

Prefeitura Municipal do Natal  
Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Atenção Básica

# Guia Básico de Atenção à Saúde do Idoso

DISTRIBUIÇÃO  
VENDA PROIBIDA  
GRATUITA



Natal-RN  
2016



Prefeitura Municipal do Natal  
Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Atenção Básica

# Guia Básico de Atenção à Saúde do Idoso



Natal-RN  
2016

2016

**Carlos Eduardo Nunes Alves**  
Prefeito de Natal

**Luiz Roberto Leite Fonseca**  
Secretário Municipal de Saúde de Natal

**Marcelo Bessa de Freitas**  
Secretário Adjunto de Atenção de Gestão  
Participativa do Trabalho e da Educação em  
Saúde

**Terezinha Guedes Rêgo de Oliveira**  
Secretária Adjunta de Logística em Saúde,  
Administração e Finanças

**Maria da Saudade de Azevedo Moreira**  
Secretária Adjunta de Atenção Integral à Saúde

**Ana Paula Queiroz da Silva**  
Departamento de Atenção Básica

**Jéssica de Souza Sales**  
Coordenação de Ações Programáticas

**Rossana Mota Costa**  
Núcleo de Saúde do Idoso

Comissão de organização  
**Rossana Mota Costa**  
**Jéssica de Souza Sales**

Comissão de Elaboração  
**Rossana Mota Costa** - DAB/SMS  
**Iêda Maria de Araújo Calife** - CEASI/SMS  
**Vilani Medeiros de Araújo Nunes** - UFRN  
**Meine Siomara Alcântara** - SMS  
**Válbia Maria de Oliveira Marinho** - NASF Santarém/SMS  
**Ana Maria de Araújo** - Conselho Municipal do Idoso - CMI  
**Equipe do Serviço de Atenção Domiciliar** - SAD Leste

Comissão de Apoio  
**Thiago da Silva Bezerra** - UFRN  
**Yngra Bastos Mesquita Minora de Almeida** - UFRN  
**Letícia Goes da Silva** - UFRN

Revisão Final  
**Tarcília Carmina Faria de Barros Bezerra** - DAB/SMS

Capa e Projeto gráfico  
**Waldelino Duarte**

**Ilustração da Capa**  
Juliano Barreto

### Divisão de Serviços Técnicos Catalogação da publicação na Fonte.

---

Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde.  
Departamento de Atenção Básica.  
Guia básico de atenção à saúde do idoso / Rossana Mota Costa... [et al.] (comissão elaboradora). – Natal, 2016.  
120 p.

Essa publicação é fruto de uma construção coletiva.

1. Saúde do idoso. 2. Acolhimento. 3. Comunicação. 4. Níveis de atenção. 5. Promoção à saúde.  
I. Costa, Rossana Mota. II. Calife, Iêda Maria de Araújo. III. Nunes, Vilani Medeiros de Araújo, IV.  
Alcântara, Meine Siomara. V. Marinho, Válbia Maria de Oliveira. VI. Araújo, Ana Maria de. VII. Título.

RN

CDU 616-053.9-083

---

Larissa Inês da Costa (CRB 15/657)

# Sumário

<b>1</b>	Introdução.....	11
<b>2</b>	Acolhimento à pessoa idosa na atenção básica.....	15
<b>2.1</b>	Fluxo de atendimento .....	17
<b>2.2</b>	O Território - responsabilidade da atenção básica.....	18
<b>3</b>	Comunicação entre profissionais e idosos.....	21
<b>3.1</b>	Capacidades sensório-perceptivas.....	22
<b>3.1.1</b>	Audição.....	22
<b>3.1.2</b>	Voz.....	23
<b>3.1.3</b>	Linguagem.....	23
<b>3.1.4</b>	Comunicação Não Verbal.....	23
<b>3.1.5</b>	Identificação de Maus Tratos.....	23
<b>4</b>	Caderneta de saúde da pessoa idosa.....	25
<b>5</b>	Referência para outros níveis de atenção.....	27
<b>5.1</b>	Solicitação de consultas especializadas e exames ambulatoriais.....	27
<b>5.2</b>	Consulta especializada para o CEASI:.....	28
<b>5.3</b>	Urgências.....	29
<b>5.3.1</b>	Solicitação do SAMU em casos de: .....	30
<b>5.3.2</b>	Procurar a UPA em caso de:.....	30
<b>5.3.3</b>	Procurar o hospital em caso de:.....	31
<b>5.4</b>	Serviço de Atenção Domiciliar - SAD.....	31
<b>5.4.1</b>	Objetivos.....	31
<b>5.4.2</b>	Admissão.....	32
<b>5.4.3</b>	Equipe.....	32
<b>5.4.4</b>	Critérios de inclusão:.....	32
<b>5.4.5</b>	Tempo de permanência.....	33
<b>5.4.6</b>	Critérios de desligamento.....	33
<b>5.4.7</b>	Critérios de alta.....	33
<b>5.4.8</b>	Pós-alta.....	33
<b>5.4.9</b>	Rede dos serviços de atenção domiciliar.....	34
<b>5.5</b>	Programa de Acessibilidade Especial - PRAE.....	34

<b>5.5.1</b> Operacionalização .....	34
<b>5.5.2</b> Cadastramento .....	35
<b>5.5.3</b> Agendamento .....	35
<b>6</b> Avaliação global da pessoa idosa na atenção básica .....	37
<b>6.1</b> Acuidade visual .....	37
<b>6.2</b> Acuidade auditiva .....	38
<b>6.3</b> Avaliação funcional .....	38
<b>6.3.1</b> Atividades básicas de vida diária (ABVD) .....	39
<b>6.3.2</b> Atividades instrumentais da vida diária (AIVD) .....	39
<b>6.4</b> Avaliação cognitiva .....	40
<b>6.5</b> Avaliação nutricional .....	41
<b>6.5.1</b> Índice de Massa Corporal – IMC .....	41
<b>6.5.2</b> Perímetro da cintura .....	41
<b>6.5.3</b> Perímetro da panturrilha .....	42
<b>6.5.4</b> Mini-avaliação nutricional reduzida .....	42
<b>6.5.5</b> Considerações sobre avaliação da composição corporal e do estado nutricional da pessoa idosa .....	42
<b>7</b> Promoção à saúde e prevenção de doenças na pessoa idosa .....	45
<b>7.1</b> Alimentação saudável .....	46
<b>7.2</b> Prática de atividades físicas .....	47
<b>7.3</b> Participação em grupos operativos nas unidades de saúde .....	48
<b>7.4</b> Imunização .....	49
<b>7.5</b> Rastreio de neoplasias .....	50
<b>8</b> Aspectos psicológicos do envelhecimento .....	53
<b>8.1</b> Envelhecimento normal x envelhecimento patológico .....	54
<b>8.2</b> O luto .....	55
<b>8.2.1</b> Atitudes que facilitam a abordagem .....	56
<b>9</b> Doenças e Agravos Crônicos não Transmissíveis - DANT .....	59
<b>9.1</b> Doenças do sistema circulatório .....	60
<b>9.2</b> Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS .....	60
<b>9.2.1</b> A abordagem multiprofissional no tratamento da hipertensão .....	60
<b>9.2.2</b> Tratamento não-farmacológico .....	60
<b>9.2.3</b> Tratamento farmacológico .....	61
<b>9.2.4</b> Acompanhamento e cuidado continuado .....	62
<b>9.3</b> Dislipidemia .....	62
<b>9.4</b> Diabetes Mellitus .....	62
<b>9.4.1</b> Fatores indicativos de maior risco .....	63
<b>9.4.2</b> Rastreamento e diagnóstico do diabetes tipo 2 .....	64
<b>9.4.3</b> Hipoglicemia .....	65
<b>9.4.3.1</b> Níveis recomendados de hemoglobina glicada - A1C .....	65
<b>9.4.4</b> Prevenção e manejo das complicações crônicas do Diabetes tipo 2 .....	66
<b>9.4.5</b> Tratamento Farmacológico .....	66
<b>9.5</b> Outros agravos importantes na clínica da atenção básica .....	67
<b>9.5.1</b> Imobilidade .....	67
<b>9.5.2</b> Úlceras por pressão .....	68
<b>9.5.3</b> Disfagia .....	70

<b>9.6</b>	latrogenias.....	71
<b>9.6.1</b>	Fatores de risco.....	72
<b>9.6.2</b>	Princípios da prescrição geriátrica.....	72
<b>9.7</b>	Incontinência urinária.....	74
<b>9.8</b>	Depressão.....	77
<b>9.9</b>	Demência.....	80
<b>9.9.1</b>	Doença de Alzheimer.....	81
<b>9.9.1.1</b>	Estágios hierárquicos da DA, que podem sofrer alterações:.....	82
<b>9.10</b>	Osteoporose.....	84
<b>9.10.1</b>	Avaliação laboratorial.....	86
<b>9.10.2</b>	Avaliação por imagem.....	86
<b>9.10.3</b>	Prevenção e tratamento.....	86
<b>9.11</b>	Doença de Parkinson.....	86
<b>9.11.1</b>	Fatores desencadeantes.....	87
<b>9.11.2</b>	Diagnóstico.....	87
<b>9.11.3</b>	Tratamento.....	87
<b>9.11.4</b>	Sintomatologia associada.....	89
<b>9.12</b>	Delirium.....	89
<b>9.13</b>	Quedas.....	91
<b>9.13.1</b>	Causas e Fatores de Risco.....	91
<b>10</b>	Saúde bucal da pessoa idosa.....	95
<b>11</b>	Violência intrafamiliar e maus tratos contra o idoso.....	99
<b>11.1</b>	Tipos de violência contra o idoso.....	100
<b>11.1.1</b>	Violência física.....	100
<b>11.1.2</b>	Violência sexual.....	100
<b>11.1.3</b>	Violência psicológica.....	101
<b>11.1.4</b>	Violência econômica, financeira ou patrimonial.....	101
<b>11.1.5</b>	Violência institucional.....	101
<b>11.1.6</b>	Abandono/negligência.....	101
<b>11.1.7</b>	Auto-negligência.....	102
<b>11.2</b>	Onde buscar ajuda/denunciar abusos e maus tratos.....	102
<b>12</b>	Atribuições dos profissionais da atenção básica.....	103
<b>12.1</b>	Atribuições comuns a todos os profissionais da equipe.....	103
<b>12.2</b>	- Atribuições do Agente Comunitário de Saúde – ACS.....	104
<b>12.3</b>	- Atribuições do médico.....	105
<b>12.4</b>	- Atribuições do enfermeiro.....	105
<b>12.5</b>	- Atribuições do auxiliar/técnico de enfermagem.....	106
<b>12.6</b>	- Atribuições do dentista.....	106
<b>12.7</b>	- Atribuições do Técnico de Saúde Bucal (TSB).....	106
<b>12.8</b>	- Atribuições do Auxiliar de Saúde Bucal (ASB).....	107
<b>12.9</b>	- Atribuições do cuidador da pessoa idosa.....	107
	REFERÊNCIAS.....	109
	ANEXOS.....	115





# Prefácio

A saúde pública no Brasil foi desenhada por constantes transformações em seus conceitos e nas práticas assistenciais, bem como, do aparato legal, tendo como marco a sua inserção no cômputo constitucional como direito do cidadão e responsabilidade do Estado, de forma universal e equânime.

A Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS Natal) em seus 30 anos de existência vem seguindo esse percurso de evolução e acúmulo de experiências, tendo como prioridade a oferta de serviços qualificados, acessíveis e resolutivos.

Nessa perspectiva, se faz premente a constante atualização e uniformização dos métodos e instrumentos de trabalho como mecanismo de aprimoramento do serviço frente às necessidades advindas do cidadão.

A criação da coletânea de GUIAS BÁSICOS DE ATENÇÃO À SAÚDE abriga conteúdos teóricos e práticos que têm como objetivo serem adotados como referência para profissionais que compõem o corpo técnico dessa Secretaria Municipal de Saúde, e para os acadêmicos que utilizam nosso território como cenário de aprimoramento profissional e ampliação do saber.

Essas publicações são frutos de uma construção coletiva, elaboradas a partir do conhecimento científico e das experiências cotidianas vivenciadas dentro da rede de assistência, trazendo a preocupação em estabelecer processos permanentes conformados nas especialidades inerentes ao cada território de atuação e não ser uma mera cópia de outras realidades.

Pressupõem estabelecer processos permanentes e dinâmicos, seja no âmbito assistencial, seja de organização dos serviços, aliando às necessidades de racionalizar os gastos públicos sem comprometer a eficiência do serviço ofertado.

Enquanto Secretário Municipal de Saúde de Natal me considero plenamente recompensado por ter apoiado essa iniciativa, sabendo que o caminho trilhado até aqui não foi fácil, mas absolutamente recompensador, uma vez que o percurso vencido é apenas parte do trajeto, o que nos faz não perder o ânimo para vencer os desafios que ainda precisam ser alcançados.

É nesse espírito de equipe que a SMS Natal comemora seus 30 anos de existência. São lutas persistentes, na perspectiva de uma nova gestão pública. Esforços coletivos e aprimorados pela pesquisa, pelo uso da ciência e principalmente pelo esforço dos profissionais que fazem o corpo dessa estrutura organizacional, tendo sempre como foco principal o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), razão maior de ser desta Secretaria.

**Luiz Roberto Leite Fonseca**

Secretário Municipal de Saúde - Natal/RN

# Apresentação

## **SOBRE O SUS, LUTA, COMPROMISSOS E SONHOS**

**Q**uem milita pelos direitos à saúde sabe que o Sistema Único de Saúde - SUS apesar dos seus 27 anos é um projeto em construção. A Carta Magna garantiu em seu artigo 196 a saúde como direito básico, que alicerça a Seguridade Social juntamente com a Assistência Social e a Previdência, sendo política pública não contributiva, direito do cidadão e dever do Estado.

Fruto das lutas populares e movimentos sociais inseridos no processo de Redemocratização do país o SUS desde o seu nascedouro desafia os interesses corporativos e mercadológicos do setor saúde. Garantir acesso Universal, Integral e Equânime tem se constituído em desafio permanente, de uma luta contra hegemônica e por vezes desigual na visibilidade do SUS que dá certo.

Ao longo desses 27 anos o SUS enquanto modelo de Sistema de Saúde em sua normativa encanta nossos vizinhos Latino América, e em nada deixa a desejar a Sistemas de Saúde europeus, uma vez que garante com êxito, ao conjunto da população, um amplo Programa Nacional de Imunização, com erradicação de doenças como poliomielite, Sistema Nacional de Transplante de órgãos, o maior do mundo, Programa de Controle DST/AIDS, Tratamento de Câncer, Vigilância Sanitária de Alimentos e Medicamentos como órgão de controle independente, dentre outros, bem como a estruturação de Sistemas Participativos na Gestão do SUS, através dos Conselhos de Saúde, e na realização periódica de Conferências nas três esferas administrativas com participação de Gestores, Trabalhadores e Usuários do SUS.

É fato que há muito que se ajustar na organização e funcionamento do SUS, na garantia de orçamento, acesso e qualidade dos serviços, na criação e valorização da carreira do servidor do SUS, na integração locorregional, Estadual e Nacional, dada a amplitude do território, e a premente necessidade de delimitação das atribuições de cada esfera administrativa, na repartição do orçamento sem quebra na continuidade do cuidado, na definição da prioridade dos investimentos na Atenção Primária em Saúde, comprovadamente capaz de melhorar os indicadores de saúde, revertendo o cuidado em saúde do processo saúde - doença para prevenção e promoção em saúde. E é aí que entram a Luta, o Compromisso e o Sonho.

Fazer o SUS acontecer em seus princípios básicos exige de nós Gestores e Trabalhadores uma ampla frente de luta unificada em Defesa da Saúde enquanto direito básico.

Compromissar-se com a defesa de um direito básico de cidadania é manter-se vigilante a não permitir o desmonte do SUS, é sentir-se pertencente ao Sistema, reconhecer-se enquanto gestor e trabalhador para enxergar o usuário em sua integridade, imbuído de direito e participe do processo de forma autônoma, empoderada, consciente.

Se esse SUS que desejamos sair do papel é utópico, que seja. Como nos diz Eduardo Galeano, parafraseando Fernando Birri, *“a Utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei.”* Então para que serve a Utopia? Para caminhar.

A Luta, o Compromisso e o Sonho é o que nos impulsiona a Caminhar. Ser resiliente não significa ser e estar resignado, e muito menos submisso. Ser resiliente é ter a capacidade de desenvolver estratégias de sobrevivência, de analisar cada recuo e cada avanço como parte do processo democrático, de disputa de projetos societários. Nenhum direito foi concedido, direito é conquista diária.

Fazer o nosso trabalho com excelência é garantir a chama da Luta acesa, o Compromisso reafirmado, e o Sonho como algo possível. Portanto, esse **Guia Básico de Atenção à Saúde do Idoso** representa essa capacidade dos Gestores e Trabalhadores desta Secretaria em articular Luta, Compromisso e Sonho para fazer valer um SUS em seus princípios básicos para melhor atender ao usuário na plenitude do direito, um convite a caminhada que é de longo fôlego, sem nenhum direito a menos. Avante SUS!

**Ana Paula Queiroz da Silva<sup>1</sup>**

Diretora do Departamento de Atenção Básica - Natal/RN

<sup>1</sup>Assistente Social, Mestre em Serviço Social pela UFRN. Especialista em: Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes – LACRI/USP; e, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde pelo NESC/UFRN. Diretora do Departamento de Atenção Básica – Natal/RN.



# Introdução

**A** Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao stress do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), o envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e stress emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorren-

tes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo.

Para o ano de 2050, a expectativa é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, em decorrência do aumento significativo na expectativa de vida, gerando mudanças na pirâmide etária e essa realidade traz também influi no perfil epidemiológico, evidenciando doenças próprias da velhice, como as condições crônicas em geral. Isso significa para o setor saúde, necessidade de adequações, de aumento de acesso e oferta de serviços, e qualificação profissional, de forma que atenda as necessidades dessa população.

Segundo o IBGE em 2015, o Rio Grande do Norte atingiu uma população de 3.455.989 habitantes, dos quais 371.865 (10,8%) são idosos. Seguindo esta proporção, para a população estimada de 869.954 habitantes, Natal tem atualmente 93.955 pessoas acima de 60 anos de idade. Tal número de indivíduos merece um olhar diferenciado com garantias às suas necessidades de cidadãos, favorecendo a longevidade com qualidade de vida, salvaguardando a dignidade da pessoa idosa.

No que compete ao diagnóstico dessa população por distritos sanitários em nossa capital, o Distrito Leste possui 17.617 idosos, sendo o que apresenta a maior proporção, que equivale a 15% de sua população total. O Distrito Sul concentra em números absolutos, a maior parte dessa população: 25.443 pessoas nessa faixa de idade e em seguida estão o Distrito Oeste com 19.325 idosos, o Norte II com 11.262 e o Norte I com 11.073 indivíduos com 60 anos ou mais.

A rede de atenção à saúde desta capital, oferta ações e serviços de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e reabilitação à saúde da pessoa idosa, disponibilizados em 54 (cinquenta e quatro) unidades de saúde, onde funcionam 48 (quarenta e oito) grupos operativos que trabalham com foco nas pessoas idosas residentes na área de abrangência dos serviços supracitados.

Sobre este prisma, a equipe multiprofissional fornece orientações acerca de alimentação e nutrição, prática de atividades físicas, prevenção de quedas, higiene e saúde bucal, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, orientação e acompanhamento das doenças crônicas, do sofrimento psíquico e, fundamentalmente na assistência às condições clínicas que acometem, com frequência, a pessoa idosa.

O grande desafio na atenção à pessoa idosa é contribuir para que, apesar das limitações, ela possa redescobrir possibilidades de viver sua vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade valoriza e reconhece as potencialidades das pessoas idosas. Portanto, parte das suas dificuldades, está relacionada a uma cultura que as desvaloriza, as limita e as exclui.

Idosos necessitam de políticas públicas, as quais foram alavancadas pela lei nº 10.741 de 01/10/2003 (Estatuto do Idoso) que garantam investimentos para as necessidades específicas dessa população, com instalações, programas e recursos humanos adequados e específicos em quantidade e qualidade.

O presente guia básico destina-se aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, especialmente aos da Atenção Básica, pois traz uma cultura do olhar geriátrico e gerontológico com o objetivo de facilitar ações e condutas, frente às particularidades das alterações fisiológicas e patológicas de pessoas idosas.

Seu conteúdo tem como base, informações do Caderno de Atenção Básica-Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, no qual oferece subsídios técnicos específicos a estes profissionais.







# Acolhimento à pessoa idosa na atenção básica

**A** Humanização na saúde caracteriza-se como um movimento no sentido da concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no dia-a-dia dos serviços. Com a Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde (MS) propõe estimular esse movimento, incentivando a valorização de todos os atores e sujeitos que participam na produção da saúde.

A PNH propõe que o Acolhimento esteja presente em todos os momentos do processo de atenção e de gestão cuja finalidade se configura em atingir todos aqueles que participam na produção da saúde, voltando seu olhar atencioso para os usuários e para os trabalhadores da saúde. O Acolhimento não é um espaço ou um

local específico, não pressupõe hora ou um profissional determinado para fazê-lo. É uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social. Implica o compartilhar de saberes, necessidades, possibilidades, angústias constantemente renovados.

Para a efetivação do acolhimento à pessoa idosa, os profissionais de saúde devem compreender as especificidades dessa população e a própria legislação brasileira vigente, conforme o quadro 1.

**Quadro 1** - Especificidades que devem ser consideradas ao lidar com a pessoa idosa

O estabelecimento de uma relação respeitosa, considerando que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas se tornam em geral mais sábias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso;

Partir do pressuposto de que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas, nunca se dirigindo primeiramente a seu acompanhante;

Chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato visual, preferencialmente, de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo;

A utilização de uma linguagem clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, MS, 2010.

As equipes de saúde na Atenção Básica, em especial quando organizadas pela Saúde da Família, dispõem de importantes ferramentas para garantia de uma atenção humanizada.

É importante destacar que todo o trabalho da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família deve sempre priorizar a autonomia e independência dos usuários frente às suas necessidades, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

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

- 1) Atenção Continuada ou Longitudinalidade** – a garantia de efetivação do cuidado ao longo do tempo confere vantagens, especialmente, no acompanhamento da pessoa idosa que apresenta em geral doenças crônicas que necessitam de um acompanhamento a médio e longo prazo;

**2) Visita Domiciliar** – é uma atividade essencial no cuidado aos usuários da comunidade adscrita em geral e em particular aos idosos. Deve ser sempre planejada pela equipe de maneira a contemplar as necessidades específicas de cada família a ser visitada, por isso, cada visita deve ser organizada com um grupo determinado de profissionais de saúde. Favorece o estabelecimento de vínculos entre equipe e a família, como também possibilita a avaliação e compreensão do ambiente onde o idoso está inserido.

Essa atividade confere também, maior conforto, tranquilidade e segurança aos familiares no acompanhamento da pessoa idosa, além de ser, o primeiro momento de reconhecimento do território, uma importante ferramenta na identificação de idosos em situações de abandono, risco e vulnerabilidade ou outras situações onde seus direitos estão negligenciados.

## 2.1 Fluxo de atendimento

Atualmente verifica-se uma procura significativa da população idosa por serviços de saúde, reflexo do aumento da expectativa de vida que vem acompanhada de aumento das Doenças de Agravos não Transmissíveis - DANT, bem como de outras morbidades. Paralelamente a esta situação, verifica-se também a presença de pessoas idosas autônomas, ativas e desfrutando de melhores condições de vida e saúde. Surge neste contexto, uma necessidade premente de adequação desses serviços, em virtude do crescimento dessa parcela da população em busca de desfrutar mais anos de vida com saúde.

O profissional deve planejar suas atividades, incluindo na rotina de atendimento, esta parcela de pessoas idosas que irá buscar o serviço de saúde, com vistas a prevenir doenças e não só para tratá-las.

Segue o fluxograma de acolhimento da pessoa idosa na Unidade de Saúde com e sem queixas:



Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, considerando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida.

Particularmente, em relação aos idosos, alguns equipamentos sociais presentes no território devem ser alvo da responsabilização e do cuidado das equipes de saúde, a exemplo das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

As ILPI são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania (RDC, 2005).

Em caso de intercorrência médica, cabe ao responsável técnico da instituição providenciar o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência já previsto no plano de atenção, comunicar a sua família ou representante legal, bem como compete ao serviço acolher e atender as suas necessidades.

A visita domiciliar às ILPI poderá ser agendada de acordo com o planejamento de trabalho da equipe, levando em consideração que muitos idosos são acamados e não conseguem se locomover às unidades de saúde de referência.





## Comunicação entre profissionais e idosos

**A**lguns cuidados são imprescindíveis para a qualidade da assistência prestada à pessoa idosa, os quais por muitas vezes são negligenciados pelos profissionais. Cabe destacar a comunicação com esse usuário que vai além da troca de palavras, mas também permite uma troca de sentimentos, emoções, opiniões e informações. Estes, muitas vezes transmitem informações importantes e o profissional deve estar atento e perceber os sinais corporais: expressões corporais, quando o corpo fala. Os sinais transmitidos pelas expressões corporais e faciais indicam evidências de quadros de dor, maus tratos etc. que serão fundamentais para nortear conduta terapêutica do profissional.

Segue no quadro abaixo algumas considerações para facilitar a comunicação entre profissionais e idosos:

**Quadro 2** - Atitudes que facilitam a comunicação com a pessoa idosa.

<b>1</b> - Use frases curtas e objetivas.
<b>2</b> - Chame-o pelo próprio nome ou da forma como ele preferir.
<b>3</b> - Evite infantilizá-lo, utilizando termos inapropriados como “vovô”, “querido”, ou ainda, utilizando termos diminutivos desnecessários (“bonitinho”, “lindinho” etc.).
<b>4</b> - Fale de frente, sem cobrir sua boca e, não se vire ou se afaste enquanto fala.
<b>5</b> - Solicite ao idoso que explique o que você falou (posologia de medicações, orientações gerais, etc.). Pergunte se entendeu bem a explicação, se houve alguma dúvida.
<b>6</b> - Aguarde a resposta da primeira pergunta antes de elaborar a segunda, pois, a pessoa idosa pode necessitar de um tempo maior para responder.
<b>7</b> - Não interrompa a pessoa idosa no meio de sua fala, demonstrando pressa ou impaciência. É necessário permitir que ele conclua o seu próprio pensamento.
<b>8</b> - Repita a informação, quando essa for erroneamente interpretada, utilizando palavras diferentes e, de preferência, uma linguagem mais apropriada à sua compreensão.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, MS, 2010.

### 3.1 Capacidades sensório-perceptivas

A diminuição das capacidades sensório-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. Os idosos muitas vezes tardam em perceber, aceitar e tratar suas dificuldades ou ainda encaram como aceitável para a sua idade, em consequência disso, acabam se afastando do convívio familiar e social para evitar situações constrangedoras.

#### 3.1.1 Audição

A deficiência auditiva gera no idoso um dos mais incapacitantes distúrbios de comunicação, impedindo-o de desempenhar plenamente seu papel na sociedade. É comum observarmos o declínio da audição acompanhado de diminuição na compreensão de fala por parte do idoso, dificultando sua comunicação com outrem. Esse



comprometimento da audição acarreta consequências importantes para a pessoa idosa, como por exemplo, o isolamento social e a depressão, uma vez que o mesmo pode se ausentar de determinadas interações sociais no próprio ambiente familiar e no convívio social.

### 3.1.2 Voz

A alteração vocal é inerente à idade e deve ser compreendida como parte do processo de envelhecimento normal do indivíduo e não como um transtorno, embora, muitas vezes, seja difícil estabelecer o que é normal e o que é doença. Pesquisas revelam que um indivíduo que segue as orientações de saúde vocal durante sua vida pode minimizar as possíveis dificuldades decorrentes do avanço da idade.

### 3.1.3 Linguagem

O tipo de linguagem que se estabelece com a pessoa idosa deve ser definido em face da observação da sua habilidade cognitiva e de seu nível de orientação, considerando seu déficit sensorial e o uso de medicações. É necessário avaliar o contexto e individualizar as informações; não é toda pessoa que tem diminuição na capacidade auditiva ou que pensa mais lentamente.

### 3.1.4 Comunicação Não Verbal

A comunicação não verbal é tudo aquilo que a pessoa sente, pensa e expressa por meio de sua movimentação corporal, gestos e postura. Tem por objetivo completar, substituir ou contradizer a comunicação verbal, além de demonstrar os seus sentimentos.

### 3.1.5 Identificação de Maus Tratos

A pessoa idosa encontra muitas vezes, dificuldades em verbalizar que sofre maus-tratos, negligência ou alguma outra forma de violência intrafamiliar, em muitos casos, demonstra medo ou ansiedade na presença do cuidador ou de familiar. No entanto, isso pode ser identificado por meio da observação de lesões, equimoses, úlceras de decúbito, desidratação ou ainda nas demonstrações da não aceitação em responder a perguntas relacionadas ao assunto violência. É importante também perguntar em particular à pessoa idosa, quando há suspeita desse tipo de agressão. A agressão psicológica também compromete a saúde do usuário em questão e, muitas vezes, pode passar despercebida pelo profissional durante o exame físico.





# Caderneta de saúde da pessoa idosa

O instrumento utilizado pelas equipes de saúde, pelos próprios idosos, seus familiares e cuidadores, a caderneta é um instrumento de cidadania, onde a pessoa idosa terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde. Ela integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas do SUS, complementando o acolhimento e reforçando a integração entre profissionais e usuários.

Por essa razão, é importante que seu preenchimento se dê por meio de informações cedidas pela pessoa idosa, seus familiares e/ou cuidadores, para compor o Plano de Cuidado a ser construído em conjunto com os profissionais de saúde.

Ela contém o guia básico de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13), que ajudará o profissional a planejar sua conduta terapêutica frente ao nível de incapacidade apresentada pelo idoso.

A pessoa idosa deve levar sua caderneta sempre que for preciso ser atendida nos serviços de saúde e em campanhas de vacinação.

O profissional deve solicitar a caderneta da pessoa idosa, cada vez que ela compareça para ser atendida na unidade de saúde, a fim de registrar informações importantes sobre seu atendimento.

Recentemente, foi lançada a 3ª edição da caderneta que passou por um processo de revisão, onde traz novos instrumentos que proporcionam avaliação, diagnóstico, monitoramento e prevenção dos agravos, dentre outros aspectos considerados de grande importância relacionados à saúde e à capacidade funcional da pessoa idosa.

A caderneta pode ser acessada na íntegra, através do link:

**[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_3ed.pdf)**



O preenchimento correto dos dados pessoais da pessoa idosa é de grande relevância para estabelecer um contato personalizado com o usuário e ou seus cuidadores. Para tanto, existe o manual de utilização desta ferramenta, que pode ser acessado no link:

**[https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/201402061526\\_manualcadernetadoidoso.pdf](https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/201402061526_manualcadernetadoidoso.pdf)**



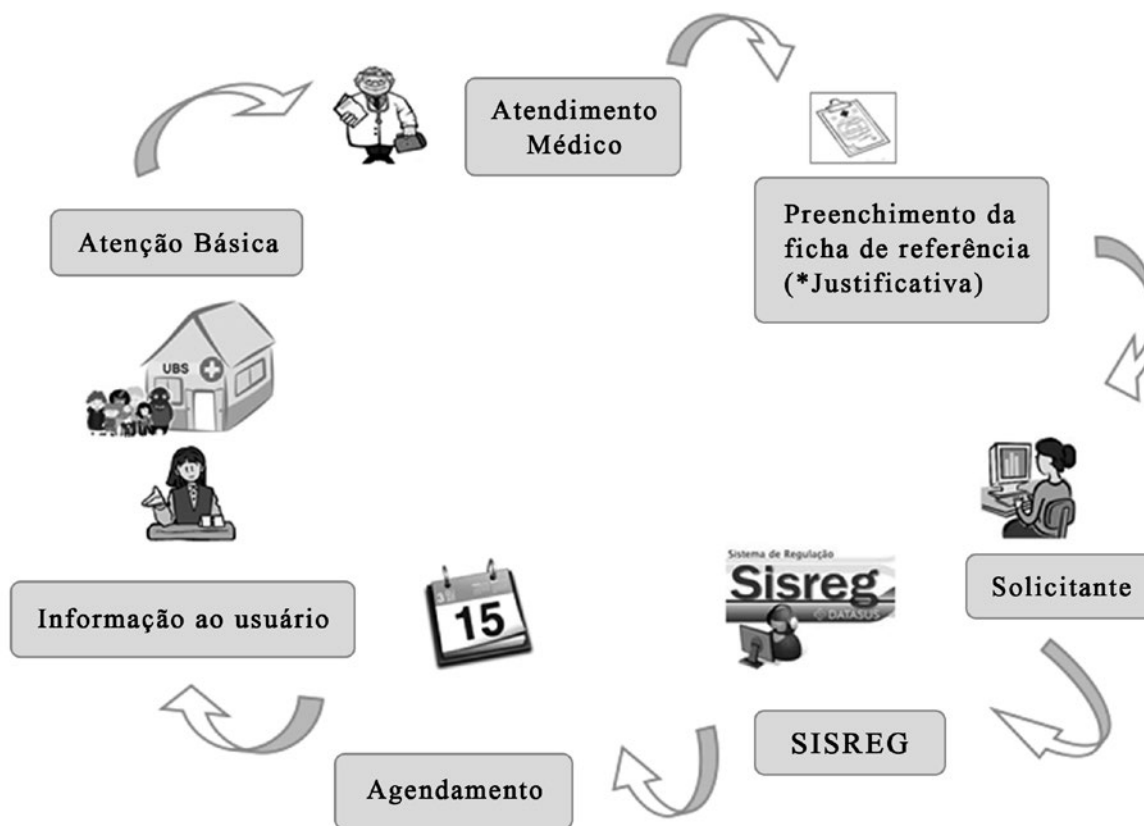
# Referência para outros níveis de atenção

## 5.1 Solicitação de consultas especializadas e exames ambulatoriais

Ao solicitar exames ambulatoriais e/ou consulta com especialista, o profissional deverá entregar à pessoa idosa o formulário de requisição ou ficha de referência preenchida com a justificativa adequada, pois é esta justificativa que servirá para análise do regulador. De acordo com a necessidade e gravidade do caso é que será agendada a consulta e/ou exame com maior prioridade.

Após o preenchimento, encaminhe ao solicitante da unidade de saúde para que ele possa inserir no Sistema de Regulação (SISREG). Depois da solicitação inserida no SISREG, a pessoa idosa deverá aguardar a informação do dia agendado para realização da consulta e/ou exames pelos profissionais de sua unidade.

**Figura 1-** Fluxograma para solicitação de consulta especializada e exames laboratoriais



\* Preenchimento da justificativa na ficha de referência é de suma importância para realização do agendamento de exames e consultas especializadas.

## 5.2 Consulta especializada para o CEASI:

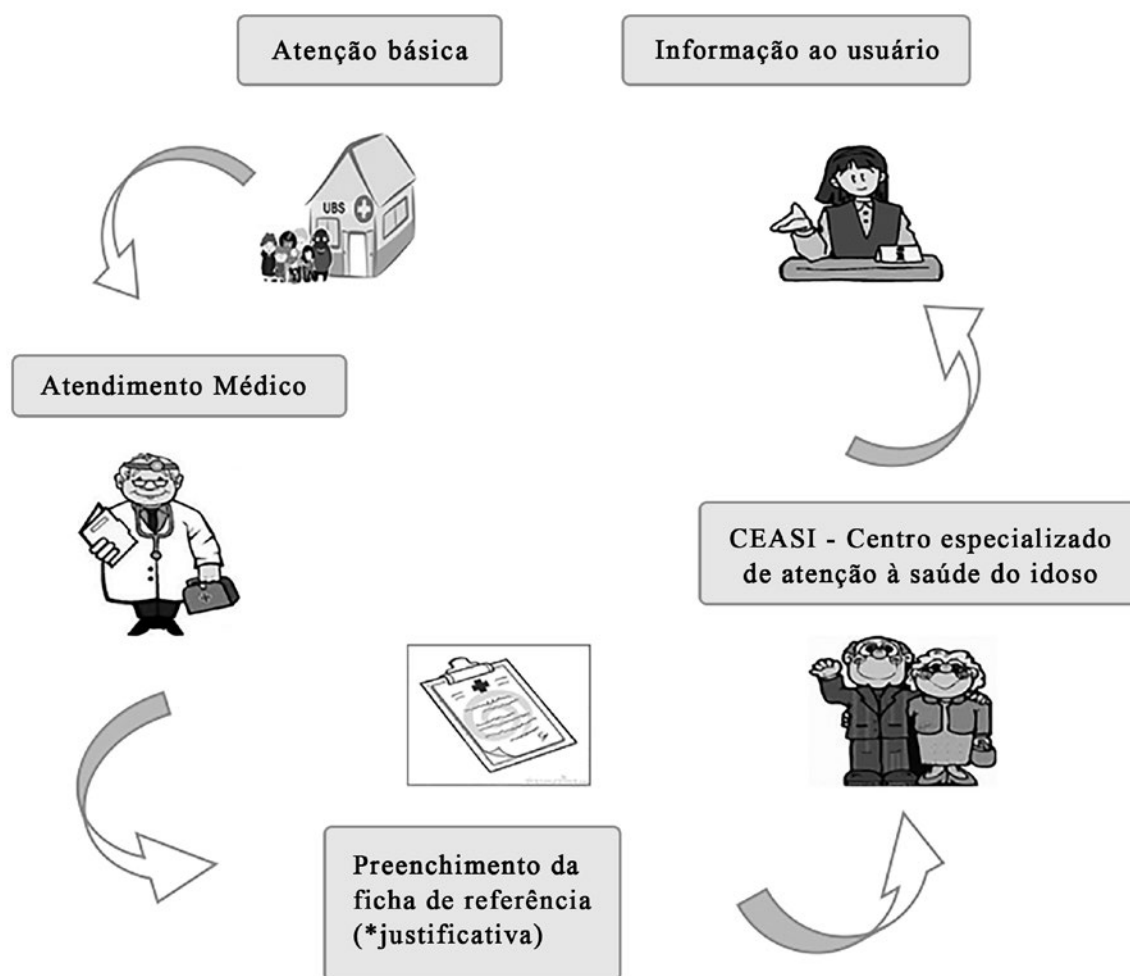
Quando encaminhado ao Centro Especializado em Atenção à Saúde do Idoso - CEASI, o profissional preencherá a ficha de referência e o funcionário da unidade, responsável pelo agendamento de consultas especializadas entrará em contato com o CEASI, para agendar a consulta, pois este não está inserido no SISREG. Isso deve-se ao fato de não ser possível identificar que os profissionais do CEASI são exclusivos para atender pessoas idosas. Sendo assim, se lançados no sistema, estes usuários estariam abertos à demanda de toda população, dificultando o acesso.

O CEASI oferece as seguintes especialidades: Geriatria, Psiquiatria, Neurologia, Cardiologia, Oftalmologia, Reumatologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição e Serviço Social. Também oferece o programa de assistência para portadores de Alzheimer e grupo de idosos com reuniões semanais, além de atividade física orientada para esta faixa etária.

Atenção: para consulta com o geriatra, não é necessário ficha de referência, apenas solicitação verbal por parte do idoso ou seu responsável na Unidade Básica de Saúde-UBS.

Telefones do CEASI: (84) 3232.8580 – 3232.8582.

**Figura 2-** Fluxograma de encaminhamento e agendamento no CEASI



### 5.3 Urgências

Em casos de urgência, orientar a pessoa idosa a procurar: Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospital ou ligar para o SAMU. Todavia, deverá prestar atenção qual o serviço adequado para o caso, para que ele não procure o serviço inadequado a sua necessidade naquele momento e a perda de tempo até sua transferência para o serviço adequado pode ser de alta relevância para sua saúde.

### 5.3.1 Solicitação do SAMU em casos de:

Acidentes/traumas com vítimas;
Choque elétrico;
Falta de ar intenso;
Suspeita de infarto ou AVC;
Afogamentos e engasgo;
Intoxicação ou queimaduras graves;
Trabalhos de parto em que haja risco de morte para a mãe e para o feto;
Tentativas frustradas de suicídio;
Crises hipertensivas; dores no peito de aparecimento súbito;
Acidentes com produtos perigosos;
Agressão por arma de fogo ou arma branca;
Soterramento, Desabamento;
Crises convulsivas;
Outras situações consideradas de urgência ou emergência, com risco de morte e seqüela.

### 5.3.2 Procurar a UPA em caso de:

Corte com pouco sangramento;
Queda com torção e muita dor ou suspeita de fratura;
Febre acima de 39°C;
Cólicas renais;
Intensa falta de ar;
Convulsão;
Dores fortes no peito;
Vômito constante.



### 5.3.3 Procurar o hospital em caso de:

Ferimento grave com sangramento abundante e/ou fratura;

Pessoa que sofre de doença respiratória que se encontra em crise de falta de ar;

Convulsão;

Hipertensão com suor frio e dores no peito;

Febre com palidez e gemência;

Dor com palidez e vômito.

## 5.4 Serviço de Atenção Domiciliar - SAD

Após a alta hospitalar a pessoa idosa poderá ir para casa e em alguns casos necessitar ser encaminhado ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), porém existem critérios de elegibilidade. O município de Natal possui uma equipe de Atenção Domiciliar na modalidade AD2.

Atenção Domiciliar consiste numa modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar as já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

Esta modalidade de atendimento, destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica.

### 5.4.1 Objetivos

Minimizar o tempo das internações hospitalares, diminuindo riscos e complicações;

Oferecer assistência à saúde de forma individualizada;

Estimular a autonomia e a capacidade funcional;

Reintegrar o usuário ao seu meio familiar e social;

Reduzir custos com usuários crônicos;

Otimizar a oferta de leitos hospitalares.

## 5.4.2 Admissão

Serão admitidos no SAD Municipal, os usuários avaliados e encaminhados pelo Hospital Municipal de Natal, demanda judicial e/ou demanda espontânea.

## 5.4.3 Equipe

Equipe multiprofissional composta por 01(um) coordenador, 01 (um) motorista, 02 (dois) médicos, 01(um) assistente social, 01(um) fisioterapeuta, 01(um) psicólogo, 01(um) nutricionista, 01(um) enfermeiro e 04 (quatro) técnicos de enfermagem.

## 5.4.4 Critérios de inclusão:

**Quadro 3** - Critérios de inclusão no SAD

Usuário do SUS residente na cidade de Natal;
Concordância do usuário e família com o tratamento instituído pela equipe (termo de compromisso);
Existência de um cuidador, familiar ou não, responsável pela continuidade e realização das orientações e cuidados necessários;
Demanda por procedimentos de maior complexidade (curativos complexos, drenagem abscesso, etc.);
Dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;
Necessidade frequente, de exames laboratoriais, de menor complexidade;
Adaptação do usuário ao uso de dispositivo de Traqueostomia, órteses e próteses, ostomias e sondas;
Acompanhamento domiciliar em pós-operatório;
Reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, as quais necessitam de acompanhamento contínuo até apresentarem condições de encaminhamento para os serviços de reabilitação;
Em uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;
Usuários que apresentem estabilidade clínica, sem grandes riscos de agravamento;

Fonte: Serviço Atenção Domiciliar Leste. Natal RN.

### 5.4.5 Tempo de permanência

O tempo de permanência varia de acordo com a necessidade de cada usuário. Havendo uma evolução no quadro clínico, esse usuário recebe alta do programa, dando oportunidade para inserção de outro usuário que tenha maior necessidade naquela ocasião.

### 5.4.6 Critérios de desligamento

- Desistência ou não adesão da família;
- Mudança de domicílio para outro município;
- Abandono do tratamento.
- Óbito.

### 5.4.7 Critérios de alta

- Término do tratamento e do plano terapêutico domiciliar;
- Capacitação do usuário e/ou cuidador para o autocuidado ou outros cuidados paliativos;
- Melhora do usuário, nos casos de evolução acima das expectativas iniciais (melhora precoce);
- Adequação e adaptação do usuário e/ou cuidador às sequelas e novas rotinas do dia a dia, dando a maior autonomia possível a ambos;
- Reinternação em hospital de retaguarda;

### 5.4.8 Pós-alta

- Os usuários são referenciados para:
- Unidades de Referência da Atenção Básica;
  - Estratégia de Saúde da Família(ESF);
  - Serviços de Atenção Especializada.

### 5.4.9 Rede dos serviços de atenção domiciliar

#### **SAD Municipal Leste**

Email: sad.dsl.natal@gmail.com - **Fone: (84) 3232-8425**

#### **SAD Estadual:**

**SAD do Hospital Dr. José Pedro Bezerra** (Santa Catarina) - **Fone: (84) 3232-6061**  
(atende aos usuários residentes na zona norte de Natal)

**SAD do Hospital Giselda Trigueiro** - **Fone: (84) 3232-7922**  
(atende aos usuários residentes na zona oeste de Natal)

**SAD do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel** - **Fone: (84) 3232-7615**  
(atende aos usuários residentes na zona sul de Natal)

**SAD do Hospital Regional Dr. Deoclécio Marques de Lucena** - **Fone: (84) 3644-3742**  
(atende aos usuários residentes no município de Parnamirim)

## 5.5 Programa de Acessibilidade Especial - PRAE

É um serviço gratuito de transporte “porta a porta” com veículos acessíveis e adaptados, inicialmente com 10 (dez) micro-ônibus, 03 (três) vans e 03 (três) ambulâncias para o transporte de pessoas comprovadamente com mobilidade reduzida, devido a uma deficiência, à idade ou a qualquer outro fator, mas que não corra risco de vida, não estando em uma situação de urgência ou emergência.

O serviço é gerenciado pela Prefeitura do Natal através da STTU e Secretaria Municipal de Saúde - SMS, com a parceria da Secretaria Estadual de Transportes Urbanos do Rio Grande do Norte - e Secretaria Municipal de Mobilidade Urbana - SE-TURN, destinado exclusivamente às pessoas com mobilidade reduzida, residentes no município de Natal e que estejam cadastradas no Programa.

### 5.5.1 Operacionalização

O atendimento é realizado nos seguintes horários:

<b>VEÍCULOS</b>	<b>SEGUNDA A SEXTA</b>	<b>SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS</b>
Micro-ônibus	Das 05h00 às 23h00 h	Das 05h00 às 21h00 h
Vans e Ambulâncias	Das 07h00 às 19h00 h	PLANTÃO

### 5.5.2 Cadastramento

Para ser beneficiado pelo PRAE - Porta a Porta, o usuário ou seu responsável deverá preencher ficha cadastral fornecida pela STTU ou SMS, além de apresentar atestado médico que comprove a mobilidade reduzida. As informações serão avaliadas pelos Assistentes Sociais do Programa, antes da aprovação do cadastro. Para informações ligue para: 3232-9209.

### 5.5.3 Agendamento

O usuário ou seu responsável deverá agendar a viagem pelo telefone 3232-9209, com antecedência mínima de 48 horas, indicando: origem, destino, local de retorno e horário. Se a presença de um acompanhante for necessária, seu nome também deverá ser fornecido.





# Avaliação global da pessoa idosa na atenção básica

**N**esta avaliação dar-se-á ênfase à funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. Por meio dessa avaliação se pode fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para sua compensação.

## 6.1 Acuidade visual

O processo natural de envelhecimento está associado a uma redução da acuidade visual devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças de retina. Cerca de 90% das pessoas idosas necessitam do uso de

lentes corretivas para enxergar adequadamente. Ao avaliar essa função, pergunte à pessoa idosa se ela sente dificuldade ao ler, assistir televisão, dirigir ou para executar qualquer outra atividade da vida cotidiana. Aqueles que responderem afirmativamente, devem ser submetidos a uma avaliação pelo Cartão de Jaeger. (Ver anexo 1).

## 6.2 Acuidade auditiva

Cerca de um terço das pessoas idosas referem algum grau de declínio na acuidade auditiva. A presbiacusia - perda progressiva da capacidade de diferenciar os sons de alta frequência – é uma das causas mais comuns relacionadas a essa queixa. Muitas vezes, a pessoa idosa pode não perceber essa perda e, por essa razão, não referi-la. Para auxiliar nessa verificação pode-se utilizar o “teste do sussurro”. (Ver anexo 2).

## 6.3 Avaliação funcional

A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função da equipe na Atenção Básica. O nível de funcionalidade do idoso é avaliado através da sua independência e autonomia que deve ser avaliado em conjunto entre equipe de saúde, pessoa idosa e família.

O processo incapacitante corresponde à evolução de uma condição crônica que envolve fatores de risco – demográficos, sociais, psicológicos, ambientais, estilo de vida, comportamentos e características biológicas dos indivíduos.

Preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a avaliação funcional serve de parâmetro para que o profissional compreenda o nível de comprometimento funcional da pessoa idosa, sua necessidade de auxílio, para que ela possa planejar sua conduta terapêutica.

Esta avaliação representa uma maneira de medir se uma pessoa é capaz ou não de desempenhar atividades para o autocuidado. Utiliza-se a avaliação de desempenho das atividades rotineiras ou atividades de vida diária. Utiliza-se também a avaliação das atividades de vida diária (AVD) que abrange as atividades básicas de vida diária (ABVD – avaliam dependência) e atividades intermediárias de vida diária (AIVD – avaliam autonomia).



### 6.3.1 Atividades básicas de vida diária (ABVD)

As atividades básicas de vida diária são avaliadas pela Escala de Katz. São atividades relacionadas ao autocuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las.

A cada item abaixo que a pessoa consiga realizar sozinha, será atribuído um ponto e o total desses pontos será avaliado no quadro 3, analisando, então, o seu nível de independência. Itens a serem avaliados:

- 1- Alimentar-se.
- 2 - Tomar banho.
- 3 - Vestir-se.
- 4- Mobilizar-se (andar e caminhar).
- 5 - Ir ao banheiro.
- 6 - Manter controle sobre suas necessidades fisiológicas.

**Quadro 3** - Escala de avaliação de ABVD

PONTOS	NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA
0	Dependência total
1-2	Dependência grave
3-4	Dependência moderada
5	Dependência leve
6	Independência

Fonte: GERMI, 2013

### 6.3.2 Atividades instrumentais da vida diária (AIVD)

As atividades instrumentais da vida diária são avaliadas pela Escala de Lawton. Elas estão relacionadas à participação da pessoa idosa em seu entorno social e indicam a capacidade do indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade.

A cada item abaixo que a pessoa consiga realizar sozinha será atribuído um ponto e o total desses pontos será avaliado no quadro 4. Itens a serem avaliados:

- 1- Utilizar meios de transporte.
- 2- Manipular medicamentos.

- 3- Realizar compras.
- 4- Realizar tarefas domésticas leves e pesadas.
- 5- Utilizar o telefone.
- 6- Preparar refeições.
- 7- Cuidar das próprias finanças.
- 8- Lavar roupa.

**Quadro 4** - Escala de avaliação de AIVD

<b>PONTOS</b>	<b>NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA</b>
0-1	Dependência total
2-3	Dependência grave
4-5	Dependência moderada
6-7	Dependência leve
8	Independência

Fonte: GERMI, 2013

A avaliação funcional da pessoa idosa deve ser realizada pelos profissionais da AB e a partir de seus resultados pode-se inferir o nível de independência e autonomia da pessoa idosa, como também o profissional se apropria dos valores dessas escalas.

## 6.4 Avaliação cognitiva

A avaliação cognitiva deve fazer parte da avaliação clínica, pois, auxilia na identificação das principais alterações na saúde mental das pessoas idosas.

Sugere-se para uma primeira avaliação a realização do teste rápido, que consiste em solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa, Maçã e Dinheiro. Após três minutos, pedir que os fale novamente. Se for incapaz de repeti-los, há necessidade de uma investigação mais aprofundada.

O Mini-exame do Estado Mental (MEEM) foi projetado para ser uma avaliação clínica prática de mudança do estado cognitivo em pacientes geriátricos. Examina orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia, e habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva ou como avaliação cognitiva de beira de leito.

O MEEM não pode ser usado para diagnosticar demência. Ajustes devem ser feitos para a idade e grau de educação. (Ver anexo 3).

## 6.5 Avaliação nutricional

A avaliação clínica e nutricional, assim como as condições da via oral e digestiva do usuário, deve incluir avaliação antropométrica. Busnello (2007) Indica parâmetros específicos para avaliação antropométrica, levando em consideração essas alterações corporais inerentes da idade. As dobras cutâneas, ao serem usadas para avaliar idoso, favorecem o acompanhamento de variação da composição corporal de um mesmo indivíduo, sendo a diferença das alterações corporais extensa nessa faixa etária, não sendo fidedigna a classificação comparativa dentro do grupo.

A equipe elegerá aqueles parâmetros que possam colaborar para traçar o perfil nutricional de pessoas idosas, que possam ser rápidos e simples para uso na atenção básica.

### 6.5.1 Índice de Massa Corporal – IMC

Devido à diferença na composição corporal da pessoa idosa, a faixa adequada do índice de massa corporal (IMC) é diferente, sendo usados os critérios de Lipschitz, que considera o IMC entre 22 e 27 kg/m<sup>2</sup>- eutrofia. Abaixo de 22 kg/m<sup>2</sup> a pessoa idosa é considerada desnutrida e acima de 27- obesa.

### 6.5.2 Perímetro da cintura

O perímetro da cintura é um dos melhores indicadores de gordura visceral, podendo ser relacionado com alterações metabólicas como preditor de *Diabetes mellitus* e de risco para doença cardiovascular.

**Quadro 5** – Grau de risco associado a complicações metabólicas e doença cardiovascular, de acordo com o perímetro da cintura e sexo.

SEXO	AUMENTADO	MUITO AUMENTADO
Masculino	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Feminino	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Fonte: Busnello, 2007

### 6.5.3 Perímetro da panturrilha

A circunferência da panturrilha é um bom indicador das modificações que ocorrem na massa magra com o envelhecimento. É a medida mais sensível para detectar a perda de massa muscular. Essa medida pode ser realizada com o indivíduo deitado em posição supina ou sentado, sempre com o joelho dobrado em um ângulo de 90°. Deverá ser considerada adequada, a circunferência igual ou superior a 31 cm para homens e para mulheres.

### 6.5.4 Mini-avaliação nutricional reduzida

A Mini-avaliação nutricional reduzida é uma ferramenta de avaliação nutricional que pode identificar pessoas idosas desnutridas ou com risco de desnutrição. Consiste em um questionário e tomada de medidas antropométricas no tempo máximo de 10 minutos. A soma dos escores para a triagem é no máximo de 14 pontos, sendo 12 pontos ou mais considerado normal. Para aqueles que atingem 8 a 11 pontos estão sob o risco de desnutrição e 7 pontos ou menos: desnutrido. Este método de triagem pode ser usado por todos os membros da equipe de saúde. (Ver anexo 4).

### 6.5.5 Considerações sobre avaliação da composição corporal e do estado nutricional da pessoa idosa

As alterações biológicas próprias do processo de envelhecimento incluem a progressiva diminuição da massa corporal magra e de líquidos corpóreos, com aumento da quantidade de tecido gorduroso.

Durante um período de 50 anos, na faixa etária dos 20 aos 70 anos, ocorre uma perda de até 11 Kg de massa muscular em homens e até 4 Kg em mulheres.

Dados da OMS mostram que o ganho de peso de homens tende a atingir o efeito platô aos 65 anos e em mulheres esse efeito ocorre aos 75 anos. Logo após, o peso tende a diminuir em ambos os sexos.

Em relação à estatura, esta tende a diminuir com o avanço da idade em função do achatamento dos discos intervertebrais. Estima-se um declínio de 0,5 a 2,0cm a cada década, embora ainda não haja um consenso a respeito desses valores.

Na impossibilidade de aferição da estatura, podem ser utilizados métodos alternativos, como a aferição da envergadura, a hemi-envergadura multiplicada por dois ou cálculo realizado à partir da altura do joelho.





# Promoção à saúde e prevenção de doenças na pessoa idosa

**A**lgumas estratégias são fundamentais para promover a saúde e prevenir doenças, objetivando um envelhecimento ativo e com qualidade e o profissional de saúde deve promover e incentivar a adoção dessas estratégias. Dentre elas pode-se destacar: alimentação saudável, vacinação, rastreamento de neoplasias, prática de atividades físicas, participação em grupos operativos nas unidades de saúde.

## 7.1 Alimentação saudável

A alimentação de pessoas idosas apresenta um padrão e sistematização que difere da alimentação dos mais jovens. Em geral, têm os hábitos alimentares bem enraizados, não sendo receptivos a novos alimentos e realizando de forma geral, dieta repetitiva e conseqüente perda da qualidade na ingestão alimentar.

Os profissionais devem dar orientações gerais relacionadas à alimentação para esta faixa etária, enfatizando as doenças crônicas como diabetes, hipertensão, obesidade e hipercolesterolemia.

**Caso sejam necessárias orientações nutricionais específicas, as equipes do município que possuem nutricionista na Atenção Básica devem desenvolver um planejamento da ação conjunta ou encaminhar ao nutricionista clínico nas policlínicas ou no CEASI.**

A prática de alimentação saudável pode ser trabalhada também por meio de oficinas, rodas de conversa, reuniões com os grupos, levando ao idoso, informações sobre elaboração de uma alimentação saudável, demonstração de preparo, cuidados na seleção dos alimentos a serem consumidos.

Um tema importante a ser trabalhado sobre alimentação saudável é a leitura dos rótulos dos alimentos. A informação nutricional presente nos rótulos é um instrumento fundamental de apoio à escolha de produtos mais saudáveis na hora da compra. O profissional deve estimular essa prática com a pessoa idosa, caso seja possível, caso não o seja, fazer junto ao seu cuidador ou familiar.

Fatores a serem observados para que ocorra sucesso na educação nutricional na recuperação e manutenção do estado nutricional:

Estimular a ingestão hídrica adequada;

A composição e consistência da alimentação devem ser adequadas às alterações fisiológicas e patológicas comuns à faixa etária e às necessidades individuais;

Observar a interação droga-nutriente;

Orientar a inclusão de alimentos funcionais na ingestão diária, com a finalidade antioxidante, entre outras funções;

Respeitar os hábitos alimentares pregressos, estimulando aqueles saudáveis e desestimulando os prejudiciais;



Promover a integração social dos idosos em programas, grupos de convivência ou em outros projetos para melhor adesão à prescrição dietoterápica;

Educação nutricional fundamentada, como uma ação da nutrição aplicada, com recursos em direção à aprendizagem, à adequação e à aceitação de hábitos alimentares saudáveis.

## 7.2 Prática de atividades físicas

A prática de atividades físicas traz benefícios biológicos, psicológicos e sociais, levando a um melhor funcionamento corporal, diminuindo as perdas funcionais, favorecendo a preservação da independência, com melhoras na postura e equilíbrio, flexibilidade, força muscular, controle da pressão arterial, manutenção da densidade mineral óssea, melhora da função intestinal, diminuição da ansiedade, stress, melhorando o humor e a autoestima, dentre muitos outros benefícios.

A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associadas a dieta inadequada e o tabagismo. É bastante prevalente a inatividade física entre os idosos. O estilo de vida moderno propicia o gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, como por exemplo, assistir televisão.

Recomenda-se que haja sempre uma avaliação de saúde antes de iniciar qualquer prática corporal/atividade física. No caso de exercícios leves, pode-se iniciar a prática corporal/atividade física antes da avaliação, para que essa não se transforme em uma barreira para o engajamento da pessoa idosa na sua realização.

Deve-se estimular o idoso a realizar atividades leves como caminhada, executar atividades domésticas como varrer, cuidar de plantas, etc. Sugere-se 30 minutos de prática corporal/atividade física regular (ao menos três vezes por semana). Uma das vantagens dessa prática é a fácil adesão por aqueles que têm baixa motivação para a prática de exercícios.

As Academias de Saúde constituem espaços de promoção da saúde com a realização de atividades físicas, práticas corporais, artísticas, informações sobre segurança alimentar e nutricional, com impacto positivo na autonomia e mobilização da população usuária. Configuram-se como espaços privilegiados para a inclusão da população idosa.

O município de Natal, possui 82 (oitenta e duas) academias da terceira idade, disponibilizadas à população em vários bairros da cidade. Trata-se de um espaço que oferece benefícios como alongar, fortalecer e desenvolver a musculatura e trabalhar a resistência aeróbica.

Cada academia é composta em média por dez equipamentos. É necessário dar orientações quanto ao uso cauteloso e sob orientação de profissionais da área, para que a pessoa idosa não se lesione.

O ideal é que sejam realizados 150 minutos por semana divididos em pelo menos três dias e que essa atividade inclua as modalidades aeróbica, flexibilidade, resistência e equilíbrio.

### 7.3 Participação em grupos operativos nas unidades de saúde

O trabalho em grupo possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e a pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde.

O trabalho em grupo é uma realidade no cotidiano das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família que desenvolvem atividades sobre hipertensão, diabetes, puericultura e com gestantes.

Destaca-se o papel fundamental da socialização obtida em qualquer trabalho em grupo, o que por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa. Deve ser uma atividade realizada pela equipe da unidade de forma responsável e com frequência regular.

Algumas considerações estratégicas orientadoras do trabalho em grupo com os idosos estão descritas no quadro abaixo:

**Quadro 9** - Orientações para o trabalho com grupos com idosos

<b>Convide as pessoas idosas para participarem do grupo</b>	Para organizar um grupo com pessoas idosas, a equipe de saúde deve estar mobilizada e ter incluído essa atividade em seu planejamento. Existem inúmeras estratégias para convidá-las a participarem de grupos são elas: fixar cartazes na Unidade de Saúde e em pontos estratégicos na comunidade – escolas, associações, supermercados – e durante a realização de procedimentos, consultas e agente comunitário de saúde- ACS.
---	--

<p><b>Temas a serem abordados</b></p>	<p>As temáticas e as atividades a serem propostas devem ser discutidas com os participantes de forma a estarem mais adequadas às demandas e às realidades locais. É possível lançar mão de atividades lúdicas, oficinas, músicas, rodas de conversa, passeios etc. Sugere-se também trabalhar as datas comemorativas que são mais significativas para a pessoa idosa. Exemplos: natal, carnaval, São João, dia das mães etc.</p>
<p><b>Local para a realização das atividades grupais</b></p>	<p>O local de escolha deve buscar superar as limitações relativas à locomoção e condições sócio-econômicas adversas. Devem-se privilegiar locais próximos às moradias, como escolas, associações comunitárias, igrejas, e a própria unidade de saúde, entre outros.</p>
<p><b>Coordenação do grupo</b></p>	<p>O grupo pode ser coordenado por qualquer membro da equipe: agente comunitário de saúde (ACS), enfermeiro, médico, dentista, técnico em saúde bucal (TSB), entre outros. O coordenador é a pessoa responsável pelo grupo, cabendo-lhe organizar o encontro a partir do planejamento da equipe e, quando necessário, convidar alguém para discutir um assunto específico.</p>
<p><b>A linguagem a ser utilizada</b></p>	<p>A postura dos profissionais é fundamental no sucesso do grupo. As figuras de linguagem (metáforas) reproduzem uma imagem mental que auxiliam na compreensão. <b>Algumas “armadilhas” devem ser evitadas no trabalho em grupo:</b> infantilização da linguagem; intimidação; falas com cunho autoritário; interrupção da fala de alguém do grupo; fazer pouco caso quanto à participação de algum membro do grupo; utilizar termos técnicos sem esclarecer seu significado.</p>

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, MS, 2010.

## 7.4 Imunização

**Quadro 6** - Esquema de imunização

VACINA	ESQUEMA VACINAL
Anti-tetânica	Esquema de três doses com reforço a cada 10 anos, levar em consideração o passado vacinal.
Antipneumocócica (Pneumo 23)	>65 anos tomar 1dose; <65 anos fazer reforço a cada 5 anos da primeira dose.

Influenza	Anual.
Hepatite B	Esquema de três doses.

Fonte: Calendário Nacional de vacinação do MS

O registro da vacinação deve ser feito na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, facilitando e incentivando o acompanhamento da saúde do idoso por meio desse instrumento.

## 7.5 Rastreio de neoplasias

**Quadro 7** - Critérios para rastreio de neoplasias

Pulmão	Rastreio não recomendado
Próstata	Rastreio não recomendado.
Mama	Mamografia bianual em mulheres entre 50-69 anos, individualizada para cada paciente (avaliar se expectativa de vida maior que 10 anos)
Colo-retal	Recomenda-se pesquisa de sangue oculto nas fezes, colonoscopia ou sigmoidoscopia em adultos entre 50-75 anos.
Colpocitologia oncótica	A continuidade do rastreamento após os 60 anos deve ser individualizada e, após os 65 anos, a recomendação é de suspender o rastreamento se os últimos exames estiverem normais. Rastreio pelo papanicolau.
Pele	Buscar ativamente lesões características em consultas de rotina

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. 2010.

Atualmente a indicação para o rastreamento está restrita aos cânceres de mama, colo do útero, cólon e reto. Entretanto, praticamente todos, exceto câncer de pulmão e esôfago, são passíveis de diagnóstico precoce, mediante avaliação e encaminhamento oportunos após a constatação dos primeiros sinais e sintomas.

A detecção precoce pode salvar vidas, reduzir a morbidade associada ao curso da doença e diminuir custos do sistema de saúde relacionados ao tratamento das doenças. Ela deve ser estruturada na atenção à saúde, com a definição clara de suas estratégias e a efetiva incorporação de seus princípios técnicos e operacionais pelos profissionais de saúde.

**Quadro 8** - Sinais e sintomas associados com cânceres passíveis de diagnóstico precoce

<b>LOCALIZAÇÃO DO CÂNCER</b>	<b>SINAIS DE ALERTA</b>
Mama	Nódulo mamário, assimetria, retração da pele, recente retração do mamilo, descarga papilar sanguinolenta, alteração eczematosas na aréola.
Colo do Útero	Dor e sangramento após relação sexual, corrimento vaginal excessivo.
Cólon e reto	Mudança nos hábitos intestinais, perda inexplicadas de peso, anemia, sangue nas fezes.
Cavidade oral	Lesões brancas (leucoplasia) ou vermelhas (eritroplasia), massa ou ulceração na boca.
Nasofaringe	Sangue pelo nariz, permanente congestão nasal, perda da audição, nódulos na parte superior do pescoço.
Laringe	Rouquidão Persistente
Estômago	Dor abdominal superior crônica, sem melhora com tratamento clínico, aparecimento recente de indigestão, perda de peso.
Pele melanoma	Lesão marrom em crescimento, com bordas irregulares ou áreas de coloração irregular que podem coçar ou sangrar.
Outros cânceres de pele	Ceratose (lesão ou ferida na pele que não cura).
Bexiga	Dor, ato urina frequente e difícil, sangue na urina.
Próstata	Demora em iniciar e finalizar o ato urinário, frequente ato de urinar durante a noite (nictúria).
Retinoblastoma	Mancha branca na pupila, estrabismo convergente (na infância)
Testículo	Aumento de um testículo (assimetria)

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. 2010.





# Aspectos psicológicos do envelhecimento

**D**urante séculos, o envelhecimento humano foi tratado principalmente como uma questão biológica, com estudos e pesquisas se restringindo à área médica. A partir do começo do século XX, além da importância dada aos aspectos biológicos, o processo de envelhecimento passa a contextualizar fatores que abordam o ser humano como um ser integral, numa visão biopsicossocial. Juntamente com as transformações orgânicas e fisiológicas, as pessoas vão conviver com suas crises individuais e relacionais, apoiadas no enfrentamento de suas dificuldades, suscitando, portanto, da autonomia e corresponsabilidade na construção de um modo de vida saudável.

## 8.1 Envelhecimento normal x envelhecimento patológico

Contrariamente à crença popular, envelhecimento não é sinônimo de doença, muito embora se constate que certos tipos de enfermidades e danos surjam com mais frequência entre os longevos.

Não obstante, a gerontologia e em especial a geriatria, definem o que vem a ser envelhecimento normal apenas como processo vital, inerente ao desenvolvimento humano diferentemente do que é patológico; este sim, como a própria terminologia sugere, vinculado às doenças, com sinais e sintomas, muitas vezes irreversíveis, caracterizando **doença aguda**, como a de curta duração, cujo desenlace pode ser previsto; e **doença crônica**, aquela de longa duração, geralmente acarretando uma limitação residual.

A doença crônica é predominante nas pessoas idosas em razão de seus efeitos acumulativos, provocando a diminuição da resistência global, em face da agressão externa.

As causas de uma velhice orgânica saudável devem ser encontradas em fatores do meio ambiente material e psicossocial. Quando nos referimos ao envelhecimento normal não suprimimos a verdade de que, com o passar dos anos, há a decadência da capacidade funcional da estrutura física da pessoa, diminuição na velocidade de reação e em sua capacidade de enfrentar estímulos externos.

Com o melhora da qualidade de vida durante o envelhecimento, reduziu-se o número de anos em que se manifestam as limitações orgânicas, o que é ratificado pela influência dos fatores psicossociais de motivação, estilo de vida, interesses, ocupações, companhia e capacidade de decisão. Todos estes fatores afetam diretamente variáveis biológicas como a produção de linfócitos, secreções hormonais, neurotransmissores, que são responsáveis diretos pelo bem-estar fisiológico da pessoa. Com base nesse pressuposto, é possível observar que:

Nem todos envelhecem no mesmo ritmo, nem da mesma maneira;

Muitas pessoas idosas têm mais saúde do que outras pessoas mais jovens;

As mudanças ocorridas durante o processo de envelhecimento nem sempre são encaradas como nefastas por todos os idosos.



A velhice não começa em uma idade cronologicamente uniforme, senão variável e individualizada. A fronteira entre o normal e o patológico nos aspectos orgânicos da saúde é com frequência, imprecisa.

Sobre os aspectos psíquicos, ainda é mais difícil estabelecer a diferença entre saúde e doença. Todavia, muitos profissionais supõem que toda pessoa possui um potencial patológico que se manifesta ou não, na conduta, dependendo das suas condições psíquicas, da influência do meio, dos fatores de risco, entre outros, e por conseguinte, preferem falar da intensidade da normalidade ou doença presente nessa ou naquela pessoa.

É preciso lutar contra os preconceitos relacionados à velhice e combater a ideia de que velho é funcionalmente limitado. Mesmo existindo esta possibilidade, a maioria da população idosa não se enquadra nesse conceito.

As limitações, próprias da senescência, não impossibilitam a pessoa idosa de gozar de uma vida plena, podendo até mesmo compensá-las pelas potencialidades distintas nesta etapa de vida, tais como: serenidade, experiência, maturidade e perspectiva de vida pessoal e social.

Todos estes aspectos irão contribuir para que esta fase do desenvolvimento humano seja vivenciada de forma positiva e natural, com a pessoa idosa podendo manter o caráter realístico da situação, sem interferir negativamente na sua autoestima.

## 8.2 O luto

Abordar o envelhecimento remete, inevitavelmente à situação de caminhar para o fim, para a morte. Numa época em que o mundo inteiro vivencia a valorização da estética perfeita e corre em busca da eternização, torna-se melancólico e até sofrido falar do processo de envelhecimento e de morte.

No entanto, desde que nasce, o ser humano caminha para a morte, seja ela vista como uma passagem, como uma transformação, uma viagem ou um fim absoluto.

Independentemente do ponto de vista, mesmo recorrendo a teorias que amenizam a visão do fim absoluto para uma passagem em outra dimensão, as pessoas não querem morrer e também não querem envelhecer.

Encontrou-se uma forma de minimizar a problemática com a possibilidade de longevidade, potencializando a qualidade de vida. Surgem as novas estratégias de atendimento à saúde, com ações preventivas para um envelhecimento saudável, em busca de longevidade, mantendo a saúde, beleza e autonomia.

Não há como fugir da ordem natural que rege o universo, mesmo sabendo que podemos otimizar o processo de envelhecimento. Apesar disso, há circunstâncias em que não há como evitar os acometimentos patológicos da velhice, pois muitas vezes são irreversíveis, crônicos e degenerativos.

Há algo que o tempo não conseguiu modificar: a saudade. Este é um sentimento difícil de lidar, principalmente diante da morte e só consegue ser elaborado, quando existe a possibilidade de ser vivenciada em sua plenitude.

Quem cuida de pessoas idosas e principalmente dos acometidos por doenças crônico-degenerativas, vivencia a morte em sua forma mais perversa, porque chora o luto de alguém que ainda está “vivo”. Na verdade, sofre pela morte do sujeito que se apresentava antes da doença, antes de atingir seu estado dependente, e chora a morte da juventude, da vitalidade.

Muitas vezes, diante da angústia da possibilidade da morte, se esquece de viver o que ainda resta, mesmo com suas limitações e problemas. É preciso encarar a morte como um fim e o meio pela qual ocorrerá, deve ser cuidado enquanto há vida. Faz-se necessário, mesmo diante de tamanho sofrimento, dar suporte àquele que não tem mais autonomia para decidir, mas que deixou marcas de seu desejo no percurso de sua vida, através de seus relacionamentos.

### 8.2.1 Atitudes que facilitam a abordagem

Identificar o momento adequado para abordar o assunto é algo delicado e para o qual muitas vezes o profissional não está preparado. É oportuno que a situação de luto seja trabalhada em sua esfera imaginária para que não haja interferência em sua atuação.

Abordar o tema na equipe de profissionais dividindo as experiências e os sentimentos é uma forma saudável de preparar-se para essa tarefa difícil, mas necessária.

Orientar a família para que decidam, mesmo dentro do sofrimento, a forma com que dar-se-á os últimos momentos daquele ente querido, é poupar o sujeito que se encontra em seus derradeiros suspiros, de lidar com mais um sofrimento, que vem do *outro*, que é do *outro*.

Trabalhar o amor, dentro de uma esfera de aceitação da morte, liberando o apego egoísta e a dificuldade em chegar ao fim é um grande desafio para quem que acompanha as famílias de pessoas idosas em fase terminal.

O luto é, antes de tudo, a aceitação da própria morte, a elaboração da ideia de que esse é o *fim*, e a vida é o *meio* através do qual podemos transformar esse momento num processo agonizante de sofrimento ou num suspirar doce de um grande voo para o desconhecido.





# Doenças e Agravos Crônicos não Transmissíveis - DANT

**A**s doenças e agravos não transmissíveis (DANT) podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das Atividades da Vida Diária (AVD's) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos.

Constitui-se DANT, o acidente vascular encefálico, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

No país, essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis.

Na última década, observou-se uma redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade pelas DANT, o que pode ser atribuído à expansão da atenção primária, melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde dos brasileiros. Tais informações, reforçam o importante papel dos profissionais da atenção básica nesse processo.

## 9.1 Doenças do sistema circulatório

Essas doenças constituem a principal causa de morbi-mortalidade no Brasil e no mundo, destacando-se os acidentes vasculares encefálicos, as doenças coronarianas e a hipertensão arterial sistêmica. A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta prevalência no Brasil e no mundo, e o seu custo social é extremamente elevado, requerendo um cuidado especial por parte dos profissionais, pelo grau de complicações à saúde caso seja negligenciada.

## 9.2 Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS

Trata-se de importante fator de risco, sendo a causa mais frequente das demais doenças do aparelho circulatório. Além disso, a hipertensão está, ainda, associada às demais doenças e condições crônicas, tais como doença renal crônica, diabetes, entre outras. O investimento em educação e a mobilização social potencializam e qualificam o autocuidado e a construção de hábitos saudáveis.

### 9.2.1 A abordagem multiprofissional no tratamento da hipertensão

O tratamento da hipertensão e a prevenção das complicações crônicas, exigem uma abordagem multiprofissional. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial necessita de um processo contínuo de motivação para que a pessoa idosa não abandone o tratamento.

### 9.2.2 Tratamento não-farmacológico

As principais estratégias para o tratamento não-farmacológico da HAS:

- 1- Controle do excesso de peso;
- 2- Adoção de hábitos alimentares saudáveis;
- 3- Redução do consumo de bebidas alcoólicas;
- 4- Abandono do tabagismo;
- 5- Realizar uma Prática Corporal / Atividade Física regular

### 9.2.3 Tratamento farmacológico

A escolha do medicamento deverá ser individualizada, considerando a presença de co-morbidades, tolerabilidade ao medicamento, resposta individual da pressão arterial e manutenção da qualidade de vida.

Quando for necessário o uso de drogas anti-hipertensivas, algumas considerações básicas devem ser lembradas:

**Quadro 10** - Considerações sobre a utilização de anti-hipertensivos

1- Iniciar sempre com doses menores do que as preconizadas;
2- Lembrar que determinadas drogas anti-hipertensivas demoram de quatro a seis semanas para atingir seu efeito máximo, devendo-se evitar modificações do esquema terapêutico, antes do término desse período;
3- Não introduzir nova droga, antes que a dose terapêutica seja atingida, evitando efeitos colaterais;
4- Investigar a ocorrência de hipotensão postural ou pós-prandial antes de iniciar o tratamento;
5- Estimular a aferição da PA no domicílio, sempre que possível;
6- Orientar quanto ao uso do medicamento, horário mais conveniente, relação com alimentos, sono, diurese e mecanismos de ação;
7- Antes de aumentar ou modificar a dosagem de um anti-hipertensivo, monitorar a adesão da pessoa ao tratamento (medicamento e não medicamentoso). A principal causa de Hipertensão Arterial resistente é a descontinuidade da prescrição estabelecida.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, MS, 2010.

Em algumas pessoas muito idosas é difícil reduzir a pressão abaixo de 140mmHg, mesmo com boa adesão e múltiplos agentes. Nesses casos, afastada causas secundárias, pode-se aceitar reduções menos acentuadas de pressão arterial sistólica. Os estudos mostram que o tratamento da hipertensão no idoso reduz a incidência de déficit cognitivo.

Lembrar da hipotensão postural, cujo diagnóstico, é necessário medir a pressão da pessoa idosa, além de sentado, deitado e em pé também, nessa ordem, considerando uma pressão de no mínimo três minutos na mudança postural determinada.

Será hipotensão postural quando a pressão sistólica diferenciar de 20mmHg da posição deitada para em pé e a pressão diastólica diferenciar de 10mmHg da posição deitada para em pé.

#### 9.2.4 Acompanhamento e cuidado continuado

Logo que o tratamento seja instituído, a equipe deve acompanhar o idoso de forma mais frequente devido à necessidade de verificar a resposta ao tratamento e presença de efeitos colaterais.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa possui um espaço para o registro do controle da Pressão Arterial com o objetivo de facilitar o acompanhamento e controle da HAS.

### 9.3 Dislipidemia

É uma doença metabólica muito comum entre os idosos e que se mostra como fator de risco para diversas complicações, como por exemplo o infarto do miocárdio, o qual se evidencia pelos níveis elevados de lipídios ou lipoproteínas no sangue.

O rastreio dessa condição deve ser feito a partir dos 35 anos em homens e 45 anos em mulheres. Caso o usuário apresente fator de risco, a idade para o início do rastreio passa a ser os 20 anos.

Dessa forma, pessoas idosas estão inclusas no grupo que deve ser permanentemente inspecionado. O alvo principal é um LDL < 100mg/dL e um HDL > 40 mg/dL em homens e HDL > 50 mg/dL em mulheres.

### 9.4 Diabetes Mellitus

O *Diabetes mellitus* é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente: olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.



Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2, que compreende cerca de 90% do total de casos. Na pessoa idosa, a forma clínica mais frequente é o tipo 2.

O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. As pessoas afetadas apresentam tipicamente hiperglicemia sem tendência habitual a cetoacidose que algumas vezes ocorre devido à presença de infecções ou de outras comorbidades.

Cerca de 80% dos casos de diabetes tipos 2, podem ser atendidos predominantemente na atenção básica, enquanto os casos de diabetes tipo 1 requerem maior colaboração de especialistas, em função da complexidade de seu acompanhamento. A coordenação do cuidado dentro e fora do sistema de saúde é responsabilidade da equipe de Atenção Básica.

### 9.4.1 Fatores indicativos de maior risco

**Quadro 11** - Fatores indicativos de maior risco para diabetes

Idade >45 anos.
Sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25)
Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas)
Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes
Hipertensão arterial (> 140/90mmHg)
Colesterol HDL = 35mg/dL e/ou triglicerídeos =150mg/dL
História de macrossomia ou diabetes gestacional
Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos

Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, MS, 2010.

Critérios laboratoriais para o diagnóstico de diabetes:

- Sintomas de diabetes.
- + glicemia casual 200mg/dL (realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições), OU
- 2 glicemias de jejum 126mg/dL, OU
- Glicemia de 2 horas 200mg/dL no teste de tolerância à glicose.

### 9.4.2 Rastreamento e diagnóstico do diabetes tipo 2

Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença.

Ao estabelecer o diagnóstico, convém:

- Fazer uma estimativa da expectativa de vida da pessoa em função de sua idade e co-morbidades ao momento do diagnóstico.
- Conhecer a história da morbidade associada: transtornos psiquiátricos como depressão ou demência, cardiopatia isquêmica, hipertensão arterial etc.
- Fazer revisão sistemática e avaliação funcional, por exames complementares, se necessário, dos principais órgãos e sistemas que são alvos de lesões em decorrência do diabetes, tais como:

**Quadro 12** - Rastreio de complicações do diabetes

<b>VISÃO</b>	<b>AVALIAÇÃO DE FUNDO DE OLHO</b>
Sistema nervoso	Lesões cerebrovasculares manifestas e silenciosas e neuropatia periférica.
Sistema cardiovascular	Lesões coronarianas e ateromatosas difusas manifestas ou silenciosas.
Rins	Avaliação da função renal.
Lesões cutâneas	Mal perfurante (pé diabético).

Infecções bacterianas assintomáticas ou com manifestações atípicas.	Cistites, pneumonia.
---	----------------------

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, MS, 2010.

Na pessoa idosa independente, a autovigilância dos sintomas e da glicemia são tão importantes quanto em qualquer outra idade. Na pessoa idosa dependente, o trabalho de vigilância deve ser assumido pelo cuidador. É fundamental o uso do glicosímetro diariamente e anotação dos valores de glicose em diferentes horários do dia.

### 9.4.3 Hipoglicemia

É a diminuição dos níveis glicêmicos – com ou sem sintomas – para valores abaixo de 60 a 70mg/dL. Geralmente essa queda leva a sintomas neuroglicopênicos (fome, tontura, fraqueza, dor de cabeça, confusão, coma, convulsão) e a manifestações de liberação do sistema simpático (sudorese, taquicardia, apreensão, tremor).

Pode ocorrer em usuários que utilizam anti-diabéticos orais ou a insulina. Com a busca crescente do controle metabólico estrito, a ocorrência de hipoglicemia vem aumentando. Os indivíduos que variam muito seu padrão de dieta e exercício físico, que têm longa duração do diabetes, ou que apresentam neuropatia diabética grave têm um maior risco de hipoglicemia, além daqueles que apresentaram uma ou mais hipoglicemias graves recentemente.

As situações de risco são: atraso ou omissão de refeições, exercício vigoroso, consumo excessivo de álcool e equívoco na administração de insulina ou de hipoglicemiante oral.

#### 9.4.3.1 Níveis recomendados de hemoglobina glicada - A1C

De acordo com Netto (2009), o alvo da A1C deve ser individualizado. As pessoas idosas em boas condições clínicas e que apresentam complicações microvasculares, são os que provavelmente, mais se beneficiariam de um controle glicêmico intensivo.

No entanto, os riscos de um controle glicêmico intensivo, incluindo hipoglicemia, tratamentos concomitantes múltiplos, interações entre as drogas e os seus efeitos colaterais devem ser considerados na equação do risco-benefício.

Nos adultos idosos já fragilizados, indivíduos com esperança de vida limitada e outros nos quais os riscos do controle glicêmico intensivo são maiores do que os benefícios potenciais, um nível de A1C de 8% pode ser mais apropriado.

#### 9.4.4 Prevenção e manejo das complicações crônicas do Diabetes tipo 2

O controle intensivo desses fatores por meio de medidas não farmacológicas e farmacológicas pode reduzir pela metade quase todas as complicações. Parte expressiva do acompanhamento no indivíduo com diabetes deve ser dedicada à prevenção, identificação e manejo dessas complicações. O manejo requer uma equipe de Atenção Básica treinada com tarefas específicas, incluindo a coordenação do plano terapêutico e das referências e contra-referências dentro do sistema de

De acordo com as Diretrizes saúde

#### 9.4.5 Tratamento Farmacológico

Da Sociedade Brasileira de Diabetes (2007), o tratamento da pessoa idosa inclui particularidades importantes e deve ser individualizado, atentando às suas necessidades e restrições.

**Quadro 13** - Considerações importantes relativas ao tratamento do idoso portador de Diabetes Mellitus

A hipoglicemia na pessoa idosa é mais frequente e de maior gravidade

A pessoa idosa frequentemente é portadora de outras comorbidades, tornando restrito o uso de alguns antidiabéticos orais, restando a insulina como única opção terapêutica em alguns casos

A metformina é geralmente a primeira escolha, mas é contra-indicada para usuários com insuficiência renal. A dose deve ser aumentada gradativamente, minimizando os possíveis efeitos colaterais (diarreia e desconforto abdominal).

Usuários tratados com associação de dois ou três antidiabéticos orais e que continuam com a glicemia elevada devem iniciar insulino terapia.

É fundamental o monitoramento glicêmico capilar (HGT) em casa, sempre que possível, com o glicosímetro. Os dados devem ser anotados e levados para as próximas consultas.

FONTE: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2007)

## 9.5 Outros agravos importantes na clínica da atenção básica

### 9.5.1 Imobilidade

Entende-se por imobilidade a incapacidade de um indivíduo para se deslocar sem o auxílio de outras pessoas, com a finalidade de atender às necessidades da vida diária. A Síndrome de Imobilidade é o conjunto de sinais e sintomas decorrentes da imobilidade, por restrição a uma poltrona ou ao leito, por um tempo prolongado, associada a múltiplas causas e com implicações físicas e psicológicas e que pode levar ao óbito.

A imobilidade pode ser temporária, no caso de fraturas, cirurgias, internações, doenças agudas e infecções. Como também pode ser crônica em de tratando dos casos de demências, depressão grave, astenia, doenças cardiorrespiratórias, dor crônica, neoplasias, fraturas e suas complicações, distúrbios de marcha, fobia de queda e sequela de AVE (CHAIMOWICZ,2013).

<b>Causas comuns da Síndrome de Imobilidade</b>	
Sociais e ambientais	Ambiente inadequado envolvendo risco de quedas. Restrição física Isolamento social, condições sociais desfavoráveis.
Psíquicas	Medo de queda. Depressão
Sistema musculoesquelético	Osteoartrose. Fraturas ósseas (principalmente fêmur e vértebras). Doenças reumáticas, como artrite reumatoide. Amputações
Sistema cardiorrespiratório	Doença pulmonar obstrutiva crônica. Insuficiência cardíaca congestiva
Sistema circulatório	Insuficiência venosa crônica e úlcera varicosa. Erisipela. Trombose venosa.
Sistema neurológico	Acidente vascular cerebral. Demências. Doença de Parkinson. Neuropatia periférica.

Fonte: Chaimowicz, 2013.

<b>Ações de prevenção</b>
Identificar os fatores de riscos.
Orientar o idoso, família e cuidador na adequação do ambiente e adaptação do idoso nas atividades de vida diária, evitando acidentes domésticos.
Orientar o idoso, família e cuidador no controle e uso correto de medicamentos.
Promover atividades físicas, estimulando a mobilidade e evitando a restrição ao leito.
Estimular a independência nas AVDs e ABVDs.
Identificar os fatores de riscos.
Orientar a pessoa idosa, sua família e cuidador na adequação do ambiente e adaptação desta pessoa idosa, frente às atividades de vida diária, a fim de evitar acidentes domésticos.

Fonte: Chaimowicz, 2013

### 9.5.2 Úlceras por pressão

Qualquer lesão causada por pressão não aliviada que resulta em danos nos tecidos subjacentes, tecido subcutâneo, músculo, articulações, ossos.

<b>Causas da úlcera por pressão</b>
Trauma – mecânico, químico ou físico
Intencional – cirurgia
Isquemia – úlcera arterial
Pressão – úlcera de decúbito ou por pressão

Fonte: Chaimowicz, 2013

<b>Ações de Recuperação e Reabilitação</b>
Estimular a higiene oral e corporal de acordo com o nível de dependência do idoso para as AVDs. Usar toalha macia, sabonete neutro e manter a privacidade do idoso.
Manter a pele limpa e hidratada.
Em locais sob pressão (proeminências ósseas) use loção com ácidos graxos essenciais.
Trocar com frequência a fralda ou a roupa. A vestimenta deve ser confortável.

Evitar fazer fricções e cisalhamento durante a mudança de posição. Os lençóis devem estar esticados e limpos e os colchões do tipo “caixa de ovos”.

Evitar hematomas, equimoses e rompimento da pele durante o manuseio da pessoa idosa.

Atentar para a alimentação saudável e hidratação, pois pessoas dosas com disfagia devem ser assistidas durante a alimentação para evitar engasgos, tosse e aspiração.

Realizar mudança de decúbito constantes com intervalos de duas horas, posicionando corretamente com auxílio de almofadas.

O posicionamento correto do corpo promove a respiração, circulação, conforto, alívio da dor e previne complicações como contraturas e úlceras de pressão.

Evitar a posição em flexão das articulações e proteger as proeminências ósseas.

Reiniciar a mobilização precoce e quando possível treino da marcha e equilíbrio.

Atentar para os cuidados específicos do uso de drenos, sondas e traqueostomia.

Acionar o NASF e equipe de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e nutrição.

Utilizar o guia básico de tratamento de feridas e úlceras de pressão.

Estimular a higiene oral e corporal de acordo com o nível de dependência da pessoa idosa para as AVD. Usar toalha macia, sabonete neutro e manter a privacidade do idoso.

Fonte: Chaimowicz, 2013

### Estágios da úlcera por pressão

**Estágio I** – é um eritema da pele intacta que não embranquece após a remoção da pressão.

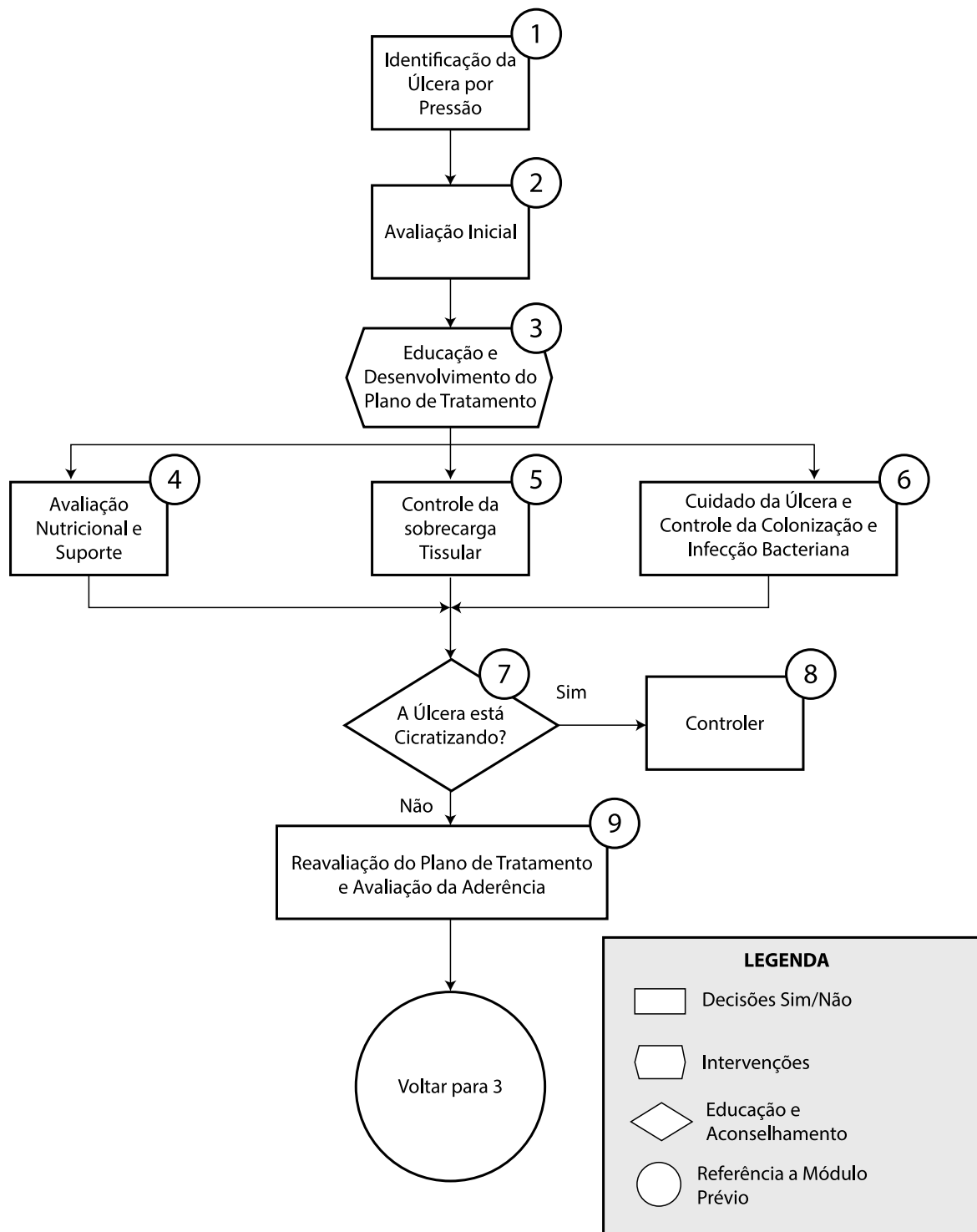
**Estágio II** – é uma perda parcial da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambos. Apresenta-se como uma abrasão, uma bolha ou uma cratera rasa.

**Estágio III** – é uma perda da pele na sua espessura total, envolvendo danos ou uma necrose do tecido subcutâneo que pode se aprofundar, não chegando até a fascia muscular. Apresenta-se como uma cratera profunda.

**Estágio IV** – é uma perda da pele na sua total espessura com uma extensa destruição ou necrose dos músculos, ossos ou estrutura de suporte como tendões ou cápsulas das articulações.

Fonte: Chaimowicz, 2013

## TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO



### 9.5.3 Disfagia

Denomina-se disfagia os distúrbios da deglutição, não sendo considerada doença e sim sintoma de doença de base. Possui diversas causas que decorrem de doenças tais como a Doença de Parkinson, a Doença de Alzheimer e outras causas que levam a alterações no mecanismo da deglutição.



Os sintomas mais comuns manifestam-se pela dificuldade em mastigar ou iniciar a deglutição, dor no peito, regurgitação nasal, tosse, engasgo durante as refeições e sensação de alimento parado na garganta, levando a uma série de complicações como: desidratação, desnutrição, pneumonia aspirativa.

De acordo com Paggno et al., 2014, os portadores destes distúrbios geralmente sofrem de desnutrição, e de outros problemas como, constipação, desidratação, úlceras e anorexia quase sempre causadas pela baixa ingestão de nutrientes essenciais ao organismo.

Promover a nutrição adequada para indivíduos disfágicos torna-se um desafio, entretanto a alimentação pode ser facilitada com modificações na textura dos alimentos e espessamento dos líquidos ingeridos. Ressalta-se que para evitar a desnutrição, é necessário avaliar o grau da disfagia e recomendar a textura mais adequada dos alimentos.

O EAT-10 é uma ferramenta de rastreio da disfagia em pessoas idosas e usuários com distúrbios neuromotores. É um formulário de triagem inicial que pode ser usado por todos os profissionais da equipe, para o encaminhamento ao fonoaudiólogo. É composto por 10 (dez) questões subjetivas, com respostas em uma escala de 0 a 4, sendo 0 = ausência do problema e 4 = problema severo. (Ver anexo 5).

## 9.6 Iatrogenias

A terapia farmacológica direcionada à população idosa apresenta desafios. Ela pode vir a utilizar o triplo de medicamentos que usuários mais jovens, principalmente devido à sua elevada prevalência de doenças crônicas. Considera-se iatrogenia a afecção decorrente da intervenção do médico ou de seus auxiliares, seja ela certa ou errada, justificada ou não, mas da qual resultem consequências danosas para a saúde do usuário.

A reação adversa a medicamentos (RAM) é o principal tipo de iatrogenia, qual seja a resposta nociva e não intencional ao uso de um medicamento que ocorre em associação a doses normalmente empregadas em seres humanos para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de doenças ou para a modificação de uma função fisiológica.

A absorção de medicamentos não é significativamente alterada com o envelhecimento e é, portanto, o fator menos importante da farmacocinética, desde que a mucosa gástrica esteja intacta.

A diminuição em até 40% do tamanho do fígado e de até 35% do fluxo sanguíneo hepático pode levar ao comprometimento do metabolismo de fármacos fluxo-dependentes, como o propranolol e os nitratos.

Os fármacos que sofrem metabolismo oxidativo apresentariam diminuição do mesmo com o envelhecimento, servindo de exemplos diazepam, alprazolam, clordiazepóxido, quinidina, aminofilina e propranolol.

Quanto à eliminação dos metabólitos, por volta dos 70 anos um indivíduo pode apresentar diminuição de até 40 a 50% da função renal, mesmo na ausência de doença.

A consequência desses eventos com relação à farmacocinética seria o efeito prolongado dos fármacos de excreção renal, uma vez que sua eliminação está reduzida.

É fundamental para o diagnóstico das reações adversas estabelecer uma relação causal entre o evento observado e o medicamento suspeito.

### 9.6.1 Fatores de risco

Polifarmácia: uso diário de 3 ou mais medicamentos;

Comorbidades: 1 ou mais doenças crônicas;

Doses: idiossincrásicas (RAM não depende da dose); dose-dependente (RAM depende da dose);

Uso de medicamento inapropriado. Devem ser evitados nessa população (medicamentos com propriedades anticolinérgicas, benzodiazepínicos de longa duração, metildopa, clorpropamida).

### 9.6.2 Princípios da prescrição geriátrica

Fazer diagnóstico correto;

O uso crônico não necessariamente justifica o uso continuado;

Parar medicamentos sem benefício ou sem indicação clínica;
Usar tratamento medicamentoso apenas após as medidas não farmacológicas;
Evitar iniciar duas drogas simultaneamente e começar com doses baixas
Assegurar-se que os sintomas que requerem tratamento são devidos ao uso de outras drogas;
Evitar medicamentos para dormir.

A cascata de iatrogenia é um quadro que se estabelece, quando um efeito adverso de um medicamento não é reconhecido, mas sim interpretado pelo médico como uma nova condição patológica e adiciona um novo medicamento para tratar essa nova condição. O usuário fica em risco de desenvolver novos efeitos adversos relacionados à nova droga administrada de maneira desnecessária. Não obstante, a polifarmácia é uma das maiores causas de “cascata iatrogênica.”

**Quadro 14-** Critérios de Beers para as principais iatrogenias:

MEDICAMENTOS	POSSÍVEIS EFEITOS
Anticolinérgicos (hidroxizine, prometazina)	Confusão; boca seca; constipação
Antiespasmódicos (escopolamina)	Confusão, boca seca; constipação
Nitrofurantoína	Evitar quando clearance <60ml/min
Doxazosin, prazosin	alto risco de hipotensão ortostática
Clonidina, metildopa	Alto risco de efeitos adversos no SNC, hipotensão ortostática, bradicardia
Amiodarona	Várias toxicidades, incluindo doenças da tireóide e pulmonares; prolongamento do QT
Digoxina > 0.125 mg/dia	Aumenta o risco de toxicidade
Nifedipino	Hipotensão; risco de precipitação de isquemia miocárdica
Espironolactona >25 mg/dia	Risco de hipercalemia, principalmente se associado à AINE, IECA, BRA
Amitriptilina, clomipramina, imipramina,	Sedação, hipotensão ortostática

Antipsicóticos típicos e atípicos	Risco de AVC e mortalidade em pacientes com demência
Fenobarbital	alta taxa de dependência física; tolerância aos benefícios do sono; risco de sobredosagem em doses baixas
Benzodiazepínicos (alprazolam, lorazepam, oxazepam, clorazepato, clonazepam, diazepam)	Aumento do risco de comprometimento cognitivo, delirium, quedas, fraturas e acidentes automobilísticos
Metiltestosterona, testosterona	Aumenta problemas cardíacos; não usar em paciente com câncer
Estrógeno com ou sem progesterona	Potencial efeito carcinogênico (mama e endométrio)
Hormônio do crescimento	Edema, artralgia, síndrome do túnel do carpo, ginecomastia
Glibenclamida	Hipoglicemia
Metoclopramida	Efeitos extrapiramidais como discinesia
Óleo mineral	Aspiração
AINE (AAS > 100mg /d, diclofenaco, ibuprofeno, meloxicam, naproxeno, piroxicam)	Aumenta o risco de hemorragia gastrointestinal e doença péptica ulcerosa
Indometacina	Aumenta o risco de hemorragia gastrointestinal e doença péptica ulcerosa
Relaxante muscular (ciclobenzaprina)	Efeitos anticolinérgicos, risco de sedação e fraturas

Fonte: Beers, 2012.

## 9.7 Incontinência urinária

A Incontinência Urinária pode ser definida como “a perda de urina em quantidade e frequência suficientes para causar um problema social ou higiênico”. Pode variar desde um escape ocasional até uma incapacidade total para segurar qualquer quantidade de urina. Ela se deve, com frequência, a alterações específicas do corpo em decorrência de doenças, uso de medicamentos ou pode representar o início de uma doença.

Entre as mulheres, a principal alteração é a redução da pressão máxima de fechamento uretral, consequência de danos secundários a partos, cirurgias, radiação, tabagismo, obesidade, distúrbios neurológicos, da redução da vascularização e hipotrofia dos tecidos que revestem e envolvem a uretra, a bexiga e a vagina e outros (incontinência de esforço).

Entre os homens, o aumento da próstata é, provavelmente, o principal fator responsável pelas alterações do fluxo urinário (incontinência de transbordamento).

Algumas alterações da função vesical e da uretra ocorrem em ambos os sexos e incluem redução da contratilidade e da capacidade vesical, declínio da habilidade para retardar a micção, aumento do volume residual (para não mais de 50 a 100 ml) e aparecimento de contrações vesicais não inibidas pelo detrusor.(incontinência de urgência).

Alterações da mobilidade, da destreza manual (dificultando a retirada rápida das vestes), da motivação e a tendência a excretar maiores volumes após deitar-se (em consequência da maior filtração renal) também predis põem a pessoa idosa à incontinência.

É primordial que esse problema seja abordado na rotina de avaliação de toda pessoa idosa, pois habitualmente, a pessoa com incontinência urinária não comparece à consulta por esse problema, nem dá essa informação de maneira voluntária. Isso se deve fundamentalmente à vergonha sentida e à crença de ser esta condição uma consequência inevitável do envelhecimento.

O processo diagnóstico pode identificar claramente o tipo e causa da incontinência. Todos os fatores que possam precipitar uma incontinência transitória devem ser avaliados e manejados.

Medidas gerais devem fazer parte da orientação de todas as pessoas com incontinência e incluem:

- 1- Evitar ingestão de grandes quantidades de líquidos quando não houver disponibilidade de banheiros acessíveis.
- 2- Evitar alimentos como cafeína e bebidas alcoólicas.
- 3- Tratar adequadamente quadros de obstipação intestinal crônica.

**Quadro 15** - Principais ações terapêuticas indicadas nas incontinências urinárias agudas

TIPO	TRATAMENTO
Delirium	Busque e trate a causa. Não utilize sondas vesicais, pois podem causar ou exacerbar o delirium. .
Vaginite Atrófica	Tratamento local baseado em aplicações locais de estrógenos com creme vaginal, preferencialmente a base de estriol, 2cc, 1 a 2 vezes por semana.
Infecção	Antibioticoterapia. Se ao término do tratamento a incontinência não se resolver, buscar outras causas e não repetir tratamento a menos que haja documentação de resistência bacteriana.
Fármacos	Se possível, retirar todos os fármacos que possam causar incontinência. Em caso de antihipertensivo mude para outra classe. Em caso de antidepressivos tricíclicos, mude para inibidores de recaptação de serotonina.
Psicológicas	Limitar a ingestão de líquidos a 1,5 litros/dia e orientar a não tomá-los após as 20 horas. Outras causas, encaminhar ao especialista.
Endocrinológicas	Em caso de diabetes mellitus, dê tratamento específico. Nos outros casos, encaminhe ao especialista.
Restrição da mobilidade	Fisioterapia e modificações no domicílio tendem a facilitar o deslocamento da pessoa. O uso de papagaios ou comadres pode auxiliar.
Impactação fecal	Tratar a obstipação e remover fecaloma quando existente.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, MS, 2010.

A pessoa idosa deverá ser encaminhada ao urologista ou geriatra, quando as medidas implementadas para tratar a incontinência urinária temporária fracassarem ou se a pessoa apresenta incontinência urinária crônica que não melhora com as medidas iniciais. Cabe ressaltar, que mesmo que a pessoa idosa seja acompanhada por especialista, a equipe da Atenção Básica deverá manter o acompanhamento da mesma.

A retenção aguda de urina é uma emergência real, que pode se manifestar como incontinência urinária, delirium ou déficit funcional, ainda que sem presença de dor, e deve ser tratada por meio de sondagem vesical, encaminhando-se imediatamente ao serviço de urgência ou emergência.

## 9.8 Depressão

A depressão não é apenas tristeza e não é inerente ao processo de envelhecimento, é uma doença que deve ser tratada. Entre as pessoas idosas, a depressão talvez seja o exemplo mais comum de uma doença com apresentação clínica inespecífica e atípica.

A depressão é a doença psíquica mais comum que leva ao suicídio. E as pessoas idosas formam o grupo etário que com mais frequência se suicida. Costumam utilizar os meios mais letais, ainda que não se possa ignorar os chamados suicídios latentes ou passivos (abandono de tratamento e recusa alimentar).

Estima-se que a maioria (75%) das pessoas que se suicidam teve consulta com seu médico no mês anterior, e entre um terço e a metade, na semana anterior, por outro motivo que não depressão. A maioria teve seu primeiro episódio depressivo não diagnosticado e, portanto, não tratado.

O entendimento das inter-relações entre os sinais e sintomas de depressão é um grande desafio para os profissionais da Atenção Básica. O diagnóstico e o tratamento adequado, são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dessa população, além de otimizar o uso de serviços de saúde, evitar outras condições clínicas e prevenir óbitos prematuros.

Situações, que favorecem o desenvolvimento do quadro depressivo:

Antecedentes depressivos prévios;

Doença incapacitante, sobretudo se há deterioração funcional implicando mudança brusca e rápida;

Doença dolorosa (neoplasia, doença osteoarticular deformante);

Abandono e/ou maus tratos;

Institucionalização;

Morte de cônjuge, familiar ou amigo próximo;

Uso de medicamentos como os benzodiazepínicos, betabloqueadores, metildopa, reserpina, clonidina, cinarizina, flunarizina, digoxina e esteróides.

A depressão não é provocada por um só fator. Há um entre-cruzamento de vários fatores: psicológicos, biológicos, sociais, culturais, econômicos, familiares, entre outros que fazem com que a depressão se manifeste em determinado sujeito.

Torna-se necessário uma investigação apurada e uma escuta qualificada da história de vida do sujeito, atual e pregressa, bem como seu contexto familiar e social, para termos uma compreensão dinâmica da situação vivenciada pelo sujeito que possa subsidiar a construção de um projeto terapêutico adequado.

Os sintomas da depressão podem variar em função das especificidades dos indivíduos, bem como podem ser causados por várias outras doenças, geralmente, coexistentes. Desta forma, no momento da consulta ou acolhimento da pessoa idosa, o profissional de saúde deve estar atento para alguns sinais e sintomas que sugerem depressão.

O tratamento da depressão visa:

A promoção da saúde e a reabilitação psicossocial;

A prevenção de recorrências e de piora de outras doenças presentes e do suicídio;

A melhora cognitiva e funcional;

Ajuda para que a pessoa idosa possa lidar com suas dificuldades.

A associação entre essas opções aumenta o potencial de resposta.

É necessário um acompanhamento sistemático para avaliar criteriosamente o quadro e sua evolução, conhecer detalhes da história do sujeito, seu contexto, necessidades, dificuldades, para realizar uma compreensão psico-dinâmica, estabelecer vínculo, conhecer as reais necessidades do sujeito e planejar em equipe, pactuando com a pessoa idosa, o projeto terapêutico a ser desenvolvido.

Em muitas situações será necessária a discussão do caso com equipe ou profissional de saúde mental. Para isso, as equipes da Atenção Básica devem contar com o apoio das equipes dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A depressão é um transtorno crônico e recorrente, quando não tratada adequadamente. A cronificação geralmente está associada a:



Demora em iniciar o tratamento.  
 Tratamento baseado apenas na medicalização.  
 Utilização de medicações inadequadas e em doses inadequadas.  
 Descontinuidade ou redução precoce da medicação.

**Quadro 16** - Características da depressão no idoso:

1- Predomínio de sintomas físicos (somatização de sintomas como dores físicas, fadiga, tonturas, distúrbio do sono, queixas gastrointestinais, palpitações) que foram investigados e tiveram causas orgânicas descartadas.

2- Irritabilidade

3- Queixas cognitivas (defeitos de memória e concentração)

4- Anedonia (perda da capacidade de sentir prazer)

5- Adinamia

6- Pessimismo/desesperança

7- Isolamento social

8- Dificuldade de locomoção/imobilidade

9- Perda de reatividade ao ambiente

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, MS, 2010.

Na depressão maior, ocorre humor deprimido, perda de interesse ou prazer por pelo menos 2 semanas, mais 3 ou 4 sintomas a seguir: alteração do peso, alteração do sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de culpa ou desvalia, dificuldade de concentração (relata esquecimento), pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

A depressão pode ser melhor avaliada com base na Escala de Depressão Geriátrica de Yesevage – versão reduzida.

Acima de 5 pontos positivos há indícios de depressão. O usuário só poderá responder sim ou não e o questionador não pode alterar as perguntas de forma a melhor esclarecê-las. (Ver anexo 6).

A prescrição de antidepressivos para os idosos deve ser bem pensada levando em consideração os efeitos colaterais anticolinérgicos, de sedação e hipotensão postural, fatores de risco para quedas e outros agravos nesse grupo de risco.

Os antidepressivos devem ser iniciados com doses menores, aumentar a dose mais lentamente e usar doses mais baixas. Os tricíclicos têm perfil de efeitos colaterais desfavoráveis nessa faixa etária. Se não houver melhor opção, porém, optar pela nortriptilina (menor risco de efeitos anticolinérgicos e hipotensão postural).

## 9.9 Demência

Entre as pessoas idosas, a demência faz parte do grupo das mais importantes doenças que acarretam declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e da independência. A incidência e a prevalência das demências aumentam exponencialmente com a idade.

A demência é uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento.

Vários são os tipos e as causas de demência. As demências se classificam em reversíveis ou irreversíveis. A seguir, serão apresentados os tipos mais comuns de demências irreversíveis.

**Quadro 17** - Tipos mais comuns de demência:

TIPO DE DEMÊNCIA	CARACTERÍSTICAS
Doença de Alzheimer	Início insidioso, perda de memória e declínio cognitivo lento e progressivo. No início, a pessoa apresenta dificuldade para lembrar-se de fatos recentes e para aprender coisas novas, e lembra-se de coisas de ocorreram num passado mais distante.
Demência Vascular	Início abrupto, geralmente, após um episódio vascular, com deterioração em degraus (alguma recuperação depois da piora) e flutuação do déficit cognitivo (dias de melhor e pior performance). Apresenta sinais focais, de acordo com a região cerebral acometida.
Demências dos corpúsculos de Lewy	Flutuação na cognição, alucinações visuais recorrentes bem formadas (p.ex., a descrição de uma pessoa, produto da alucinação, com detalhes) e parkinsonismo precoce (rigidez, acinesia e fácies amímica).

Demências  
Frontotemporais  
Doença de Pick

Início pré-senil (a partir de 45 anos), apresenta mudanças na personalidade e no comportamento e/ou alteração da linguagem como características iniciais bem marcantes. É comum alterações do comportamento sexual, com desinibição, jocosidade e hipersexualidade, além de hiperoralidade, hiperfagia com ganho de peso e obsessão em tocar objetos. O comprometimento da memória é geralmente mais tardio.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, MS, 2010.

### 9.9.1 Doença de Alzheimer

O profissional da Atenção Básica deve estar atento para as causas de demências reversíveis, que se tratadas precocemente, podem reverter o quadro demencial. Caso demore o início do tratamento, a demência, que antes era potencialmente reversível, passa a ser irreversível devido ao tempo de evolução.

Dentre os tipos de demência, a doença de Alzheimer (DA), configura-se hoje como a mais prevalente. O profissional da atenção básica deve dar atenção especial aos primeiros sintomas como forma de elevar a qualidade de vida dos idosos. Trata-se de uma doença cerebral degenerativa primária, de etiologia pouco conhecida, com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos.

Diversas condições fazem parte do processo da doença, sendo, portanto, multifatorial. Está associada a diversos fatores de risco, tais como: hipertensão arterial, diabetes, processos isquêmicos cerebrais e dislipidemia.

Fatores genéticos são relevantes, pois além da idade a existência de um familiar próximo com demência é o único fator sistematicamente associado. Escolaridade elevada e atividade intelectual intensa estão relacionadas com menor frequência de demência. Ainda que não esteja claramente demonstrada, cabe estimular as pessoas idosas a manter sua mente ativa, pois se configura numa medida de cunho profilático.

### 9.9.1.1 Estágios hierárquicos da DA, que podem sofrer alterações:

**Fase inicial:** caracteriza-se por sintomas vagos e difusos, que se desenvolvem insidiosamente sendo o comprometimento da memória o sintoma mais proeminente e precoce, em especial a memória recente.

- **Com frequência, as pessoas acometidas perdem objetos pessoais (chaves, carteira, óculos) e se esquecem dos alimentos em preparo no fogão. Há desorientação progressiva em relação ao tempo e ao espaço.**

**Fase intermediária:** caracteriza-se por deterioração mais acentuada dos déficits de memória e pelo acometimento de outros domínios da cognição, como afasia, agnosia, alterações viso-espaciais e viso-construtivas e apraxia.

- **Os distúrbios de linguagem, inicialmente caracterizados pela dificuldade de nomeação, progridem, com dificuldade na escrita, empobrecimento de vocabulário, parafasias semânticas e fonêmicas, perseverações, perda de conteúdo e dificuldade de compreensão.**
- **A capacidade de aprendizado, a memória remota, a capacidade em fazer cálculos, abstrações, resolver problemas, organizar, planejar e realizar tarefas em etapas são seriamente comprometidas.**
- **O julgamento é alterado, perdendo a noção de riscos. Pode ocorrer ainda agitação, perambulação, agressividade, questionamentos repetitivos, reações catastróficas, distúrbios do sono e a denominada “síndrome do entardecer”, ou seja, a ocorrência de confusão mental e alterações de comportamento, geralmente, próximos do horário do pôr do sol.**

**Fase avançada ou estágio terminal:** todas as funções cognitivas estão gravemente comprometidas com dificuldade para reconhecer pessoas e espaços familiares. Tornam-se totalmente dependentes para as AVD.

- **Acentuam-se as alterações de linguagem, podendo ocorrer drástica redução da fluência levando o usuário a se comunicar por meio de ecolalias, vocalizações inarticuladas, sons incompreensíveis e jargões semânticos, até alcançarem o mutismo.**
- **Na fase final, geralmente, estão acamados e incontinentes e frequentemente acabam falecendo por alguma complicação da síndrome da imobilidade.**

**Quadro 18** - Atuação da Atenção Básica no processo de evolução do Alzheimer

<b>EM ETAPAS PRECOCES</b>	<b>EM ETAPAS AVANÇADAS</b>
Discutir o diagnóstico com a pessoa e seus cuidadores.	Conduzir o cuidador a estimular as capacidades remanescentes da pessoa idosa.
Eliminar medicações que possam interferir com a cognição.	Monitorar e tratar os sintomas neuro-psiquiátricos.
Informar à pessoa/família sobre as implicações legais da doença.	Propor opções de apoio para o cuidador (centros-dia, grupos de apoio).
Avaliar a capacidade da pessoa para conduzir e assumir ou manter outras responsabilidades ainda vigentes.	Avaliar a saúde e o bem estar do cuidador.
Encaminhar a pessoa idosa e seus cuidadores à atenção especializada, mantendo-se co-responsável.	Orientar quanto às características de progressão da doença e os cuidados em fases de dependência extrema.
Fornecer tratamento sintomático para o déficit cognitivo.	

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, MS, 2010.

O tratamento do stress e depressão do cuidador é de fundamental importância para o tratamento bem-sucedido da pessoa com demência. O cuidador, que na maioria das vezes é um familiar, também tem de cuidar da organização rotineira da pessoa com demência e do seu tratamento. Resolver problemas legais e financeiros, lidar com comportamentos alterados e se manter calmo e sereno. Por isso, os familiares precisam receber apoio e suporte para esse cuidado, para que eles próprios não fiquem doentes.

A equipe da Atenção Básica/Saúde da Família pode ter grupos de cuidadores, onde estes serão orientados acerca dos cuidados no dia a dia da pessoa idosa, assim como terão a oportunidade de falar de suas dificuldades e sentimentos com outras pessoas envolvidas em situação semelhante.

**Quadro 19** - Características diferenciais entre delirium, demência, depressão e psicose

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>DELIRIUM</b>	<b>DEMÊNCIA</b>	<b>DEPRESSÃO</b>	<b>PSICOSE</b>
<b>Curso 24h</b>	Súbito	Insidioso	Coincide com alterações da vida	Súbito
<b>Consciência</b>	Flutuante Exacerbação noturna	Estável	Efeitos diurnos Piora pela manhã	Estável
<b>Atenção</b>	Globalmente desordenada	Normal	Prejuízos mínimos	Pode ser desordenada
<b>Cognição</b>	Globalmente prejudicada	Globalmente prejudicada	Memória prejudicada	Seletivamente prejudicada
<b>Orientação</b>	Frequentemente prejudicada	Frequentemente prejudicada	Seletivamente prejudicada	Pode ser prejudicada
<b>Alucinações</b>	Visuais e auditivas	Ausentes	Ausentes	Auditivas

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. 2010.

## 9.10 Osteoporose

A osteoporose é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a “Epidemia Silenciosa do Século”, e atualmente um problema de saúde pública no mundo inteiro devido ao aumento na expectativa de vida das populações. É uma doença de grande impacto devido à sua alta prevalência e grande morbi-mortalidade. Afeta indivíduos de maior idade, de ambos os sexos, principalmente, mulheres na pós-menopausa, que também apresentam mais fraturas.

No Brasil, somente uma a cada três pessoas com osteoporose é diagnosticada e, dessas, somente uma em cada cinco recebe algum tipo de tratamento, com uma taxa anual de aproximadamente 100 mil fraturas de quadril. Cerca de 10 milhões de brasileiros (as) sofrem com osteoporose e 24 milhões de pessoas terão fraturas a cada ano, sendo que 200 mil indivíduos morrerão como consequência direta de suas fraturas.

A instalação da osteoporose resulta de anos de perda óssea. Pode ser classificada em primária, que não apresenta causa bem definida; e secundária, quando é decorrente de uma causa bem definida.

**Quadro 20** - Fatores de risco para osteoporose e fraturas ósseas maiores e menores

<b>MAIORES</b>	<b>MENORES</b>
Fratura anterior causada por pequeno trauma;	Doenças que induzam à perda de massa óssea;
Sexo feminino;	Amenorreia primária ou secundária;
Baixa massa óssea;	Menarca tardia, nuli-paridade;
Raça branca ou asiática;	Hipogonadismo primário ou secundário;
Idade avançada em ambos os sexos;	Baixa estatura e peso (IMC <19kg/m <sup>2</sup> );
História familiar de osteoporose ou fratura do colo do fêmur;	Perda importante de peso após os 25 anos;
Menopausa precoce (antes dos 40 anos) não tratada;	Baixa ingestão de cálcio, alta ingestão de sódio;
Uso de corticoides.	Alta ingestão de proteína animal;
	Pouca exposição ao sol, imobilização prolongada, quedas frequentes;
	sedentarismo, tabagismo e alcoolismo;
	Medicamentos (como heparina, ciclosporina, hormônios tireoidianos, anticonvulsivantes e lítio);
	Alto consumo de xantinas (café, refrigerantes à base de cola, chá preto).

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, 2010

A osteoporose é uma doença assintomática, geralmente o primeiro sinal decorre da fratura que representa o agravamento da doença, sendo a mais frequente a da coluna lombar, colo do fêmur e 1/3 médio do rádio.

### 9.10.1 Avaliação laboratorial

Deve ser dirigida principalmente à exclusão das doenças que causam perda óssea e para avaliar os distúrbios do metabolismo mineral que também contribuem para isso. Hemograma completo, dosagem de TSH, VHS, dosagens de cálcio e fósforo, ureia e creatinina plasmática, fosfatase alcalina total (serve para avaliar a presença de defeitos na mineralização ou osteomalácia, especialmente nos idosos), e análise urinária.

### 9.10.2 Avaliação por imagem

A densitometria óssea é o exame de referência para o diagnóstico da osteoporose realizada pela avaliação da coluna lombar e do colo do fêmur, e antebraço, segundo os critérios da OMS.

### 9.10.3 Prevenção e tratamento

A prevenção deve começar na infância com a realização de exercícios com frequência regular, associada a uma dieta rica em cálcio e exposição regular ao sol (vitamina D), além da melhoria das condições de equilíbrio e visão. Se essas medidas forem tomadas, todos os indivíduos atingirão o seu potencial máximo de aquisição de massa óssea.

Desse modo, com a chegada da menopausa ou se houver necessidade de utilizar drogas que aumentam a reabsorção óssea, o indivíduo terá uma reserva óssea adequada, mantendo os ossos mais resistentes.

O tratamento da osteoporose também inclui dieta, atividade física, exposição solar, além das medidas preventivas de quedas e uso de medicamentos. É necessário adotar uma alimentação equilibrada, porém voltada para a oferta dos componentes (oligo-elementos) essenciais na síntese óssea como as calorías, o cálcio, a pró-vitamina D, o Magnésio, Zinco, Boro, vitamina K e vitamina C diariamente.

## 9.11 Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson (DP) é classificada como uma doença neuro-degenerativa, crônica e progressiva, com conseqüente demência, que atinge a mobilidade do indivíduo, caracterizada por rigidez, tremor de repouso, bradicinesia e alterações posturais que à medida que evolui afeta a ingestão alimentar, acarretando perda de



peso, em específico a má nutrição, prejudicando assim, o estado geral do portador (STEIDL, ZEIGLER e FERREIRA, 2007).

Por causa dos vários sintomas da doença, na maioria dos casos, aliada a associação de comorbidades o portador torna-se dependente, precisando de cuidados e atenção dos familiares e/ou de cuidadores que terão o papel fundamental, na vida, no tratamento e na tentativa de melhora na qualidade de vida do portador e em particular do estado nutricional desde que eles atuem de maneira correta (GONÇALVES, 2007).

### 9.11.1 Fatores desencadeantes

O aparecimento dessa enfermidade pode ser devido à ocorrência de muitos aspectos que parecem estar associados a fatores ambientais (exposição a substâncias tóxicas), genéticos e também devido ao aumento da longevidade.

As ações das neuro-toxinas com produção aumentada de radicais livres, anormalidades mitocondriais, predisposição genética, e envelhecimento cerebral, são alguns dos mecanismos implicados nas degenerações da DP. (VALENTIM, 2012; FREITAS, 2011; SOUZA et. al., 2011).

### 9.11.2 Diagnóstico

O diagnóstico da DP é identificado através dos aspectos semiológicos que compõem o quadro clínico, como tremor de repouso, rigidez e bradicinesia que permanece como critérios para o diagnóstico. A ressonância magnética tem sido usada com eficácia para diferenciar a DP das demais síndromes.

### 9.11.3 Tratamento

Segundo Mahan e Stump (2010) e Gerzt et al. (2014), o tratamento da doença compreende medidas farmacológicas, não farmacológicas e em alguns casos cirúrgicas.

O tratamento medicamentoso é feito com a utilização de anti-colinérgicos importantes no controle dos tremores. Existem várias outras drogas que auxiliam no tratamento, e para seleção deve-se observar o estágio da doença sendo a L-dopa a medicação mais eficaz. A Carbidopa e a levedopa auxiliam na reposição da dopamina ausente no cérebro bem como diminui os sintomas da doença de Parkinson.

A fisioterapia tem grande importância no tratamento do indivíduo com DP, pois irá proporcionar uma melhora no seu estado físico geral (CHRISTOFOLETTI et al., 2010).

O tratamento fonoaudiológico atua no que se refere aos distúrbios da comunicação e na capacidade para alimentação, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do portador (ROLIM, 2013).

O tratamento psicoterápico prioriza aspectos importantes como o comprometimento mental, emocional, social e econômico. Ajudar na qualidade de vida, principalmente no que se refere à saúde psicológica. É necessária uma avaliação extensa e individual de cada portador e seu estado emocional no intuito de evitar um afastamento do meio familiar e ocorrer, conseqüentemente um quadro de depressão (STEIDL, ZIEGLER e FERREIRA, 2007).

A enfermagem tem um papel importante no cuidado com o portador da doença de Parkinson, devendo esta observar e avaliar como a doença afetou as atividades da vida diária, as capacidades funcionais do portador e as respostas aos medicamentos. Sendo responsável pela administração da medicação, banhos, alimentação, entre outros cuidados que ficam sob a sua responsabilidade (KUSTER et al., 2014).

A Terapia Ocupacional tem como objetivo o tratamento de pessoas idosas que apresentam déficit em tarefas básicas do autocuidado como alimentação, higiene, deambulação e atividades recuperação funcional global (ALMEIDA; CRUZ, 2009).

À medida que a doença evolui, o portador dessa enfermidade se torna cada vez mais lento e enrijecido, afetando sua alimentação, iniciando no manuseio dos talheres, seguido de mudanças nos hábitos alimentares e no ato de ingerir os alimentos o que fica cada vez mais lento, podendo durar até uma hora. Os tremores às vezes tornam impossível a ingestão de líquidos sem que os derrame. (STEIDL, ZIEGLER e FERREIRA, 2007, MORAIS et al., 2013, MAHAM e STUMP, 2010).

### 9.11.4 Sintomatologia associada

A falta de apetite está muitas vezes associada às dificuldades de se alimentar sozinho e ao efeito da L-dopa que também pode provocar náuseas e vômitos, contribuindo assim para uma baixa ingestão alimentar.

O cuidador deve ter muita atenção quanto ao consumo de proteínas, pois se usadas em conjunto com a L-dopa pode diminuir os efeitos do medicamento, sendo indicado um intervalo de pelo menos duas horas entre uma refeição rica em proteínas e a administração da medicação (VALENTIM, 2012).

A disfagia, pode se desenvolver em qualquer fase da progressão da doença, podendo também ser um dos sinais iniciais da DP, tendo diversas causas, principalmente em decorrência da rigidez muscular e bradicinesia.

A avaliação precoce do funcionamento da deglutição do portador da DP pode promover excelentes resultados na hora da alimentação. (PINTO, 2008; MONTEIRO, et al., 2014; CARNEIRO, et al., 2013).

A constipação intestinal ocorre em 30 a 60% das pessoas acometidas pelo parkinson se configura em causa motivadora de grande desconforto, além do que tem encontrado estreita relação entre a presença e grau de constipação, refletindo na duração e gravidade da doença. Convém salientar que se constata tal quadro, quando se utilizam agentes anticolinérgicos.

A ausência de atividade física e a fraqueza da musculatura abdominal também parecem contribuir para o seu aparecimento. (NICARETTA, ROSSO e MATTOS, 2010; D'OLIVEIRA, FRANK e SOARES, 2007).

### 9.12 Delirium

É uma síndrome cerebral orgânica, a qual não tem etiologia específica, caracterizada por um distúrbio da consciência e da cognição que se desenvolve em curto período de tempo. Pode se apresentar na forma hiperativa, hipoativa ou mista. É uma emergência geriátrica e tem a ver com períodos mais prolongados de hospitalização, com maiores taxas de mortalidade e com maior taxa de institucionalização.

**Quadro 21** - Aspectos clínicos do delirium

Início agudo.
Sinais e sintomas flutuantes durante o dia.
Déficit de atenção.
Pensamento desorganizado.
Alteração no nível de consciência.
Déficits cognitivos.
Distúrbios da percepção (delírios e alucinações).
Alterações psicomotoras (hiper e hipoatividade).
Alterações no ciclo sono-vigília.
Distúrbios emocionais ( labilidade, ansiedade).

Fonte: Lôbo, 2010.

**Quadro 22** - Fatores predisponentes do *delirium*

<b>DÉFICIT COGNITIVO PRÉ-EXISTENTE/DEMÊNCIA</b>	<b>IDADE &gt; 65 ANOS</b>
Episódio prévio de delirium	Sexo masculino
Múltiplas comorbidades	Doenças crônicas
Status funcional ruim	Polifarmácia
Idade avançada	Hepatopatia
Insuficiência renal crônica	Doença terminal
Desidratação	Depressão
Desnutrição	Déficits sensoriais

Fonte: Lôbo, 2010.

**Quadro 23:** Fatores precipitantes do *delirium*

Medicações
Procedimentos médicos/cirurgias
Doenças agudas: infecções, infarto agudo, acidente vascular encefálico, trauma etc.

Imobilização prolongada.
Uso de equipamentos invasivos: sonda vesical, sonda naso-enteral.
Restrição física.
Desidratação.
Desnutrição.
Iatrogenia.
Distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos.
Mudanças de ambiente.
Abuso ou abstinência de substâncias (álcool, drogas ilícitas).
Privação de sono prolongada.

Fonte: Lôbo, 2010.

### 9.13 Quedas

Queda é o deslocamento não intencional para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de corrigir em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais, comprometendo a estabilidade.

Cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano. Essa taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de 80 anos e 50% entre os que residem em ILPI. As mulheres tendem a cair mais que os homens até os 75 anos de idade, a partir dessa idade as frequências se igualam. Dos que caem, cerca de 2,5% requerem hospitalização e desses, apenas metade sobreviverá após um ano.

São acidentais quando acontece um evento único e é recorrente quando ocorrem duas ou mais quedas por ano.

#### 9.13.1 Causas e Fatores de Risco

**Quadro 24-** As causas mais comuns relacionadas às quedas de pessoas idosas na comunidade:

Relacionadas ao ambiente.
Fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha.
Tontura/vertigem.

Alteração postural/hipotensão ortostática.

Lesão no SNC. alteração da sensibilidade periférica (tátil, vibratória, propriocepção).

Síncope.

Redução da visão.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, 2010

A influência dos fatores ambientais no risco de quedas associa-se ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa. Quanto mais frágil, mais suscetível.

**Quadro 25** - Riscos domésticos para quedas:

Presença de tapetes pequenos e capachos em superfícies lisas.

Carpetes soltos ou com dobras.

Bordas de tapetes, principalmente, dobradas.

Pisos escorregadios (encerados, por exemplo).

Cordas, cordões e fios no chão (elétricos ou não).

Ambientes desorganizados com móveis fora do lugar, móveis baixos ou objetos deixados no chão (sapatos, roupas, brinquedos, etc).

Móveis instáveis ou deslizantes.

Degraus da escada com altura ou largura irregulares.

Degraus sem sinalização de término.

Escadas com piso muito desenhado (dificultando a visualização de cada degrau).

Uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com o solado escorregadio.

Roupas compridas, arrastando pelo chão.

Má iluminação.

Cadeira, camas e vasos sanitários muito baixos.

Cadeiras sem braços.

Animais, entulhos e lixo em locais inapropriados.

Objetos estocados em lugares de difícil acesso (sobe-se numa cadeira ou banco para alcançá-los).

Escadas com iluminação frontal.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, 2010

As principais complicações das quedas referem-se a lesões de partes moles, restrição prolongada ao leito, hospitalização, institucionalização, risco de doenças iatrogênicas, fraturas, hematoma sub-dural, incapacidade e morte.

As medidas práticas para minimizar as quedas e suas consequências entre as pessoas idosas, são:

Educação para o autocuidado.

Utilização de dispositivos de auxílio à marcha (quando necessário) como bengalas, andadores e cadeiras de rodas.

Utilização criteriosa de medicamentos (ver capítulo específico, pág. 55) evitando-se, em especial, as que podem causar hipotensão postural.

Adaptação do meio ambiente (residência e locais públicos):

- **Acomodação de gêneros alimentícios e de outros objetos de uso cotidiano em locais de fácil acesso, evitando-se a necessidade de uso de escadas e banheiros.**
- **Orientação para a reorganização do ambiente interno à residência, com o consentimento da pessoa idosa e da família.**
- **Sugestão para colocar um diferenciador de degraus nas escadas bem como iluminação adequada da mesma, corrimãos bilaterais para apoio e retirada de tapetes no início e fim da escada.**
- **Colocação de pisos anti-derrapantes e barras de apoio nos banheiros, evitar o uso de banheiras, orientar o banho sentado quando da instabilidade postural e orientar a não trancar o banheiro.**
- **Sugestão quanto ao uso de sandálias com tiras largas, amarradas no calcanhar ou sapatos fechado com solado flexível e antiderrapante.**

A Caderneta da Pessoa Idosa é um instrumento que ajuda identificar os idosos que caem com mais frequência, principalmente, nos últimos 12 meses. Na visita domiciliar, o agente comunitário de saúde pode identificar esse problema e encaminhar para a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família.







# 10

## Saúde bucal da pessoa idosa

**A** saúde bucal está diretamente relacionada às condições sociais a qual o idoso está inserido. Por esta razão os profissionais da saúde bucal encontrarão situações diversas em relação as doenças bucais e condições de higiene. É mister que o idoso perceba a boca como uma área importante do seu corpo e conceda a ela a devida atenção, não banalizando os problemas bucais pelo fato de ser idoso. A saúde da boca é responsável pela auto estima elevada, boas relações sociais e afetivas, impactando positivamente na sua qualidade de vida.

## Primeira consulta odontológica

**Anamnese:** o profissional deve escutar a pessoa idosa, observando o relato de suas queixas para compreender sua rotina, seus hábitos, alimentação, uso de medicamentos, doenças de base, etc.

**Exame clínico:** (avaliação dos dentes, prótese, mucosa, rebordo alveolar, palpação de gânglios, ATM) - Junto com a anamnese, o exame clínico proporciona o conhecimento do estado de saúde geral e bucal da pessoa idosa.

**Diagnóstico e Plano de tratamento:** é individual e realizado de acordo com a condição bucal encontrada.

**Preenchimento da ficha/prontuário da pessoa idosa.**

**Orientações sobre:** higiene bucal, escovação, alimentação, limpeza da prótese, autocuidado e manutenção da saúde bucal.

**Agendamento para o próximo atendimento.**

### Recomendações básicas para idosos que utilizam próteses:

Escovar sempre após as principais refeições;

Sem a prótese na boca, escovar os dentes, gengivas, língua e mucosas;

Após cada refeição, retirar as próteses para higienizá-las (pode-se utilizar uma escova dental com cerdas duras, escovando todos os lados e usar creme dental ou sabão);

Deve-se utilizar uma bacia com água para a higienização das próteses, para evitar que caiam e quebrem;

Escovar o céu da boca, língua e mucosas com escova de cerdas macias;

Recomenda-se retirar as próteses antes de dormir e acondicioná-las em um copo com água.

### Recomendações básicas para pessoas idosas dentadas:

Escovar sempre após as principais refeições;

Realizar a escovação dos dentes em todas as suas faces com escova de cerdas macias, fazendo movimentos rotatórios, depois varrer os dentes e repetir este movimento até completa limpeza;

Escovar a língua com a própria escova ou utilizar limpadores de língua. Pode-se também lançar mão de uma gaze umedecida em solução, contendo meio copo de água e meia colher de bicarbonato de sódio.

#### Uso do fio dental:

Os idosos dentados devem usar sempre após as refeições;

Enrolar 50cm do fio nos dedos médios para apoiar e não ferir a gengiva;

Deslizar de cima para baixo, penetrando suavemente na gengiva para remover o biofilme.

#### Prevenção de lesões cancerizáveis:

Examinar periodicamente a língua, gengivas, bochechas e pescoço e procurar o dentista a cada 6 meses ou sempre que aparecer algum incômodo. Ficar atento para os seguintes sinais:

- **Lesões brancas que perduram mais de 15 dias;**
- **Caroços;**
- **Lesões enegrecidas ou vermelhas;**
- **Próteses mal adaptadas que machucam ou ferem a gengiva.**





# Violência intrafamiliar e maus tratos contra o idoso

A violência contra idosos se manifesta nas formas: **estrutural**, que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas expressões da pobreza, da miséria e da discriminação; **interpessoal** que se refere nas relações cotidianas; e **institucional**, que se reflete na aplicação ou omissão da gestão das políticas sociais e pelas instituições de assistência.

A violência intrafamiliar, importante representação da violência interpessoal, refere-se a toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família.

Este tipo de violência acontece dentro da família, em casa ou fora dela, ou seja, nas relações entre os membros da comunidade familiar, formada por vínculos de parentesco natural (pai, mãe, filha/filho etc) ou civil (marido/esposa, nora/genro ou outros), por afinidade (por exemplo, o primo ou parente do marido/da esposa) ou afetividade (amigo ou amiga que more na mesma casa).

A pessoa idosa torna-se mais vulnerável à violência na medida em que apresenta maior dependência física ou mental. O convívio familiar estressante e cuidadores despreparados ou sobrecarregados tendem a agravar essa situação.

De acordo com a Lei nº 10.741/2003, artigo 19, está previsto que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória ao Conselho Municipal ou Estadual dos Direitos do Idoso, Delegacias de Polícia e Ministério Público.

## 11.1 Tipos de violência contra o idoso

### 11.1.1 Violência física

Esse tipo de violência pode ser manifestada de várias formas: tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, estrangulamento, lesões por armas ou objetos, obrigar a tomar medicações ou outras substâncias (álcool ou drogas) desnecessárias ou inadequadas, tirar de casa à força, amarrar, arrastar, arrancar a roupa, abandonar em lugares desconhecidos. Também pode produzir danos à integridade corporal decorrentes de negligência (omissão de cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros).

### 11.1.2 Violência sexual

É realizada por pessoa com relação de poder (força física, coerção ou intimidação psicológica, ameaças) sobre o outro(a) e é caracterizada como ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional que visa obter excitação ou satisfação sexual do(a) agressor(a). Inclui, entre outras: carícias não desejadas, penetração oral, anal ou vaginal, com pênis ou objetos de forma forçada, exibicionismo e masturbação forçados, uso de linguagem erotizada em situação inadequada, ser forçado a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas além do casal e impedimento do uso de preservativo.

### 11.1.3 Violência psicológica

É toda ação ou omissão (agressões verbais ou gestuais) que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa idosa. Inclui: insultos constantes, terror, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento de amigos e familiares, ridicularização, rechaço, manipulação afetiva, exploração, ameaças, privação arbitrária da liberdade (impedimento de trabalhar, cuidar da aparência pessoal).

### 11.1.4 Violência econômica, financeira ou patrimonial

É a forma de violência que se expressa na exploração indevida ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros ou patrimoniais. Esse tipo de abuso ocorre, principalmente, no âmbito familiar, podendo também acontecer em instituições de longa permanência.

### 11.1.5 Violência institucional

É aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos, em virtude das relações de poder desiguais entre usuários(as) e profissionais dentro das instituições.

Esse tipo de violência inclui: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e tempo para o(a) idoso(a); frieza, rispidez, falta de atenção ou negligência; maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo questões de cor/etnia, idade, opção sexual, gênero, deficiência física ou doença mental; desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico.

### 11.1.6 Abandono/negligência

O abandono/negligência é caracterizado pela falta de atenção para atender às necessidades da pessoa idosa. Ex: não provimento de alimentos adequados, roupas limpas, moradia segura, descuido com a saúde, a segurança e a higiene pessoal. A administração de medicamentos por familiares, cuidadores e/ou profissionais, de forma indevida – aumento, diminuição ou exclusão de dose e/ou medicamento.

É importante que as Equipes de Saúde da Família identifiquem outras formas de violência como a violência institucional, que pode ocorrer nas ILPI, serviços de saúde, e demais instituições situadas na área de atuação da equipe. Cabe a elas a identificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência, notificando-os; bem

como a promoção de ações de prevenção dessas violências, por meio de educação em saúde com os familiares e estimulando uma rede de proteção à pessoa idosa.

É também um de seus papéis, promover e estimular a cultura da paz e promoção da saúde, estimulando hábitos e comportamentos saudáveis, como também propor estratégias intersetoriais que busquem ambientes e entornos seguros e saudáveis.

### 11.1.7 Auto-negligência

É a violência da pessoa idosa contra si mesma (conduta) ameaçando sua própria saúde ou segurança. Normalmente, se manifesta com a recusa ou o fracasso de prover a si próprio um cuidado adequado, mesmo tendo condições físicas para fazê-lo (não tomar banho, não se alimentar, não se movimentar).

É preciso que os profissionais de saúde estejam cada vez mais preparados e alertas para a leitura dos sinais de violência deixados pelas lesões e traumas nos idosos. Todo caso suspeito ou confirmado de violência contra a pessoa idosa deve ser notificado, utilizando-se a “Ficha de Notificação/Investigação Individual – Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências”.

## 11.2 Onde buscar ajuda/denunciar abusos e maus tratos

### **Centros de Referência de Assistência Social -CRAS**

Para obter informações sobre o CRAS mais próximo, contactar a SEMTAS - Secretaria Municipal do Trabalho e Assistência Social.

### **Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS**

- CREAS LESTE
- CREAS SUL
- CREAS OESTE
- CREAS NORTE

### **Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso – DEPI**

### **Promotoria do Idoso/Ministério Público**

Ouvidoria do Ministério Público do RN

### **Conselho Municipal do Idoso (CMI)**

**Disque 100** - Disque Direitos Humanos





# 12

## Atribuições dos profissionais da atenção básica

### 12.1 Atribuições comuns a todos os profissionais da equipe

- a) Planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência, conforme orientação deste Caderno.
- b) Identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização.

- c) Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - e outros para planejar, programar e avaliar as ações relativas à saúde da pessoa idosa.
- d) Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade.
- e) Acolher as pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito.
- f) Prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal – ao longo do tempo.
- g) Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme Manual de Preenchimento específico.
- h) Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da pessoa idosa.
- i) Desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe.

## 12.2 - Atribuições do Agente Comunitário de Saúde – ACS

- a) Cadastrar todas as pessoas idosas de sua micro-área e manter o cadastro atualizado.
- b) Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme seu Manual de Preenchimento específico
- c) Identificar e encaminhar o idoso frágil à Unidade de Saúde.
- d) Realizar visitas domiciliares às pessoas idosas conforme planejamento assistencial, dando prioridade às frágeis ou em processo de fragilização.
- e) Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade, mantendo a equipe informada, principalmente, a respeito dos idosos frágeis.
- f) Estar em contato permanente com as famílias.
- g) Avaliar condições de risco de quedas observáveis no domicílio

### 12.3 - Atribuições do médico

- a) Realizar atenção integral às pessoas idosas.
- b) Realizar consulta, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, avaliar quadro clínico e emitir diagnóstico;
- c) Prescrever tratamento medicamentoso, quando necessário.
- d) Solicitar exames complementares, quando necessário.
- e) Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- f) Encaminhar, quando necessário, a pessoa idosa aos serviços de referências de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra referência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento.
- g) Orientar a pessoa idosa, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.
- h) Orientar a pessoa idosa, aos familiares e/ou cuidador a identificação de sinais e/ou sintomas que requeiram atendimento de saúde imediato.
- i) Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar referente à atenção da pessoa idosa.

### 12.4 - Atribuições do enfermeiro

- a) Realizar atenção integral às pessoas idosas.
- b) Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- c) Realizar consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme guia básicos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.
- d) Supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem.
- e) Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe.
- f) Orientar a pessoa idosa, os familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.

### 12.5 - Atribuições do auxiliar/técnico de enfermagem

- a) Realizar atenção integral às pessoas idosas.
- b) Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.
- c) Participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e quando indicado, ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.

### 12.6 - Atribuições do dentista

- a) Realizar atenção integral às pessoas idosas.
- b) Realizar consulta, avaliar quadro clínico, emitindo diagnóstico e realizar tratamento restaurador, quando necessário.
- c) Solicitar exames complementares, quando necessário.
- d) Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento de urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.
- e) Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados.
- f) Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- g) Supervisionar e coordenar o trabalho do auxiliar de consultório dentário e do técnico de higiene dental.
- h) Orientar a pessoa idosa, aos familiares e/ou cuidador sobre a importância da higienização da boca e da prótese;
- i) Encaminhar, quando necessário, a pessoa idosa aos serviços de referências de média e alta complexidade em saúde bucal, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento.

### 12.7 - Atribuições do Técnico de Saúde Bucal (TSB)

- a) Realizar atenção integral às pessoas idosas.
- b) Orientar a pessoa idosa, os familiares e/ou cuidador sobre a importância da higienização da boca, próteses e na presença de qualquer anormalidade comunicar a equipe de saúde.
- c) Desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde bucal.

- d) Apoiar as atividades dos auxiliar de consultório dentário e dos ACS.
- e) Realizar atividades de educação permanente referente à atenção da pessoa idosa, junto aos demais profissionais da equipe.

### 12.8 - Atribuições do Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)

- a) Realizar atenção integral às pessoas idosas.
- b) Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal.
- c) Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal da pessoa idosa junto aos demais profissionais da equipe.
- d) Apoiar as atividades dos ACS.

### 12.9 - Atribuições do cuidador da pessoa idosa

- a) Fazer companhia à pessoa idosa.
- b) Cuidar da higiene pessoal do acompanhado (no caso deste não conseguir realizá-lo).
- c) Preparar ou cuidar do preparo das refeições, para que sejam de acordo com a orientação médica/nutricional.
- d) Servir as refeições da pessoa idosa.
- e) Levar o acompanhado para exercícios físicos e passeios autorizados pelo médico.
- f) Levar o acompanhado à consultas médicas, fisioterapia, etc.
- g) Prezar pelo bem-estar, lazer do acompanhado.
- h) Prestar auxílio em tarefas cotidianas do acompanhado.
- i) Observar os possíveis problemas de saúde e conhecer os procedimentos requeridos em cada caso.
- j) Manter-se em contato com os familiares do acompanhado e informá-los acerca do seu estado de saúde e atividades realizadas.
- k) Manter-se em contato com o médico do acompanhado.
- l) Dar remédios de acordo com a prescrição médica.





# REFERÊNCIAS

ALEXOPOULOS, G.S. Depression in the elderly. **The Lancet**, [s.l.], v. 365, n. 9475, p.1961-1970, jun. 2005. Elsevier BV.

ALMEIDA, M.H. M.; CRUZ, G. A. **Intervenções de terapeutas ocupacionais junto a idosos com doença de Parkinson**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, São Paulo, v. 1, n. 20, p.29-35, jan./mar. 2009. Trimestral. Disponível em: <<http://revistas.usp.br/rto/article/viewFile/14053/15871>>. Acesso em: 15 out. 2014.

Antonio C. L. **Diagnóstico e tratamento**, volume 2. (ed.). Editora Manole, 2006, 1ª edição, pág. 819-824. Capítulo 5. Delirium

BRASIL, Senado Federal. **Estatuto do idoso**. Brasília (DF): Senado Federal, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)

BUSNELLO, F. M. **Aspectos nutricionais no processo do envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 3-99.

CARNEIRO, D. et al. **Quality of life in dysphagia in Parkinson's disease: a systematic review**. Revista Cefac, São Paulo, v. 15, n. 5, set./out. 2014. Trimestral. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151618462013000500032](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462013000500032)> Acesso em: 20 out. 2014.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso** – 2. ed. -- Belo Horizonte : NESCON UFMG : 2013

CHRISTOFOLETTI, G.et al. **Eficácia de tratamento fisioterapêutico no equilíbrio estático e dinâmico de pacientes com doença de Parkinson**. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 259-263, jul. 2010. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v17n3/13.pdf>>. Acesso em: 6 set./out.2014.

D'OLIVEIRA, F. A.; FRANK, A. A.; SOARES, E. **A influência dos minerais na doença de Parkinson**. Nutrire Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição, São Paulo, v. 32, n. 1, p.77-88, abr. 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=467468&indexSearch=ID>>. Acesso em: 25 out. 2014.

FOLSTEIN M, Mini-mental and son, Int J Geriatr Psychiatry 1998; 13:290 -4.



- FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 1750 p.
- GERSZT, P.P. et al. **Interferência do tratamento medicamentoso imediato e tardio na doença de Parkinson no gerenciamento da disfagia**. Revista Cefac, São Paulo, v. 2, n. 16, p.604-619, mar./abr. 2014. Trimestral. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462014000200604&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462014000200604&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 out. 2014.
- GONÇALVES, L. H.T. Pacientes portadores de doença de Parkinson: significado de suas vivências. **Acta Paul Enfermagem**. 2007.
- GUELLER, D.H. **Consequências somáticas e emocionais de viuvez no paciente idoso**. Tópicos em Geriatria, 1997.
- IBGE. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&cod-mun=240810&search=rio-grande-do-norte|natal|infograficos:-informacoes-completas> Acesso em: 26 mai 2016.
- INOUYE, S.K.. Delirium in Older Persons. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 354, n. 11, p.1157-1165, 16 mar. 2006. New England Journal of Medicine (NEJM/MMS). <http://dx.doi.org/10.1056/nejmra052321>.
- KUSTER, B. J.K. et al. **Cuidados de enfermagem aos usuários com doença de Parkinson na atenção básica de saúde**. Revista de Enfermagem da UFSM-REUFMS, Santa Maria, v. 4, n. 1, p.10-18, jan./mar. 2014. Trimestral. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/9074>>. Acesso em: 10 out. 2014.
- LEE, A. **Preventing Falls in the Geriatric Population**. Permij, [s.l.], p.37-39, 2 dez. 2013. The Permanente Press. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7812/tpp/12-119>. Acesso em: 10 out. 2014.
- LI, R. et al. Cost-effectiveness of interventions to prevent and control diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes Care*, 2010, n. 33, p. 1.872-94.
- MAHAN, L. K.; STUMP, S E. **Krause, alimentos, nutrição e dietoterapia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 1351 p.
- MONTEIRO, D. et al. **Relação entre disfagia e tipos clínicos na doença de Parkinson**. Revista Cefac, São Paulo, v. 16, n. 2, p.620-627, mar. 2014. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n2/1982-0216rcefac-16-2-0620.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.
- MORAIS, M. B. et al. Doença de Parkinson em idosos: ingestão alimentar e estado nutricional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n.

3, p.503-511, jul./set. 2013. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n3/v16n3a09.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

NICARETTA, D.H.K; ROSSO, A. L.; MATTOS, J.P.. Disautonomia na Doença de Parkinson. Revisão da literatura. **Revista Brasileira de Neurologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p.25-29, out. 2011. Trimestral. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/01018469/2012/v47n4/a2942.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

NOVAES, Maria Helena. **Psicologia da terceira idade**: conquistas possíveis e rupturas necessárias, 2ed. Rio de Janeiro: Nau, 2000.

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna – GERMI (2012). **Avaliação Geriátrica**. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Disponível em: [http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf) Acesso em Março de 2013

PAGNO, C.H.et al. Desenvolvimento de espessante alimentar com valor nutricional agregado, destinado ao manejo da disfagia. **Revista Ciência Rural**, Santa Maria, v. 44, n. 4, abr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010384782014000400023&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010384782014000400023&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15 out. 2014.

PANEL, The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert. **American Geriatrics Society** Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Journal Of The American Geriatrics Society, [s.l.], v. 60, n. 4, p.616-631, 29 fev. 2012. Wiley-Blackwell.

PARKES, C. M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**, 1998. São Paulo: Summus Editorial.

PINHEIRO, E. **Luto e individuação**: uma investigação simbólica através do conto de fadas pessoal. Campinas, 2002. (Tese de Doutorado- F.C.M.- UNICAMP).

PINTO, R. A. S. R. **Associação de Parkinsonismo, demência e disfagia**. In: PIVI, G. A.K.; SCHULTZ, R.R.; REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, vol. 21, n.1, São Paulo Jan./Mar. 1999

ROLIM, M.R.P. Relato de experiência da terapia fonoaudiológica com enfoque vocal no grupo de Parkinson – NETI/APASC. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 10, n. 15, p.71-77, jan. 2013. Semestral. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/18070221.2013v10n15p71/25450>>. Acesso em: 19 out. 2014.

LÔBO, R.R.et al. Delirium. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 43, n. 3, p. 249-257, 2010.

Duncan, B.B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil.: Prioridade parágrafo enfrentamento e Investigação **Revista de Saúde Pública = Journal of Public Health. São Paulo. Vol. 46, supl. 1 (dez. 2012), p. 126-134**, 2012.

SOCIETY, American G. Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. **J Am Geriatr Soc.** 2001 May;49(5):664-72.

SOUZA, C.Fabricia M. et al. A Doença de Parkinson e o Processo de Envelhecimento Motor: Uma Revisão de Literatura. Revista Neurociência, São Paulo, v. 19, n. 4, p.718-723, out./dez. 2011. Trimestral. Disponível em: <[http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1904/revisao\\_19\\_04/570\\_revisao.pdf](http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1904/revisao_19_04/570_revisao.pdf)>. Acesso em: 6 abr. 2014.

STEIDL, Eduardo Matias dos Santos; ZIEGLER, Juliana Ramos; FERREIRA, Fernanda Vargas. Doença de Parkinson: Revisão bibliográfica. DisciplinarumScientia, Santa Maria, v. 8, n. 1, p.115-129, out. 2007. Disponível em: <<http://sites.unifra.br/Portals/36/CSAUDE/2007/parkinson.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

STJERNSWÄRD, J.; FOLEY, K. M; FERRIS, F. D. The public health strategy for palliative care. Journal of Pain and Symptom Management, 2007, n. 33, p. 486-93.

VALETIM, A.A.F. **Nutrição no envelhecimento**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. 330 p.

WHO 2002b. National cancer control programmes, policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2000.

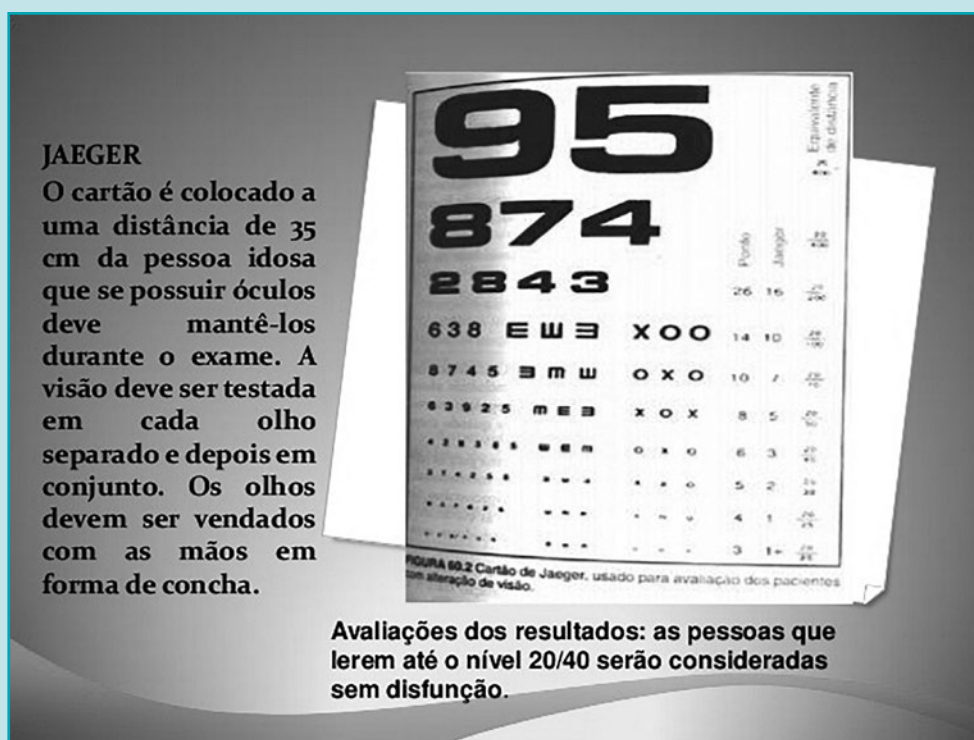
WHO 2010g. Package of essential noncommunicable disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization, 2010.





ANEXOS

## Anexo 1 - CARTÃO JAEGER



## Anexo 2 - AVALIAÇÃO DA AUDIÇÃO

A audição pode ser avaliada por meio do uso de algumas questões simples listadas a seguir ou ainda pela utilização do Teste do Sussurro.

Questões:

- Compreende a fala em situações sociais?
- Consegue entender o que ouve no rádio ou televisão?
- Tem necessidade que as pessoas repitam o que lhe é falado?
- Sente zumbido ou algum tipo de barulho no ouvido ou cabeça?
- Fala alto demais?
- Evita conversar? Prefere ficar só?

**TESTE DO SUSSURRO:** O examinador deve ficar fora do campo visual da pessoa idosa, a uma distância de aproximadamente 33cm e “sussurrar”, em cada ouvido, uma questão breve e simples como, por exemplo, “qual o seu nome?”

Objetivo: avaliação da acuidade auditiva.

Avaliações dos resultados: se a pessoa idosa não responder, deve-se examinar seu conduto auditivo para afastar a possibilidade de cerume ser a causa da diminuição da acuidade auditiva.

Providências com os achados/resultados: não sendo identificados obstáculos nos condutos auditivos externos, deve-se solicitar audiometria em ambulatório especializado.

## Anexo 3- MINI-EXAME do ESTADO MENTAL

**MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL**

(Folstein, Folstein &amp; McHugh, 1.975)

Paciente: \_\_\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÃO:**

- Dia da Semana (1 Ponto) ..... ( )
- Dia do mês (1 Ponto) ..... ( )
- Mês (1 Ponto) ..... ( )
- Ano (1 Ponto) ..... ( )
- Hora Aproximada (1 Ponto) ..... ( )
- Local Específico (apartamento ou setor) (1 Ponto) ..... ( )
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 Ponto) ..... ( )
- Bairro ou Rua próxima (1 Ponto) ..... ( )
- Cidade (1 Ponto) ..... ( )
- Estado (1 Ponto) ..... ( )

**MEMÓRIA IMEDIATA**

- Fale 3 palavras não correlacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente sobre as 3 palavras. Dê um ponto para cada resposta correta ..... ( )
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

**ATENÇÃO E CÁLCULO**

- (100-7) Sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto) ..... ( )
- (alternativamente soletrar mundo de trás pra frente)

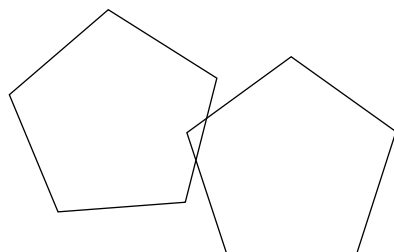
**EVOCAÇÃO**

- Pergunte ao paciente pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra) ..... ( )

**LINGUAGEM**

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) ..... ( )
- Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) ..... ( )
- Comando: Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos) ..... ( )
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto) ..... ( )
- Escrever uma frase (1 ponto) ..... ( )
- Copiar um desenho (1 ponto) ..... ( )

ESCORE (\_\_\_\_/ 30)



Notas de corte do MEEM: 20 – analfabetos, 25 – 1 a 4 anos de escolaridade, 26 – 5 a 8 anos de escolaridade, 28 – 9 a 11 anos, 29 – mais de 11 anos de escolaridade.

**Anexo 04 - MINI-AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

**Mini Avaliação Nutricional  
MNA® – Versão Reduzida**

Sobrenome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso, kg: \_\_\_\_\_ Altura, cm: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Completar a avaliação, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números para obter o escore final de triagem.

**Triagem**

**A Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?**

- 0 = diminuição severa da ingesta  
1 = diminuição moderada da ingesta  
2 = sem diminuição da ingesta

**B Perda de peso nos últimos 3 meses**

- 0 = superior a três quilos  
1 = não sabe informar  
2 = entre um e três quilos  
3 = sem perda de peso

**C Mobilidade**

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas  
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa  
2 = normal

**D Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?**

- 0 = sim      2 = não

**E Problemas neuropsicológicos**

- 0 = demência ou depressão graves  
1 = demência leve  
2 = sem problemas psicológicos

**F1 Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m<sup>2</sup>])**

- 0 = IMC < 19  
1 = 19 ≤ IMC < 21  
2 = 21 ≤ IMC < 23  
3 = IMC ≥ 23

SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA F2.  
NÃO PREENCHA A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ TIVER SIDO COMPLETADA.

**F2 Circunferência da Panturrilha (CP) em cm**

- 0 = CP menor que 31  
3 = CP maior ou igual a 31

**Escore de Triagem**

(máximo. 14 pontos)

- 12-14 pontos: estado nutricional normal  
8-11 pontos: sob risco de desnutrição  
0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, preencha a versão completa no MAN®, que está disponível no [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges*. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.  
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Gerontol 2001;56A: M366-377.  
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.  
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M  
**Para maiores informações: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)**



## Anexo 05 - AVALIAÇÃO da DEGLUTIÇÃO - EAT-10

## Instrumento de Avaliação da Alimentação (EAT-10)

### Uma ferramenta para avaliação do risco de disfagia

NOME \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

O EAT-10 te ajuda a avaliar a dificuldade de deglutição. Converse com seu médico ou fonoaudiólogo sobre os possíveis tratamentos para os seus sintomas.

**A. HISTÓRICO:**

Fale sobre seu problema de engolir: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liste todos os exames de deglutição que você fez (data e resultados): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. AVALIAÇÕES:**

Responda cada questão, escrevendo o número de pontos no quadrado.

**O quanto essas situações são um problema para você? Marque o melhor número para o seu caso.**

**1 Meu problema para engolir me faz perder peso.**

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

**6 Dói para engolir.**

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

**2 Meu problema para engolir não me deixa comer fora de casa.**

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

**7 Meu problema para engolir me tira o prazer de comer.**

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

**3 Preciso fazer força para beber líquidos.**

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

**8 Fico com comida presa/entalada na garganta.**

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

**4 Preciso fazer força para engolir comida (sólidos).**

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

**9 Eu tusso quando como.**

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

**5 Preciso fazer força para engolir remédios.**

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

**10 Engolir me deixa estressado.**

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

**C. PONTUAÇÃO:**

Some os pontos escritos nos quadrados.

Pontuação máxima de 40 pontos.

TOTAL:

**D. O QUE FAZER EM SEGUIDA:**

Se o total de pontos é igual ou maior que 3, você pode ter problemas de deglutição e segurança. Recomenda-se que você divida esses resultados com seu médico ou fonoaudiólogo.

**Referências:** The validity and reliability of EAT-10 has been determined. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology 2008;117(12):919-924.

**Anexo 06** - ESCALA de DEPRESSÃO GERIÁTRICA de YESEVAGE – versão reduzida

1	Você está satisfeito com a sua vida?	SIM	<b>NÃO</b>
2	Você deixou de lado muitos de suas atividades e interesses?	<b>SIM</b>	NÃO
3	Você sente que sua vida está vazia?	<b>SIM</b>	NÃO
4	Você sente-se aborrecido com frequência?	<b>SIM</b>	NÃO
5	Está você de bom humor na maioria das vezes?	SIM	<b>NÃO</b>
6	Você teme que algo de ruim lhe aconteça?	<b>SIM</b>	NÃO
7	Você se sente feliz na maioria das vezes?	SIM	<b>NÃO</b>
8	Você se sente frequentemente desamparado?	<b>SIM</b>	NÃO
9	Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?	<b>SIM</b>	NÃO
10	Você sente que tem mais problemas de memória que antes?	<b>SIM</b>	NÃO
11	Você pensa que é maravilhoso estar vivo?	SIM	<b>NÃO</b>
12	Você se sente inútil?	<b>SIM</b>	NÃO
13	Você se sente cheio de energia?	SIM	<b>NÃO</b>
14	Você sente que sua situação é sem esperança?	<b>SIM</b>	NÃO
15	Você pensa de que a maioria das pessoas estão melhores do que você?	<b>SIM</b>	NÃO

As perguntas 1,5,7,11 e 13 contabilizam um ponto quando respondidas com “não”. Já as demais perguntas contabilizam um ponto quando respondidas positivamente. Acima de 5 pontos, há indícios de depressão. A contagem máxima vai até 15 pontos.



30 Anos

*Você faz parte dessa história*

*SMS Natal*



PREFEITURA DO

**NATAL**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE