófona de Educação**, 2012, 22, p. 123-140.

FULY, P. S. C. et al. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 6, n. 61, p. 883-887, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 24. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GROSSI, S. A. A.; PASCALI, P. M. (Org.). **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus**. São Paulo: SBD, 2009.

GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. **Consenso internacional sobre pé diabético**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, 2001.

KITHAS, P. A.; SUPIANO, M. A. Practical recommendations for treatment of hypertension in older patients. **Vasc Health Risk Manag.**, [S.l.], v. 6, n. 9, p. 561-569, ago. 2010.

KLEIN, S. et al. Weigt management through lifestyle modification for the prevention and management of type2 diabetes: rationale and strategies: a statement of the American Diabetes Association, The North American Association for the study of obesity, and the American Society for clinical nutrition. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 27, p. 2067-2073, 2004.

MCTIGUE, K. M.; HESS, R.; ZIOURAS, J. Obesity in olders adults: a systematic review of the evidence for diagnostic and treatment. **Obesity**, [S.l.], v. 14, n. 9, set. 2006.

MELO, M. C. et al. O. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Cien. Saude Colet.**, v. 14, supl. 1, p. 1579-1586, 2009.

MELO, L. R.; PEDREIRA, M. L. G. Erros de medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, abr. 2005.

- OLIVEIRA, R. J. et al. Respostas hormonais agudas a diferentes intensidades de exercícios resistidos em mulheres idosas. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Niterói, v. 14, n. 4, jul./ago., 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação - relatório mundial. Brasília: OMS, 2007.
- _____. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. **WHO Technical Report Series**, Geneva, n. 854, 1995.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.
- PATROCINIO W. P.; PEREIRA B. P. C. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. **Trab. Educ. Saúde**, v. 11, n. 2, p. 375-394, 2013.
- PIVOTO, F. L. et al. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba/PR, v.9, n.2, p.32-42, 2004.
- POWERS, S. K.; HOWLEY, E. T. **Fisiologia do exercício**: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho. 5. ed. São Paulo: Manole, 2006.
- QUINTILIANO, F. **Larousse da terceira idade**. São Paulo: Larousse do Brasil, 2003.
- REPPETTO, M. Â.; SOUZA, M. F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 58, n. 3, p. 325-329, 2005.
- RUMOR, P. C. F. et al. A promoção da saúde nas práticas educativas da saúde da família. **Cogitare enferm.**, v. 15, n. 4, p. 674-680, 2010.
- SCHMIDT, M. I. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2009**: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília, 2010.
- SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Norma técnica do programa de imunização**. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/imunizacao/doc/vacinacao2017_calendario.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – SBGG. Sociedade Brasileira de Imunização. **Geriatría**: guia de vacinação 2016-2017. Rio de Janeiro: SBGG, 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009**. 3. ed. Itapevi: A. Araujo Silva Farmacêutica, 2009. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017.

SOUZA, M. F. et al. Bases teórico-metodológicas para a coleta de dados de enfermagem. In: BARROS, A. L. B. L. **Anamnese & Exame Físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SOUZA, L. B. et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 1, p. 55-60, 2010.

TORRES, H. C.; PEREIRA, F. R. L.; ALEXANDRE, L. R. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1077-1082, 2011.

TUOMILEHTO, J. et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 344, n. 18, 3 maio 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição Sudeste II. **Dez passos para alimentação saudável para pessoas com HAS**. Belo Horizonte: [s.n.], 2012.

ISBN 978-85-522-0138-0



9 788552 201380 >