

Grasiela Piuvezam
Vilani Medeiros de Araújo Nunes
organizadoras

GUIA
PRÁTICO
de cuidado
à saúde
DA PESSOA
IDOSA



Reitora
Vice-Reitor

Ângela Maria Paiva Cruz
José Daniel Diniz Melo

Diretora da EDUFRN
Diretor Adjunto da EDUFRN
Conselho Editorial

Maria da Conceição Fraga
Wilson Fernandes de Araújo Filho
Maria da Conceição Fraga (Presidente)
Ana Karla Pessoa Peixoto Bezerra
Anna Emanuella Nelson dos S. C. da Rocha
Anne Cristine da Silva Dantas
Carla Giovana Cabral
Edna Maria Rangel de Sá
Eliane Marinho Soriano
Fábio Resende de Araújo
Francisco Wildson Confessor
George Dantas de Azevedo
Lia Rejane Mueller Beviláqua
Maria Aniolly Queiroz Maia
Maria da Conceição F. B. S. Passeggi
Maria de Fátima Garcia
Maurício Roberto Campelo de Macedo
Nedja Suely Fernandes
Paulo Ricardo Porfírio do Nascimento
Paulo Roberto Medeiros de Azevedo
Regina Simon da Silva
Rosires Magali Bezerra de Barros
Tânia Maria de Araújo Lima
Tarcísio Gomes Filho

Editora
Supervisão Editorial
Coordenador de Revisão
Revisão
Ilustrações
Capa
Diagramação

Kamyla Álvares
Alva Medeiros da Costa
Wildson Confessor
José Avelino da Silva
Roberta Pires de Medeiros
Rafael Campos
Ian Medeiros

Grasiela Piuvezam
Vilani Medeiros de Araújo Nunes
organizadoras



GUIA
PRÁTICO
de cuidado
à saúde
DA PESSOA
IDOSA

Coordenadoria de Processos Técnicos
Catalogação da publicação na Fonte. UFRN/Biblioteca Central Zila Mamede

Guia prático de cuidado à saúde da pessoa idosa [recurso eletrônico]
/ Grasiela Piuvezam, Vilani Medeiros de Araújo Nunes (organizadoras). -
Natal, RN : EDUFRN, 2016.
86.408 Kb ; PDF

ISBN 978-85-425-0501-6
Modo de acesso: <http://repositorio.ufrn.br>

1. Idosos – Saúde e higiene. 2. Envelhecimento. 3. Idosos – Doenças. 4. Cuidadores de idosos. I. Piuvezam, Grasiela. II. Nunes, Vilani Medeiros de Araújo.

RN/UF/BCZM

2016/25

CDD 613.0438
CDU 613.98

Todos os direitos desta edição reservados à EDUFRN – Editora da UFRN
Av. Senador Salgado Filho, 3000 | Campus Universitário
Lagoa Nova | 59.078-970 | Natal/RN | Brasil
e-mail: contato@editora.ufrn.br | www.editora.ufrn.br
Telefone: 84 3342 2221

Este material foi elaborado por docentes do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, integrantes do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva, na Linha de Pesquisa, Saúde do Idoso (CNPq).

Dedicatória

A todos os idosos institucionalizados, por suas histórias de vida e que demandam carinho, amor e muito cuidado com quem tivemos o prazer de partilhar momentos únicos de aprendizagem em nossas vidas.

E a todos aqueles que cuidam desses idosos, o nosso respeito e admiração.

Apresentação

Aparentemente simples, escrever uma apresentação de livro torna-se desafiadora quando envolve o trabalho de colegas do nosso cotidiano institucional e, mais ainda, envereda-se por áreas de conhecimento (saúde do idoso) muito específicas. Ao refletir sobre o convite afetuoso senti-me em dupla condição: atualmente à frente do Departamento de Saúde Coletiva (DSC), que se multiplica em atividades e publicações, mas também por sentir na pele a condição de idoso no nosso meio social. Caramba, o que dizer?

Duas ou três coisas muito diretas: a primeira é a enorme satisfação e alegria mesmo de estarmos dando continuidade à nossa política editorial de publicações acadêmicas no DSC (em boas mãos com Themis Pinheiro), agora com um verdadeiro e qualificado “Guia” a nos conduzir em espaço tão complexo e importante na nossa saúde coletiva brasileira. Mas a companhia de Grasiela Piuvezam e Vilani Medeiros nos tranquiliza quanto ao alcance dos propósitos da publicação pela inegável competência e mérito acadêmico das nossas duas colegas, cada vez mais expoentes desse saber na UFRN.

A segunda é dar realce à importância de trabalhos desse quilate para o aprimoramento dos nossos esforços acadêmicos de ensino, pesquisa e extensão. Que todos nós, docentes e alunos da universidade, possamos usufruir dessa organização de conhecimento, cuidadosa, a respeito do “cuidador de idosos”. Eis um diferencial importante do estudo: a preocupação central com orientações qualificadas para quem faz e executa o dia a dia na atenção integral à saúde das pessoas com mais idade.

A terceira, porém não menos importante, diz respeito às inúmeras possibilidades de utilização de um guia para a maior qualificação da nossa rede de cuidados e de cuidadores de idosos no SUS do Rio Grande do Norte. A inegável preocupação de melhorar nossos serviços de saúde corrobora o sentido maior de textos acadêmicos voltados para qualificar intervenções na realidade que nos cerca e nos aflige.

Parabéns às autoras pelo primoroso trabalho, longa vida de publicações acadêmicas úteis à sociedade. Sucesso.

Prof. Dr. Paulo de Medeiros Rocha
Departamento de Saúde Coletiva – UFRN

Sumário

Introdução	11
Unidade 1 - Aspectos relacionados ao envelhecimento humano	14
Capítulo 1 - O processo do envelhecimento humano	15
Capítulo 2 - Políticas públicas voltadas à saúde do idoso no cenário brasileiro	22
Capítulo 3 - O Estatuto do Idoso	28
Capítulo 4 - A institucionalização dos idosos no Brasil	35
Capítulo 5 - Maus-tratos, negligência e violência contra o idoso	42
Unidade 2 - O cuidador de idosos e suas características	49
Capítulo 6 - O papel do cuidador de idosos	50
Capítulo 7 - A relação entre o cuidador e o idoso	58
Capítulo 8 - Cuidando de quem cuida: um olhar sobre o cuidador de idosos	63
Capítulo 9 - Aspectos legais da profissão cuidador	68
Unidade 3 - Noções básicas do cuidado aos idosos.....	79
Capítulo 10 - Noções básicas de enfermagem direcionadas ao idoso	80
Capítulo 11 - Vacinação no idoso	87
Capítulo 12 - Higiene corporal nos idosos	94
Capítulo 13 - Higiene bucal dos idosos	102
Capítulo 14 - Prevenção de lesões de pele no idoso	113
Capítulo 15 - Cuidado no manuseio dos medicamentos no idoso	121

Capítulo 16 - Aspectos da segurança do idoso em Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI)	128
Unidade 4 - Especificidades no cuidado aos idosos.....	138
Capítulo 17 - A capacidade funcional da pessoa idosa	139
Capítulo 18 - Aspectos cognitivos no idoso	148
Capítulo 19 - A sexualidade no idoso	153
Capítulo 20 - Cuidados com a nutrição do idoso	161
Capítulo 21 - O sistema gastrointestinal no idoso	169
Capítulo 22 - O sistema respiratório no idoso	175
Capítulo 23 - Aspectos fonoaudiológicos do idoso	183
Capítulo 24 - Atividades físicas direcionadas ao idoso	190
Capítulo 25 - As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) no idoso	209
Capítulo 26 - Urgências e emergências no idoso	217
Capítulo 27 - Cuidados paliativos na pessoa idosa	225
Capítulo 28 - Terapia nutricional enteral em idosos: conceito, importância e recomendações	230
Unidade 5 - Doenças da velhice	236
Capítulo 29 - Instabilidade postural e quedas no idoso: prevenção e cuidados	237
Capítulo 30 - Mobilidade no idoso: prevenção de úlceras e escaras	246
Capítulo 31 - Depressão, delirium e demência no idoso	254
Capítulo 32 - Iatrogenia no Idoso	264
Capítulo 33 - Incontinência Urinária e outras alterações do sistema urinário no idoso	272
Colaboradores	279

Introdução

O envelhecimento da população brasileira é uma realidade que vem se desenhando ao longo das últimas décadas, com aumento significativo do número de idosos em relação à população jovem. A faixa populacional de 60 anos ou mais passou de 2,1 milhões em 1950 para próximo de 14,3 milhões em 2000, e estima-se que alcance 31,8 milhões de pessoas em 2025. No período de 2000 a 2050 espera-se aumento na proporção de idosos na população total, de 5,1% para 14,2%. A expectativa de vida saltou de 30 anos em 1900, para próximo de 70 anos em 2000.

Contudo, essa longevidade ampliada não significa que os idosos estejam necessariamente livres de doenças e em condições de usufruir com saúde plena esse período final de vida. Além disso, os problemas de saúde dos idosos são de longa duração, requerem pessoal com qualificação específica e equipe multidisciplinar, uma vez que possuem características particulares que os diferenciam dos demais grupos etários.

A presença de uma proporção cada vez maior de pessoas idosas na população tem enfatizado a necessidade de serviços de saúde diferenciados, em oposição ao modelo hospitalar para idosos com problemas físicos e mentais, o que coloca em evidência o papel do Cuidador. Desta forma, a presença do cuidador se dá diante da necessidade do cuidado às pessoas idosas, propiciando assistência e atenção diante de vários aspectos inerentes às especificidades do envelhecimento humano.

Respondendo a essa demanda, este Guia Prático se destina a orientar cuidadores na atenção à saúde das pessoas idosas,

acamadas ou com limitações físicas que necessitam de cuidados especiais. Tem o objetivo de esclarecer, de modo simples e ilustrativo, os pontos mais comuns do cuidado à pessoa idosa, ressaltando que apesar de todas as orientações aqui contidas, é indispensável a orientação do profissional de saúde. A elaboração deste guia tomou como referência principal o Guia prático do Cuidador do Ministério da Saúde, 2008 e apresenta como objetivo auxiliar no processo do cuidado mediante orientações básicas que possibilitarão uma melhor atenção à saúde dos idosos.

Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência (BOFF, 1999).

UNIDADE 1

ASPECTOS

relacionados



ENVELHECIMENTO

HUMANO





CAPÍTULO I
O PROCESSO
do
ENVELHECIMENTO
HUMANO



O processo do envelhecimento humano

*Mariana Coelho Costa
Vilani Medeiros de Araújo Nunes*

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que representa uma vitória da humanidade, mas também um grande desafio para o século XXI. No Brasil, o perfil da população está mudando, estamos vivenciando um processo de inversão da pirâmide etária, com redução do número de crianças e jovens e aumento do número de pessoas com 60 anos ou mais.

Observamos que a população está envelhecendo rapidamente. Isso se deve, principalmente, ao aumento da expectativa e da qualidade de vida concomitante a diminuição da taxa de fecundidade. Em outras palavras, isso quer dizer que menos crianças estão nascendo ao mesmo tempo em que as pessoas estão vivendo mais e melhor. Segundo dados do IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a expectativa de vida passou de 62,6 anos em 2000 para 73,5 anos em 2010. Diante disso, entender o processo de envelhecimento torna-se uma tarefa válida e necessária.

A primeira vista, definir a velhice parece ser um trabalho fácil e até mesmo óbvio. Entretanto, a velhice e o processo de envelhecimento humano são temáticas carregadas de complexidade na medida em que requerem uma análise voltada para

múltiplas dimensões: a biológica, a psicológica, a sociológica, a cultural, entre outras, para que dessa forma se possa chegar a uma conceituação mais completa e próxima da realidade.

De uma maneira bem simples, podemos entender os mecanismos biológicos do envelhecimento como “aquilo que acontece com o corpo com o passar do tempo”. É evidente que, com o decorrer dos anos, todos os indivíduos sofrem alterações normais ao desenvolvimento. Porém, no caso dos idosos, ocorrem transformações mais severas.

O processo de envelhecimento é resultante de fatores internos e externos. Os fatores internos estão ligados a fatores genéticos e não podem ser mudados. Já os fatores externos dizem respeito aos fatores ambientais, podendo, portanto, ser mudados a fim de retardar o processo de envelhecimento.

A dinâmica do sistema locomotor sofre importantes modificações, com redução da amplitude dos movimentos e modificação da marcha que passa a ser caracterizada por passos mais curtos e lentos e, não raramente, pelo arrastar dos pés. O indivíduo torna-se progressivamente menos ativo.

O processo de envelhecimento é marcado também pela diminuição funcional dos diversos sistemas sensoriais do organismo. Notadamente, uma das alterações mais frequentes é a diminuição da acuidade visual seguida da perda da função auditiva normal.

Algumas habilidades neurais também sofrem declínio com a idade: memória de trabalho, velocidade de pensamento e habilidade visuoespaciais.

Diante de tantas alterações, o envelhecimento acaba por trazer também muitas mudanças psicológicas e sociais. O estado emocional de um idoso implica contextualização de sua história de vida, suas reações emocionais estão diretamente relacionadas com a vivência que acumulou no transcorrer de sua existência.

Essas mudanças psicológicas podem resultar em dificuldades de se adaptar a novos papéis, falta de motivação e dificuldades de planejar o futuro, depressão, hipocondria, somatização, paranoia, ideias suicidas, baixa autoestima, necessidade de trabalhar e conversar sobre as perdas orgânicas afetivas e sociais.

Em paralelo a tudo isto, há a vivência dos preconceitos. O idoso a sente de maneira contundente, pois cresceu interiorizando o envelhecimento como algo negativo. Quando jovem assimilou que seria um peso, frágil, improdutivo, difícil de conviver, doente. Hoje, no momento em que a vivência é real, influenciada por estes sentimentos, o idoso pode aceitar passivamente esta fase como improdutivo, sem realizações, sem perspectivas. Em consequência disso, deixa de lutar por uma vida mais completa intensificando o quadro de crise emocional.

Quem é considerado idoso no Brasil?

Para a Geriatria	Para a Organização Mundial da Saúde (OMS)	Para o Estatuto do Idoso
Indivíduo com mais de 65 anos de idade	Para países em desenvolvimento, a pessoa com mais de 60 anos de idade	Indivíduo com 60 anos ou mais

Todos os idosos são doentes?

Não. O processo de envelhecimento envolve mudanças físicas, psicológicas e sociais decorrentes da perda ou redução gradual de funções do organismo, as quais não acarretam em problemas de saúde.

O processo natural de envelhecimento é conhecido como *Senescência*. Quando estas alterações estão associadas a alguma

sobrecarga como doença, estresse ou acidentes que requeiram cuidados especializados denomina-se *Senilidade*.

Qual a diferença entre velhice e envelhecimento?

- *Envelhecimento* é o processo natural que vai desde o nascimento até a velhice, sendo mais intenso após os 30 anos.
- *Velhice* é a última etapa da vida, também chamada de *Terceira Idade*.

Quais as alterações na pele do idoso?

Pele mais fina, diminuição das fibras elásticas, diminuição do tecido adiposo nos membros e aumento na região do tórax e abdômen, diminuição dos vasos sanguíneos da pele, perda da coloração dos pelos, queda dos pelos axilares, da região íntima e pernas e surgimento de pelos longos e grossos na face, queda e diminuição do volume dos cabelos, surgimento de manchas senis e sardas, processo de cicatrização diminuído, redução da sensibilidade e do controle da temperatura corporal.

Quais as alterações no sistema musculoesquelético do idoso?

Ossos mais frágeis pela redução da quantidade de cálcio, aumento da curvatura da coluna, diminuição da estatura em torno de 1 centímetro ao ano, aumento do diâmetro do tórax e cabeça, desgaste das cartilagens das articulações, crescimento das cartilagens do nariz e orelha, diminuição do tamanho e perda de força dos músculos, redução da resistência e da flexibilidade. Estas alterações comprometem o equilíbrio e a movimentação dos idosos.

Quais as alterações no sistema cardiovascular do idoso?

Válvulas cardíacas mais rígidas, músculo cardíaco perde força, diminuição da elasticidade dos vasos e acúmulo de gordura

e cálcio dentro das artérias, aumento da pressão arterial, queda da pressão ao mudar da posição deitada ou sentada para posição em pé e veias cada vez mais tortuosas. No sangue há redução da quantidade de água, aumento das gorduras como colesterol e triglicérides e diminuição das defesas contra invasores.

Quais as alterações no sistema respiratório do idoso?

Redução da eficiência da tosse em limpar a via aérea, diâmetro aumentado do tórax, redução do movimento das costelas, enfraquecimento dos músculos respiratórios e troca gasosa diminuída, podendo levar a quadros de pneumonia com maior frequência.

Quais as alterações no sistema do idoso?

Redução da produção de saliva, deterioração e perda dos dentes, redução do paladar, dificuldade para engolir os alimentos, dificuldade para digerir e absorver os alimentos e vitaminas, aumento da absorção de água, levando a constipação e perda de força do músculo anal, predispondo à incontinência fecal.

Quais as alterações no sistema urinário do idoso?

Redução da filtração do sangue por redução da massa do rim, maior dificuldade em manter a quantidade adequada de água e sais no corpo. Nas mulheres é comum o relaxamento dos músculos da pelve, levando a incontinência urinária. Nos homens o aumento do tamanho da próstata, causando retenção de urina na bexiga.

Quais as alterações no sistema reprodutor do idoso?

Nas mulheres os ovários param de produzir hormônios na menopausa, o útero reduz de tamanho, a vagina torna-se mais estreita, perde elasticidade e reduz a produção de muco,

resultando em ressecamento e coceira. Desejo sexual preservado, entretanto, a relação sexual é mais dolorosa, podendo apresentar sangramento e a resposta sexual mais lenta. Nas mamas há substituição do tecido mamário por gordura, bem como aumento da flacidez.

Nos homens há redução do tamanho do pênis e testículos, dificuldade de ereção, redução da produção de espermatozoides e da produção de hormônio.

Quais as alterações no sistema nervoso do idoso?

Redução do número de neurônios, com resposta mais lenta aos estímulos, redução da capacidade de aprendizagem de novas informações a partir dos 70 anos, perda da memória recente, estresse físico e mental alteram a função mental com maior facilidade, redução da inteligência, porém, capacidade de decisão encontra-se preservada, aumento dos períodos de confusão.

Na visão há redução da capacidade de focalizar objetos, distinguir cores e de ajuste às alterações de luminosidade.

No paladar há redução dos gostos salgado e doce, sendo que o gosto salgado é sentido como amargo. No olfato há redução da sensibilidade a cheiros. A audição sofre perda irreversível, redução da produção de cerúmen e do equilíbrio corporal.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*/Ministério da Saúde, 2006. 192p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).



CAPÍTULO 2
POLÍTICAS PÚBLICAS
voltadas &
À SAÚDE DO IDOSO
NO CENÁRIO
BRASILEIRO



Políticas públicas voltadas à saúde do idoso no cenário brasileiro

*Grasiela Piuvezam
Isaiane da Silva Carvalho
Vilani Medeiros de Araújo Nunes*

O envelhecimento populacional apresenta significativas repercussões no que se refere ao desenvolvimento da sociedade e o bem-estar dos indivíduos que a compõe. Neste sentido, o rápido crescimento no número de idosos identificados nos últimos anos trouxe consigo um enorme desafio: cuidar de indivíduos que, em sua maioria, apresentam-se com baixos níveis sociais, econômicos e educacionais, associados a um alto número de doenças crônicas não transmissíveis. Frente a este contexto, a instituição de políticas públicas é essencial para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, com foco na melhoria da qualidade de vida dos idosos (CAMACHO; COELHO, 2010).

O Brasil, em termos gerais, só passou a apresentar uma política pública específica voltada para o envelhecimento no ano de 1994, a chamada Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994), depois substituída pela Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999). Posteriormente, em 2003, foi instituído o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003) e, em 2006, editou-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006) que veio substituir a PNSI (AGUIAR *et al.*, 2011).

A instituição destas políticas públicas de saúde possibilitou o desenvolvimento de um olhar ampliado para a saúde do idoso, com destaque para a sua qualidade de vida. Isto tem demandado novas organizações dos serviços de saúde, com consequente capacitação de recursos humanos para se adequar à nova realidade apresentada. Assim, as políticas públicas de saúde representam uma conquista histórica para a população idosa brasileira, e apontam para profundas evoluções na forma como a sociedade deve lidar com a questão do envelhecimento humano (AGUIAR *et al.*, 2011). Vamos conhecer um pouco mais sobre as políticas atualmente vigentes:

O Estatuto do Idoso

Instituído como forma de regular os direitos conquistados por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, ressaltando que estes gozam de “todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (BRASIL, 2003, p. 1).

O estatuto apresentou como tema central o amparo, assistência e proteção do idoso considerando o processo de envelhecimento. Além disso, incorporou as leis já existentes, organizando-as por tópicos de forma a contribuir para a sua compreensão e consequente aplicação, deixando claro os direitos dos idosos e as punições para aqueles que o descumprirem (MARTINS; MASSAROLLO, 2008).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

A PNSPI apresenta como principal finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006, p. 3). As ações desenvolvidas por

esta política têm como público-alvo todo cidadão e cidadã brasileiros que tenham idade igual ou superior a 60 anos. Apresenta nove diretrizes, conforme descrito na Figura 1.

Figura 1 - Diretrizes da PNSPI

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

As referidas diretrizes buscam superar desafios que envolvem a saúde da pessoa idosa no Brasil, como a insuficiência de estruturas para o cuidado domiciliar ao idoso frágil e prevista no Estatuto do Idoso; a escassez de equipes multiprofissionais de saúde qualificadas a lidar com esta parcela populacional; e a carência/ausência de redes de assistência para a saúde do idoso (BRASIL, 2006).

Uma das inovações previstas na PNSPI diz respeito à criação de um Programa de Internação Domiciliar no SUS, o

que contempla o atendimento ao idoso no domicílio por meio de uma equipe multiprofissional, assim como o treinamento de um membro do grupo familiar para acompanhamento do paciente (AGUIAR *et al.*, 2011).

Neste sentido, ao considerar o cuidador como um aliado no cuidado ao idoso, a PNSPI também abre espaço para discussões que envolvem condições dignas de trabalho – aqui considerando que o cuidador pode ou não ser um membro do grupo familiar associado ao idoso – voltando-se para uma nova forma de organização trabalhista (RESENDE; DIAS, 2008).

Percebe-se, assim, que o caminhar das políticas públicas de saúde voltadas para a pessoa idosa avançaram significativamente nos últimos anos. Contudo, o grande desafio é efetivar na prática a sua instituição e com isso garantir de fato o alcance real dos direitos conquistados.

Referências

- AGUIAR, M. C. A. *et al.* Envelhecimento e responsabilidade: uma reflexão sobre as políticas de saúde brasileiras para o idoso. *Rev. bras. pesqui. saúde*, Vitória, v. 13, n. 1, p. 73-9, 2011.
- BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 out. 2006. Seção 1, p. 142.
- CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-84, 2010.

MARTINS, M. S.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 26-33, 2008.

RESENDE, M. C. F.; DIAS, E. C. Cuidadores de idosos: um novo/velho trabalho. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 785-800, 2008.



CAPÍTULO 3
O ESTATUTO
do 96
IDOSO



O Estatuto do Idoso

*Luis Eduardo Fonseca Dantas
Isabel Cristina Araújo Brandão
Priscilla Brenda Fonseca Dantas*

Com o surgimento da Constituição Federal de 1988, procurou-se assegurar os direitos e deveres fundamentais a todos os seres humanos, destacando o **Princípio da Dignidade Humana**, que serve de base para a consolidação de um Estado Democrático de Direito. Dessa forma, criou-se uma referência na qual todos os demais princípios da Constituição devem se basear para se tornarem legal e humanamente coerentes.

Dentre os pontos abordados pelo Princípio da Dignidade Humana, temos a proteção social aos idosos como dever do Estado e direito do cidadão.

A assistência do Estado para com o idoso visa garantir sua proteção ao assegurar *a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhes o direito à vida*. Além disso, no artigo 203, assegura o direito a um salário mínimo de benefício mensal ao idoso que comprove não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

Por que é importante saber sobre o Estatuto do Idoso?

O envelhecimento populacional é assunto bastante estudado na atualidade, justamente pelo grande aumento do

número de idosos, tanto a nível de Brasil como do mundo. Tal acontecimento torna necessário um maior conhecimento sobre essa população, a fim de que possamos contribuir para que seus direitos e deveres sejam exercidos, bem como para uma melhor qualidade de vida. Afinal, não são poucos os casos em que presenciamos abandono, maus-tratos e, principalmente, sofrimento dessas pessoas que tanto já contribuíram para a nossa sociedade.

Muito ouvimos falar, em telejornais e revistas, sobre as causas do envelhecimento humano. Simplificadamente, podemos dizer que vivemos em um momento em que não só nascem menos pessoas como estas morrem mais velhas. O resultado disso é que, no total, temos cada vez menos pessoas jovens e mais pessoas mais velhas, caracterizando o que chamamos de **envelhecimento populacional**.

Curiosidades:

- Chamamos de **natalidade** o nascimento de novos bebês. É por isso que ouvimos dizer “*as taxas de natalidade estão diminuindo*”. Isso se deve a vários motivos:

1. Surgimento, uma maior divulgação e distribuição dos métodos contraceptivos; isto é, mecanismos de prevenir a gravidez e, em alguns casos, as doenças sexualmente transmissíveis. Alguns exemplos são a camisinha, que é amplamente distribuída nos postos de saúde, e as pílulas anticoncepcionais.

2. O aumento dos custos para sustentar uma casa tem contribuído bastante para que as pessoas tenham menos filhos.

3. A mulher deixou de ter aquela imagem de “dona do lar” e passou a trabalhar fora de casa, não só para contribuir para a renda familiar, mas também como demonstração de sua “independência” com relação ao homem. Assim, mais mulheres passaram a fazer parte do mercado de trabalho e buscar uma formação profissional, o que acabou atrasando a idade de ser mãe.

- Quando escutamos dizer que as pessoas estão morrendo com mais idade, isso reflete nas mudanças ocorridas na saúde pública nas últimas décadas. Hoje, temos uma ampla distribuição de vacinas e medicamentos, além de grandes mudanças nas condições de saneamento básico. Desse modo, a população passou a morrer menos por doenças de origem infecciosa e transmissíveis entre as pessoas e ambiente, como a cólera, as quais têm uma morte mais rápida. Hoje, há o predomínio das doenças chamadas “crônicas degenerativas”, como a diabetes. Estas permitem que as pessoas convivam por muitos anos com elas, sem falecerem.

Sabendo disso, para corresponder às novas necessidades populacionais e buscar efetivar os princípios constitucionais, foi implementada no Brasil a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que trata sobre a Política Nacional do Idoso. Deve-se destacar que, após a criação desta Lei, o Estado começa a interferir e proibir qualquer tipo de discriminação contra as pessoas com idade avançada, bem como inicia a divulgação de conhecimentos sobre o processo de envelhecimento para a população brasileira.

O que é o Estatuto do Idoso?

O Estatuto do Idoso é a lei que veio materializar uma proposta de atenção diferenciada ao idoso brasileiro – às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Assim, eles deixaram de ser apenas um grupo que necessitava de atenção especial para serem interpretados como cidadãos dotados de direitos específicos para a situação em que se inserem. Assume-se a indiscutível fragilidade e vulnerabilidade do idoso perante os outros segmentos sociais, garantindo-lhe, assim, a absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, cabendo ao Estado, à sociedade e à família, a responsabilidade pela proteção e garantia desses direitos.

O cuidador e o Estatuto do Idoso

Com essas mudanças sociais e políticas discutidas, observa-se um aumento da demanda por serviços sociais e de saúde especializados para o idoso. Nesse contexto, surgiram os cuidadores de idosos, profissão regulamentada pelo Ministério do Trabalho e Emprego, desde o ano de 2001.

O cuidador de idosos é o profissional que trabalha com a população da terceira idade, fazendo a ligação entre o idoso e a

família, os serviços de saúde, os poderes públicos e a comunidade em geral; ou seja, é um profissional que vem contribuindo com o desenvolvimento de ações planejadas e programadas que buscam a construção de uma rede de atenção e cuidados às pessoas idosas, permitindo-lhes envelhecer sem maiores sofrimentos, com dignidade e respeito.

Junto ao idoso, o cuidador busca pôr em prática as estratégias de prevenção de doenças e de promoção de hábitos saudáveis, os quais são fundamentais para um envelhecimento ativo e com qualidade, sempre prezando em busca da autonomia e independência.

Não menos importante é o constante estímulo à atividade física, higiene e alimentação balanceada, pois estas têm repercussão direta na autoestima e autoimagem corporal, aliviam o estresse e reduzem a depressão, bem como o isolamento social.

Vale lembrar ainda que o trabalho do cuidador de idoso gira em torno da ética profissional (conjunto de princípios morais que se deve observar no exercício de uma profissão). Assim, é importante que o cuidador mantenha sempre uma conduta moral e ética frente ao idoso e aos seus familiares, agindo para defender os direitos da pessoa idosa e preservar sua integridade física e mental.

Objetivos do Estatuto do Idoso

O Estado vem atuando sempre em busca de meios para impor certas normas de conduta da sociedade, que, juntamente com a família, busca amparar e proteger as pessoas idosas, assegurando o seu bem-estar, a sua participação na comunidade, defendendo a sua dignidade e preservando o seu direito à vida.

Da mesma forma, impõe à sociedade a responsabilidade de ser agente colaborador para que os idosos tenham seus direitos e deveres cumpridos. Ainda maior é a responsabilidade dos profissionais da área da saúde, pois lidam diretamente com a fragilidade

orgânica e psicológica dessas pessoas, devendo ser, portanto, um grande promotor para uma melhor qualidade de vida.

Referências

BRASIL. Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado.



CAPÍTULO 4

A INSTITUCIONALIZAÇÃO

dos 65

IDOSOS NO

BRÁSIL



A institucionalização dos idosos no Brasil

Grasiela Piuvezam

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

A institucionalização dos idosos

A sociedade brasileira tem vivido mudanças nos últimos tempos que vem elevando o número de pessoas idosas e isso tem demandado a necessidade de pessoas que possam auxiliar e ajudar esses idosos para a realização das suas atividades no dia a dia. Assim, dessa necessidade, surgem a figura do cuidador de idosos e as Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) (GARBIN, 2010).

O processo de institucionalização dos idosos pode ser observado em todo o mundo e os dados estatísticos evidenciam que nos países desenvolvidos em torno de 4 a 11% do universo de idosos vive em instituições asilares (CHAIMOWICZ; GRECO, 1999). Essa realidade é diferenciada em nosso país assim, uma pesquisa realizada na cidade de Belo Horizonte constatou que apenas 0,6% dos idosos se encontravam institucionalizados (CHAIMOWICZ; GRECO, 1999).

No ano de 2002, a quinta caravana nacional de direitos humanos, realizada pela comissão de direitos humanos da Câmara dos Deputados, que objetivou verificar a condição dos abrigos e asilos brasileiros para idosos, encontrou que apenas 0,14% dos idosos brasileiros estavam institucionalizados, número

este que pode estar subestimado pela existência de instituições não cadastradas e que funcionam clandestinamente (BRASIL, 2002). Em sua grande maioria, os idosos que ali vivem são aqueles que necessitam de ajuda para realizar suas atividades diárias.

Estudo mais recente, conduzido em 2008 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), denominado Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos (IPEA, 2008) revelou que o percentual de idosos institucionalizados no total da população de idosos no Brasil, foi de 0,1% na região Norte, 0,2% na região Nordeste, e 0,6% nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Os Estados brasileiros que apresentaram um maior percentual de idosos institucionalizados, e que não atingiram 1%, foram os estados de Minas Gerais e Goiás com 0,8%, do seu total de idosos residindo em ILPI. O estado com o menor percentual de idosos institucionalizados foi o do Maranhão que estatisticamente contabilizou 0,0%, o que correspondeu a um total de 214 idosos institucionalizados num universo de 445.772 idosos no estado.

Apesar do reduzido percentual de idosos institucionalizado no Brasil, quando comparado com outros países, pode-se observar que a necessidade de institucionalização tem sido gerada pela mudança na constituição das famílias em termos numéricos e etários. No século passado, as famílias eram mais numerosas, marcadas pelo grande número de jovens e apenas um ou dois idosos. Nos dias atuais, as famílias foram reduzidas numericamente e, proporcionalmente, têm-se mais idosos por cada jovem. Nesse sentido, aquelas famílias de outrora que tinham um ou dois idosos para cuidar, se transformaram em famílias com quatro ou cinco idosos que necessitam de cuidados diários. Além dessa questão demográfica, a competitividade de mercado, incentivada e fomentada pelo neoliberalismo, gerou a necessidade de que a quase totalidade dos integrantes dos núcleos familiares buscassem inserção no mercado de trabalho,

na luta pela sobrevivência, não dispendo, portanto, as famílias de cuidadores para o seu contingente de idosos (LIMA, 2011).

Percebendo essa realidade e pautados em uma moral cristã, nos países em desenvolvimento, proliferaram as instituições de cuidados de idosos, consideradas sem fins lucrativos, as chamadas instituições filantrópicas, ligadas a alguma religião e financiadas pelas aposentadorias dos idosos que ali vivem, por doações da sociedade e, em poucos casos, com algum subsídio dos governos locais (LIMA, 2011).

Mais recentemente, e tendo a lógica neoliberal como pano de fundo, grupos privados vislumbrando lucro sobre essa parcela populacional, criaram instituições privadas de cuidado aos idosos que oferecem serviços de atenção à saúde e melhoria da qualidade de vida aos que podem pagar por eles (LIMA, 2011).

Assim, pode-se perceber que muitas vezes a questão do asilamento comprova a ação da sociedade que descarta os indivíduos no momento em que deixam de ser saudáveis, produtivos e utiliza um discurso controverso à sua integração ao meio social (HERÉDIA *et al.*, 2010), nessa perspectiva torna-se oportuno promover espaços para discutir essa questão buscando mudar essa forma de visualizar o processo de institucionalização

O que são as Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs)?

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 283/2005, da Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA) caracteriza as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) como – instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania.

E, ainda de acordo com o Decreto 1948/1996 – regulamenta a Política Nacional do Idoso na modalidade asilar de assistência

que a define no artigo 3º como o “Atendimento em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar, ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social”

Quem são os idosos institucionalizados?

O Decreto 1948/1996 que regulamenta a Política Nacional do Idoso na modalidade asilar de assistência que a define no artigo 17, Parágrafo único que: “O idoso que não tenha meios de prover sua própria subsistência, que não tenha família, ou cuja família não tenha condições de prover a sua manutenção, terá assegurada a assistência asilar, pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios na forma da lei.”

Como vivem hoje a maioria dos idosos institucionalizados?

Os idosos institucionalizados vivem em espaço fechado, realizando as mesmas atividades com o mesmo grupo de pessoas, no mesmo horário, atendendo às exigências institucionais e não às pessoais, restringindo outras vivências externas.

Geralmente, o idoso ao chegar na instituição, o idoso traz consigo uma bagagem cultural construída ao longo da vida e ao ser institucionalizado muitas vezes abre mão de sua história, ou seja, deixa um mundo amplo em que vivia e passa a viver em um mundo restrito e privado.

Assim, muitas vezes esses idosos apresentam as seguintes características (CORTELETTI *et al.*, 2010):

- Estado de mudismo e relegados a “suave violência do silêncio”
- Predominância do sexo feminino (feminilização)
- Maioria constituiu família
- Faixa etária predominante 75 a 84 anos
- Predominância de viúvos e solteiros.

Observamos então a necessidade de repensar essa realidade, pois para alguns idosos a institucionalização é a única saída! Por isso, o trabalho dos cuidadores de idosos nessas instituições é de extrema importância no sentido de tornar menos sofrida essa etapa da vida dessas pessoas.

Como podemos contribuir para um processo de institucionalização melhor?

Em 2011, a professora Grasiela Piuvezam, durante o I Seminário de Envelhecimento Humano e Saúde, promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCoL) lançou a Campanha intitulada:

AÇÃO EM DEFESA DE Instituições Asilares Públicas: por um envelhecimento decente

Essa campanha tem como objetivo estimular o poder público municipal a assumir a necessidade de construir e manter Instituições de Longa Permanência de Idosos públicas, além do aprimoramento dos mecanismos institucionais de acesso dos idosos aos serviços públicos de saúde, bem como o estímulo ao desenvolvimento de ações governamentais para tornar mais dignas as condições de saúde, lembrando, sobretudo, a história de contribuições destas pessoas para o crescimento do país.

Referências

BRASIL. Comissão de Direitos Humanos. Câmara dos Deputados. V Caravana Nacional de Direitos Humanos. Relatório. Uma amostra da realidade de abrigos e asilos de idosos do Brasil. Brasília. 2002.

CHAIMOWICZ F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 1999; 33(5):454-60.

CORTELETTI I. A.; CASARA M. B.; HERÉDIA V. B. M. *Idoso asilado: um estudo gerontológico*. 2. ed. Caxias do Sul: EDIPUCRS. 2010. 135 p.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Resultados do Censo Demográfico Brasileiro de 2010*. 2011.

GARBIN, C. A. S.; SUMIDA, D. H.; MOIMAZ, S. A. S.; SILVA, M. M. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(6):2941-48.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Características das Instituições de Longa Permanência de Idosos: Região Sul*. Coord. Camarano, Ana Amélia. Brasília: IPEA, Presidência da República, 2008.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Características das Instituições de Longa Permanência de Idosos: Região Sudeste*. Coord. Camarano, Ana Amélia. Brasília:

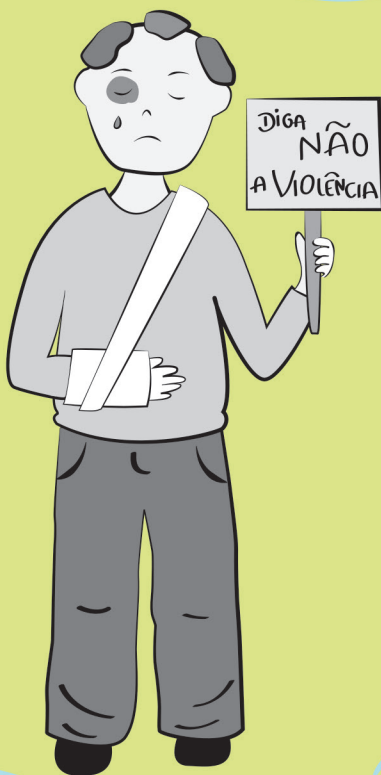
IPEA, Presidência da República, 2008.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Características das Instituições de Longa Permanência de Idosos: Região Centro-Oeste*. Coord. Camarano, Ana Amélia. Brasília: IPEA, Presidência da República, 2008.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Características das Instituições de Longa Permanência de Idosos: Região Norte*. Coord. Camarano, Ana Amélia. Brasília: IPEA, Presidência da República, 2008.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Características das Instituições de Longa Permanência de Idosos: Região Nordeste*. Coord. Camarano, Ana Amélia. Brasília: IPEA, Presidência da República, 2008.

LIMA K. C. O saber-fazer dos cuidadores de idosos institucionalizados no Brasil. In: PIUVEZAM, G., LIMA, K. C. *Idoso institucionalizado no Brasil: aspectos de vida e saúde bucal*. 2011.



CAPÍTULO 5
MAUS TRATOS,
NEGLIGÊNCIA
E VIOLÊNCIA CONTRA O
IDOSO

Maus-tratos, negligência e violência contra o idoso

Vyna Maria Cruz leite
Vilani Medeiros de Araújo Nunes

*“amai-vos uns aos outros.
Como eu vos amei, assim deveis amar-vos uns aos outros”
(João 13,34-35).*

O processo de envelhecimento e suas consequências naturais sempre foram uma preocupação para todas as sociedades. Os diversos aspectos que caracterizam esse processo mostram a necessidade de propiciar à pessoa idosa atenção abrangente à saúde, preocupando-se não só com o controle das doenças, como também com o bem estar físico, psíquico e social desses idosos, enfim, a melhoria na qualidade de vida. No Brasil essa preocupação não é diferente. O crescimento do número de idosos pôs em evidência a problemática relacionada à velhice, desde o ponto de vista médico até o socioeconômico, tornando o assunto relevante para governo e sociedade.

O indivíduo idoso, que deve ser olhado como cidadão e não como problema social, resguarda-lhe a cidadania, ou seja, sua função no seio da família e da sociedade. A Constituição Federal Capítulo VII, artigo 230, preceitua:

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurar sua participação na comunidade,

defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida,

Parágrafo 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta

[...] como propósito basilar à promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999).

Todas as ações em saúde do idoso, como o previsto na referida Política, devem objetivar ao máximo manter o idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível. Segundo o Estatuto do Idoso, Lei 10.741, sancionada em 2003, idoso é a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Para Porto (1996), o envelhecimento constitui o somatório de alterações anatômicas, fisiológicas e emocionais que ocorrem paulatinamente ao longo da vida, sendo impossível conhecer o exato momento em que começa. O aumento da população idosa resultou em um grande impacto no setor saúde no Brasil. Estudos populacionais realizados no país têm demonstrado que não menos que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades (CEI – RS, 1997).

Apesar das garantias em Lei, existe ainda um enorme despreparo das instituições e das pessoas que cuidam diretamente desses idosos para lidar com as questões sociais e psíquicas próprias do envelhecimento, fazendo crescer o sofrimento desses idosos, entre eles, a violência e a negligência,

que aumentam consideravelmente em todo o mundo (FONSECA; GONÇALVES, 2003).

Estudos mostram que 60% das mortes de idosos são de causa desconhecida, o que denuncia a ausência de cuidados e de acompanhamento médico; discriminação, ofensas, agressões físicas e morais aos idosos (TEIXEIRA, 1996). Na sociedade brasileira é comum que os idosos sejam cuidados prioritariamente pela família, pois é ali que se desenvolvem e exercem os vínculos básicos do indivíduo, criando uma certa cultura, com seus códigos, regras, ritos e jogos próprios, um universo enfim de significados particulares que confere identidade ao sujeito (BRANT, 1995). De outro lado, não se deve ignorar que o espaço privado tem sido palco de inúmeras formas de violência que afetam os membros mais frágeis, entre os quais estão os idosos. O lar é o lugar onde essas violências ocorrem, mas é preciso reconhecer que a sociedade colocou novas demandas na vida familiar que alteram os papéis sociais tradicionais e as estruturas que sustentam os modos de vida em família. Até há poucas décadas, o papel de cuidadora atribuído à mulher podia ser desempenhado sem o acúmulo de tarefas que hoje lhe é imposta. Familiares próximos deixaram de ser cuidadores principais das gerações precedentes, e o que se verifica hoje é que grande parte das violências contra idosos ocorre em casos em que diferentes gerações convivem na mesma unidade doméstica, uma evidência de que o convívio de várias gerações não pode ser visto como garantia de velhice bem-sucedida, e nem mesmo sinal de relações mais amistosas.

A Lei 10.741 que institui o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 anos foi certamente um avanço para a sociedade brasileira. Segundo o Art. 3º das Disposições Preliminares do Estatuto do Idoso,

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade, e do Poder Público assegurar aos idosos, com absoluta prioridade, a

efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura. Ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (ESTATUTO DO IDOSO, 2003).

O grande desafio agora para o sistema é conseguir traduzir os avanços obtidos no campo legal em mudanças efetivas e resolutivas da prática da atenção à saúde dessa população.

Diante do crescimento significativo e progressivo no número de idosos no país e da preocupação da sociedade em fazer com que se cumpram os direitos desse segmento da população. O Estatuto cita em suas disposições preliminares:

VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

Parágrafo 1º É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.

Fica evidente que todos têm o dever de fazer cumprir essa Lei, inclusive o governo. “Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento” (ESTATUTO DO IDOSO, 2003).

No Capítulo I Art. 9º que fala do direito à vida, diz o estatuto que “É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”.

E quais são as formas da violência familiar contra o idoso?

As formas mais comuns de violência familiar contra o idoso são:

- Os abusos físicos, entendidos como ações agressivas e brutais que podem ocasionar fraturas, hematomas, queimaduras ou outros danos físicos (FERNANDES; ASSIS, 1999);
- Os abusos psicológicos, definidos como as diversas formas de privação ambiental, social ou verbal; a negação de direitos, as humilhações ou o uso de palavras e expressões que insultam ou ofendem; os preconceitos e a exclusão do convívio social (FERNANDES; ASSIS, 1999);
- Os abusos financeiros ou a exploração econômica, definidos como a apropriação de rendimentos ou o uso ilícito de fundos, propriedades e outros ativos que pertençam ao idoso (FERNANDES; ASSIS, 1999);
- A negligência, entendida como a situação na qual o responsável permite que o idoso experimente sofrimento. A negligência é caracterizada como ativa quando o ato é deliberado; passiva quando resulta de conhecimento inadequado das necessidades do idoso ou de estresses do cuidador, resultante da necessidade de ministrar cuidados prolongados (PAGELOW, 1984).

A identificação dessas formas de violência requer intervenção de vários profissionais e precisa de atenção dirigida para os sinais de sua ocorrência. O comportamento agressivo e hostil do cuidador, sua ausência de disponibilidade para prestar os cuidados diários requeridos pela pessoa idosa, assim como a preocupação excessiva com o controle do idoso ou a queixa reiterada da carga que ele representa, são indícios de que a relação deve ser melhor examinada. Além disso, certos tipos de lesões e ferimentos frequentes no idoso; sua aparência descuidada; desnutrição; comportamento muito agressivo ou apático; afastamento, isolamento; tristeza ou abatimento profundo são também sinais que merecem investigação (FERNANDES; ASSIS, 1999).

A lei estabelece que todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência, maus-tratos ou desrespeito ao idoso. Segundo o Estatuto, compete ao Ministério Público a defesa dos direitos dos idosos. As entidades de atendimento ao idoso são obrigadas aos requisitos estabelecidos nos artigos 48 a 51 e serão fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, pelo Ministério Público, pela Vigilância Sanitária e outros previstos em lei.

Referências

- BRANT, M. C. *A família contemporânea em debate*. São Paulo: Cortez/PUC, 1995.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Direitos Humanos. *Política Nacional do Idoso: Boletim*. Brasília: Ministério da Justiça, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria N. 1065/GM, 4 de julho de 2005*.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, n. 237-E, p.20-24, 13 de dezembro, seção 1, Brasília: 1999.
- BRASIL, Constituição (1988). *Constituição: República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas: 1998.
- CEI – RS (Conselho Estadual do Idoso – Rio Grande do Sul) p. 71, Porto Alegre: 1997.
- Fernandes, M. G. M.; & Assis, J. F. Maus-tratos contra o idoso: Definições e estratégias para identificar e cuidar. *Gerontologia* 7 (3), 144-149, 1999.
- FONSECA, Maria Mesquita da e GONÇALVES, Hebe Signorini. Violência contra o idoso: Suportes legais para a intervenção. *Interação em Psicologia*, 7(2), p. 121-12, 2003.
- PAGELOW, M. D. (1984). *Familly violence*. New York: Praeger.
- PORTO, C. C. *Exame clínico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, p. 24-375.
- TEIXEIRA, R. Idosos reclamam de maus-tratos e abandono. *Folha de S. Paulo*, p. 8, 1996.

UNIDADE 2

O CUIDADOR

DE IDOSOS

e suas

CARACTERÍSTICAS





CAPÍTULO 6
O PAPEL
DO CUIDADOR DE
IDOSOS



O papel do cuidador de idosos

Grasiela Piuvezam

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

As mudanças que a sociedade tem passado nos últimos tempos tem elevado o número de pessoas idosas e, com isso, em muitos casos essas pessoas necessitam de alguém para auxiliá-las e ajudá-las para a realização das suas atividades no dia a dia. Assim, dessa necessidade, surge a figura do cuidador de idosos (GABIN, 2010).

Mas quem é o cuidador de idosos?

O cuidador de idosos é uma pessoa especial que se dedica ao cuidado de outra pessoa necessitada e nessa relação expressa sentimentos de amor à humanidade, de solidariedade e de doação.

A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (BRASIL, 2009).

Assim, o cuidador de idosos é aquele que presta cuidados a outra pessoa, idosa, e que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais.

E quais são os papéis do cuidador de idosos?

O papel do cuidador de idosos vai além do simples acompanhamento das atividades diárias dos idosos, sejam eles saudáveis, enfermos, acamados, em situação de risco ou fragilidade, nas instituições ou nas residências na qual exista um idoso que necessite de atenção ou cuidado diário.

A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consegue fazer sozinha. Ressaltando sempre que não fazem parte da rotina do cuidador, técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem (BRASIL, 2009).

É fundamental perceber que nem em todo caso se pode escolher ser cuidador, sobretudo, quando quem precisa de cuidado é uma pessoa da família ou mesmo um amigo. Assim, independentemente da situação, se volitiva ou compulsória é importante compreendermos que cuidar é uma tarefa muito nobre e também muito complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios.

O cuidador ao exercer sua função de cuidar mergulha no complexo universo do outro, o ser cuidado. Esse mergulho exige muita paciência e compreensão do profissional, isso porque muitas vezes existe a necessidade do cuidado, entretanto, o indivíduo a ser cuidado não reconhece essa necessidade ou mesmo tem rejeição de ser cuidado.

Assim, um exercício benéfico é muito produtivo para o profissional cuidador, é o exercício diário de se colocar na posição desse idoso, ou seja, se imaginar na posição dele, perdendo sua autonomia, dependendo de outra pessoa para realizar suas atividades, e também vivendo muitas vezes em um local diferente da sua casa, como numa instituição.

O exercício da alteridade (se colocar na posição do outro), pode trazer ou mesmo resgatar no cuidador uma humanidade

e um carinho que, muitas vezes, é esquecida ou suprimida pelo cotidiano duro de trabalho. Pois, há que se reconhecer que inúmeras vezes o trabalho de cuidar é muito duro e conflituoso. Uma outra estratégia importante para o cuidador cuidar melhor é a de se organizar, ou seja, buscar uma rotina de cuidado com os seus idosos, isso além de facilitar a vida do trabalhador, cria uma rotina para o idoso que acaba por se sentir mais seguro nessa relação idoso-cuidador.

Assim, abaixo se encontram listadas algumas atividades (BRASIL, 2009) que fazem parte da rotina do cuidador:

1. Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde;
2. Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada;
3. Ajudar nos cuidados de higiene;
4. Estimular e ajudar na alimentação;
5. Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos;
6. Estimular atividades de lazer e ocupacionais;
7. Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto;
8. Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde;
9. Comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada;
10. Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

Além de todas essas atividades, existem outras que são de responsabilidade do cuidador e que o profissional precisa estar

preparado para executá-las na medida da sua necessidade, foi para responder a esse objetivo que o presente *Guia Prático de Cuidado à Saúde da Pessoa Idosa* foi desenvolvido.

Outros aspectos fundamentais para o cuidador de idosos

Outra questão muito importante no exercício profissional do cuidador é a ética profissional. A ética profissional nada mais é do que um conjunto de princípios morais que se deve observar no exercício de uma profissão. O cuidador, ou qualquer outro profissional independente da sua área deve: *gostar* do que faz; precisa *dedicar-se* ao trabalho; buscar *aperfeiçoamento* e manter um *bom relacionamento* com colegas e superiores. Para ser um bom profissional é importante, que além da vontade de aprender, uma boa formação educacional e moral (PEDROLO, 2012).

É, portanto, fundamental que o cuidador mantenha uma conduta moral e ética frente ao idoso e aos seus familiares, agindo para defender os direitos da pessoa idosa e preservar sua integridade física e mental. Vale lembrar que a violência contra o idoso é uma violação dos direitos humanos.

Ademais, outras habilidades devem ser observadas pelos cuidadores de idosos com o objetivo de consolidar a relação de cuidado, que pode ser traduzida como uma relação de ajuda, como as capacidades de escutar, clarificar, respeitar, ser congruente, ser empático e saber confrontar (CARKHUFF, 1977; DUARTE; BARROSO, 2009; LAZURE, 1994; BERGER, 1996; MIRANDA; MIRANDA, 1996).

Na relação de cuidado, escutar representa um instrumento para compreender a pessoa idosa de forma a poder determinar com precisão as intervenções necessárias. Assim, ao escutar a pessoa idosa, o cuidador mostrar-lhe sua importância, permite que o idoso identifique suas emoções, auxilia-o na identificação de suas necessidades e na elaboração de um planejamento

objetivo e eficaz para atender a essas necessidades (DUARTE; BARROSO, 2009).

Clarificar significa ficar claro. Na relação cuidador-idoso significa ser capaz de delimitar mais precisamente o problema em si e os envolvidos de maneira concreta e realista. O cuidador deve ser capaz de auxiliar o idoso a refletir sobre seus problemas e a descrevê-los em toda a sua extensão, intensidade e complexidade (DUARTE; BARROSO, 2009).

O respeito é uma necessidade humana, uma qualidade, um valor, uma atitude básica expressada pelo comportamento. Respeitar alguém significa acreditar em sua unicidade, em sua capacidade de viver de forma satisfatória. Respeitar-se significa ser verdadeiro consigo mesmo e com os outros. Respeitar o idoso significa comunicar-lhe que procuramos compreendê-lo como pessoa, com sua experiência, seus valores e a situação que está vivenciando de acordo com seu ponto de vista (DUARTE; BARROSO, 2009).

Respeitar ainda significa identificar suas capacidades e seu potencial remanescente e auxiliá-lo a reconhecê-los e a utilizá-los para lidar com essas situações, dando-lhe condições de resgatar o máximo de autonomia. Será o idoso, no entanto, que decidirá utilizá-la ou não. Quer dizer, a palavra final é dele, e respeitá-lo significa compreender e aceitar essa decisão mesmo que ela não corresponda à expectativa do cuidador (DUARTE; BARROSO, 2009).

A habilidade de ser congruente significa manter a harmonia e a coerência de algo com o fim a que se destina. Possibilita ao idoso a existência de concordância entre seu ser e sua experiência em seu comportamento (DUARTE; BARROSO, 2009).

Outra característica importante que o cuidador deve desenvolver é a capacidade de confrontação, que significa colocar frente a frente, defrontar, comparar; não envolve disputa como “afrontar”. A confrontação origina-se no respeito ao idoso

e é uma manifestação suplementar à congruência do cuidador. A confrontação permite ao idoso estabelecer um contato mais profundo com seu interior, com aquilo que ele de fato é, com suas forças e seus recursos, assim como com suas fraquezas e comportamentos prejudiciais (DUARTE; BARROSO, 2009).

Na relação de cuidado a confrontação só deve ser utilizada quando existe entre cuidador e idoso um verdadeiro clima de confiança. O cuidador que pretende utilizá-la deve fazer uma avaliação acurada do estado geral do idoso (DUARTE; BARROSO, 2009).

A confrontação exige do cuidador habilidade e tato. Ele vai confrontar não o idoso, mas seu comportamento, descrevendo-o sem emissão de julgamentos, pois isso, nesse momento, poderia representar demonstração de desrespeito, levando a pessoa idosa a assumir uma postura defensiva. No entanto, nem sempre a confrontação é reconhecida como instrumento de ajuda pelo idoso. Caso ele resista a essa forma de intervenção, convém não insistir, aguardando ocasião mais oportuna para fazê-lo (DUARTE; BARROSO, 2009).

Referências

- BERGER, L. A relação de ajuda em gerontologia. In: Berger, L.; Mailloux-Poiriér, D. *Pessoas idosas*. Lisboa: Lusodidacta, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p. 64
- CARKHUFF, R. R. *O relacionamento de ajuda*. Cedepe, Belo Horizonte, 1977.
- DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; BARROSO, Áurea Eleotério Soares. Manual dos formadores de cuidadores de pessoas idosas. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social e Fundação Padre Anchieta, 2009. p. 70.

GARBIN, C. A. S.; SUMIDA, D. H.; MOIMAZ, S. A. S.; SILVA, M. M. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(6): 2941-48.

LAZURE, H. *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta, 1994.

MIRANDA, C. F.; MIRANDA, M. L. *Construindo a relação de ajuda*. 10. ed. Belo Horizonte: Crescer, 1996.

PEDROLO, E. *Formação inicial e continuada: cuidador de idosos*. Curitiba: Insitituto Federal do Paraná, Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC). 2012. p. 102.



CAPÍTULO 7
A RELAÇÃO
ENTRE O CUIDADOR E O
IDOSO



A relação entre o cuidador e o idoso

Grasiela Piuvezam

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Introdução

A presença ou instalação de processos patológicos em idosos, provocando alterações em seu quadro funcional, podem conduzi-los a situações nas quais o indivíduo, até então totalmente independente, passa à condição de dependência.

Este processo, em seu período mais crítico, na maioria das vezes e, por características inerentes do idoso, exige um período de internação hospitalar de duração variável.

Entretanto, passada a fase de maior risco, com a melhora ou estabilização do seu estado clínico, o idoso retorna ao convívio familiar, ainda dependente de terceiros para o atendimento às suas necessidades básicas, seja ela total ou parcial, cujo caráter pode variar de temporário a definitivo. O cuidar envolve conhecimento, valores, habilidades e atitudes, compreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer, onde os cuidadores são aqueles que se ocupam em suprir as necessidades de autocuidado e atenção a indivíduos portadores de um certo grau de dependência, em um intervalo de tempo que pode variar do diário e contínuo até a um longo período de tempo.

O cuidador é quem assume a responsabilidade de cuidar, de dar suporte ou de assistir alguma necessidade de um indivíduo cuidado, objetivando a melhoria de sua saúde. Observa-se, portanto, que o ato de cuidar envolve o comprometimento de alguém para com outro alguém.

É muito importante que a relação entre o idoso e o cuidador seja embasada numa comunicação saudável que envolva segurança e tranquilidade para o bom relacionamento entre ambos.

Por que a comunicação é importante entre idoso e cuidador?

A comunicação é uma importante ferramenta de socialização humana, pois não se restringe apenas a troca de palavras, mas envolve um processo de compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações. Entretanto, é importante destacar que esta pode ser verbal ou não verbal.

O que é uma comunicação verbal e não verbal?

Comunicação verbal são palavras expressas por meio da fala ou da escrita. Já a comunicação não verbal envolve os sinais transmitidos pelas expressões faciais, pelo corpo, postura corporal e distância que se mantém entre as pessoas, e até mesmo pelo silêncio em uma conversa. Destaca-se que uma complementa a outra a fim de transmitir uma informação da maneira correta.

Como melhorar a comunicação verbal entre idoso e cuidador?

- Utilize frases curtas
- Chame o idoso pelo nome
- Evite infantilizá-lo (“vovô”, “querido”, “bonitinho” etc.)
- Repita as informações fornecidas até que o idoso compreenda articulando bem as palavras

- Aguarde a resposta da primeira pergunta antes de elaborar a segunda
- Não interrompa a pessoa idosa no meio de sua fala, demonstrando impaciência
- Não mudar de assunto bruscamente.

É importante lembrar que o idoso apresenta déficit cognitivo e dos órgãos dos sentidos, o que pode dificultar seu processo de comunicação e até mesmo levá-lo ao isolamento.

Como melhorar a comunicação não verbal entre idoso e cuidador?

- Respeitar o espaço do idoso.
- Atentar para sinais de desconforto do idoso durante a comunicação ou o toque, como: afastar-se, virar a cabeça para o outro lado, desviar os olhos, cruzar os braços, dar respostas monossilábicas às perguntas feitas.

Importante

- Mesmo com dificuldades de audição, verbalização ou cognição o idoso interpreta a comunicação não verbal devido às experiências anteriores.
- O bom cuidador é aquele que observa e identifica o que a pessoa pode fazer por si, avalia as condições e ajuda a pessoa a fazer as atividades.
- Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas. Isso requer paciência e tempo.

Referências


CHAIMOWICZ, F. A. Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Saúde Pública*. 1997; 31(2): 184-200.

PÁRRAGA DIAZ, M. Quien cuida a los cuidadores? *Enferm Global* [periódico on-line]. 2005[citado 06 jun 2007]. Disponível em: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/issue/archive>.

PEDROLO, E. *Formação inicial e continuada: cuidador de idosos*. Curitiba: Insitituto Federal do Paraná, Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC). 2012. p. 102.



CAPÍTULO 8
CUIDANDO DE QUEM
cuida: &
UM OLHAR SOBRE
O CUIDADOR
DE IDOSOS



Cuidando de quem cuida: um olhar sobre o cuidador de idosos

Grasiela Piuvezam

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

O trabalho do cuidador de idosos é de extrema responsabilidade e por isso exige muito esforço e dedicação. O cuidador, no dia a dia do seu trabalho realiza atividades que envolvem tanto um esforço físico como mental. Assim, para que o cuidador se sinta melhor e consiga realizar muito bem o seu trabalho é fundamental que ele olhe para dentro de si e consiga perceber suas necessidades e trabalhe no sentido de responder a essas necessidades.

Cuidar do corpo

É, portanto, fundamental que o cuidador reserve alguns momentos do seu dia para se cuidar, descansar, relaxar e realizar alguma atividade física ou de lazer como: uma boa caminhada, ginástica, bordar, crochê, pinturas, desenhos e outras atividades que esse cuidador possa sentir prazer.

Em seguida, podemos ver algumas dicas e sugestões de atividades (MANUAL DE CUIDADOR DO IDOSO, SANTOS, 2003):

1. Enquanto estiver assistindo a um programa de televisão movimentando os dedos das mãos e dos pés para mantê-los flexíveis e também massageie os pés com as mãos, ou com rolinhos de madeira ou com bolinhas;

2. Ao se levantar pela manhã, alongue os músculos de todas as maneiras possíveis. Lembre-se de espreguiçar todo o corpo e comece sempre bem o seu dia;
3. Ao sentar-se por longos períodos de tempo, não se esqueça de reservar um tempo para intervalos de “exercícios”. Simplesmente movendo o corpo e as juntas a cada 15 minutos;
4. Pratique exercícios de relaxamento quando estiver perturbado ou preocupado;
5. Sempre que puder, respire profundamente e com calma e tranquilidade. Concentre-se na sua respiração, isso o ajudará a ficar mais tranquilo e sereno;
6. Compressas quentes (bolsas térmicas, tecidos umedecidos em água quente) auxiliam no relaxamento muscular;
7. Sorria várias vezes por dia. A risada é um maravilhoso exercício que envolve diversos sistemas e aparelhos do corpo;
8. A atividade física reduz seu cansaço, sua tensão, seu esgotamento físico e também mental.

Cuidar da mente

Além do cuidado com o corpo é muito importante também cuidar da nossa mente. Podemos cuidar da nossa mente através da realização de atividades que nos façam sentir prazer, alegria e muita satisfação. Manter em nossa casa, em nosso ambiente de trabalho um ambiente de paz e harmonia é fundamental para sermos felizes e termos sanidade mental.

Seguem algumas dicas para refrescar nossa mente:

1. Chegar em casa depois de um dia cansativo de trabalho e aprender a curtir nossa família, apesar dos nossos problemas;

2. Outra atitude positiva e que pode mudar o nosso humor é buscar encarar aquele “trabalhinho” de casa com prazer, como se fosse um carinho para os nossos amores;
3. Tirar férias sempre que possível. Para isso, programe um rodízio com outros cuidadores ou membros da família para que você possa curtir tranquilamente suas férias;
4. Sempre que possível, aprenda uma atividade nova, leia um livro novo, aprenda mais sobre algum assunto de seu interesse, participe das atividades de lazer do seu bairro;
5. Somos seres que precisam de companhia para viver melhor, por isso, esteja aberto e faça novos amigos;
6. Também é muito importante manter a humildade e pedir ajuda sempre que for necessário para que você não se sinta sobrecarregado;
7. Enfim, busque tornar a sua vida mais leve e saudável.

E, finalmente, torna-se oportuno mencionar e transcrever no quadro abaixo a “Declaração dos Direitos do Cuidador” elaborada por (BORGES *et al.*, 2002) no manual intitulado “Convivendo com o Alzheimer – manual do cuidador – Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física”.

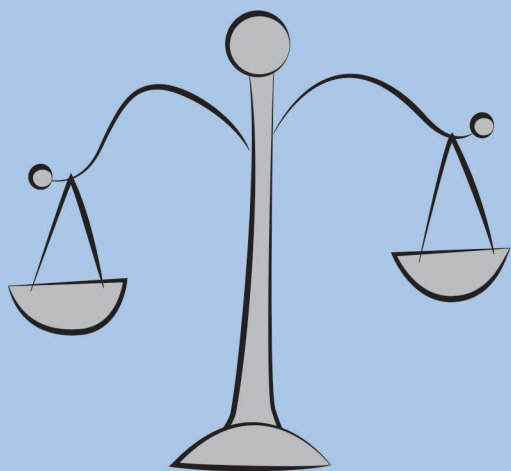
DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DO CUIDADOR

1. Tenho direito a cuidar de mim.
2. Tenho o direito de receber ajuda e participação dos familiares, no cuidado do idoso dependente.
3. Tenho o direito de procurar ajuda.
4. Tenho o direito de ficar aborrecido, deprimido e triste.
5. Tenho o direito de não deixar que meus familiares tentem manipular-me com sentimentos de culpa (no caso dos cuidadores familiares).
6. Tenho o direito a receber consideração, afeição, perdão e aceitação de meus familiares e da comunidade (no caso dos cuidadores familiares).
7. Tenho o direito de orgulhar-me do que faço.
8. Tenho o direito de proteger a minha individualidade, meus interesses pessoais e minhas próprias necessidades.
9. Tenho o direito de receber treinamento para cuidar melhor do idoso dependente.

Referências

BORGES, Márcio F. *et al. Convivendo com o Alzheimer* – manual do cuidador – Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. Motriz, Rio Claro, v. 8 n. 3, p. 91-98, 2002.

MANUAL DO CUIDADOR DO IDOSO, SANTOS. Santos, SP: Secretaria Municipal de Saúde, 2003. p. 19.



CAPÍTULO 9
ASPECTOS LEGAIS
DA PROFISSÃO
CUIDADOR



Aspectos legais da profissão cuidador

*Marcelo Barros Dantas
Rebeka Souto Brandão Pereira*

O profissional desta área, a depender das características de pacto de trabalho com o empregador, pode ser considerado como: [1] empregado (apenas), [2] empregado doméstico ou [3] voluntário.

Quando se tratar de cuidador que executa seus serviços na casa do patrão, ou a mando deste em instituição de longa permanência para idoso, sendo certo como importante detalhe que seu patrão não vise nenhuma atividade lucrativa com a atividade empreendida, este cuidador será considerado empregado doméstico, e será contemplado com os direitos preceituados no artigo 7º, Parágrafo Único da Constituição Federal, na Lei 5.859/72, na Lei 11.324/2006 e na Lei Complementar nº 150/2015.

Quando o caso concreto envolver de cuidador que presta serviços para pessoa jurídica, empresa, a instituição deverá formular contrato individual de trabalho, ou seja, uma relação envolvendo empregado e empregador, neste caso, será aplicada a Consolidação das Leis do Trabalho, a CLT.

Finalmente, tendo o cuidador por livre vontade, se proposto a ajudar a instituição de longa permanência para idosos, ou mesmo um idoso específico, não gera nenhum vínculo específico

de trabalho ou emprego. Enquadrar-se-á em trabalho voluntário, não tendo nenhum direito trabalhista específico decorrente.

Veremos a seguir os três tipos de vínculo e os respectivos direitos que o profissional cuidador pode ter.

[1] Cuidador de Idosos: EMPREGADO

Neste caso, apenas os cuidadores que trabalharem para as instituições (aqui, o patrão é empresa, e não uma pessoa específica) realizarão um contrato de trabalho, pois estes são considerados empregados!

Então, neste caso do cuidador – empregado, deve preencher tais requisitos, como: [1] pessoalidade (deve o cuidador, pessoalmente prestar os serviços), [2] subordinação (fazer o que o patrão pede e que esteja dentro dos seus afazeres, como dar os medicamentos na hora certa), [3] onerosidade (o patrão recebe os serviços e o empregado recebe o salário), [4] não eventualidade (tem-se a necessidade de ser contínuo e a depender do tipo de trabalho que o patrão necessita), [5] o empregado não corre o risco do patrão (no caso de que o patrão passar por dificuldades, ele não poderá deixar de pagar o salário do cuidador).

O contrato de emprego pode ser verbal ou não verbal e garante juridicamente todos os direitos pertencentes ao cuidador e ao patrão, devendo ser realizado quando o cuidador não é voluntário, ou seja, quando trabalha mediante o recebimento de salário e não trabalha para uma pessoa física específica.

Lembre-se que se trata de um pacto (acordo) realizado em que as partes (cuidador e o patrão) estabelecem as cláusulas (os direitos) relativas à relação de trabalho, no qual o empregado (cuidador) se obriga a prestar pessoalmente serviços não eventuais (ou seja, diários ou em dias alternados) a uma instituição (casa

de idosos, por exemplo), subordinando aos seus poderes e dele recebendo um salário¹.

Assim surgem as relações contratuais, as quais, ocorrem quando o cuidador de idosos (não voluntário), presta seu serviço mediante o recebimento de salário, situação essa em que é considerado empregado.

Então, ter um emprego é apenas uma condição das pessoas que possuem uma relação de trabalho, seja ela temporária ou permanente, em qualquer tipo de atividade econômica e mediante a realização de direitos e obrigações regulamentada pelas leis trabalhistas.

Essas relações têm por características a subordinação jurídica, em que o empregador impõe determinadas exigências ao cuidador. E o cuidador, por sua vez, deve ser pessoa física, sendo o seu serviço prestado apenas por ele mesmo, e o trabalho deve ser habitual, de forma contínua e mediante pagamento de salário.

Os direitos do cuidador/empregado estão previstos na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

[2] Cuidador de Idosos: TRABALHADOR DOMÉSTICO

Há a possibilidade de ser o cuidador comparável ao trabalhador doméstico. Neste caso, deve-se constatar a pessoa física que trabalha de forma pessoal, subordinada, continuada e mediante salário, para outra pessoa física ou família, que não explore atividade lucrativa, e no âmbito residencial desta.

Atente-se que, se o cuidador recebe salário para cuidar de um idoso a pedido de um filho (parente qualquer), na casa dela ou até mesmo na instituição em que o idoso estiver, sem

1 Decreto-Lei nº 5.425/43, CLT: Art. 3º – Considera-se empregado toda pessoa física que prestar serviços de natureza não eventual a empregador, sob a dependência deste e mediante salário.

que o patrão ganhe dinheiro com os serviços que o cuidador prestar, será considerado doméstico.

Aqui o cuidador de idosos para o Direito do Trabalho é considerado um trabalhador doméstico pelo fato de prestar serviços de natureza contínua e de finalidade não lucrativa à pessoa ou à família no âmbito residencial destas, conforme estabelecido pela Lei n.º 5.859, de 1972. Assim, assemelha-se ao mordomo, ao motorista, à governanta, à babá, ao jardineiro, à copeira, ao arrumador e ao cuidador em saúde².

O cuidador/empregado doméstico tem seus direitos regidos pela Lei 5.859/72 (regulamentada pelo Decreto n. 73.885/73 e pela Lei Complementar nº 150/2015), e tais direitos foram ampliados pelas disposições constantes no artigo 7º, Parágrafo Único, da Constituição Federal. No entanto, há de se frisar que o conteúdo estabelecido na Constituição Federal deverá ser interpretado restritivamente, visto que o legislador constituinte indicou de modo taxativo quais os direitos assegurados aos empregados domésticos.

Dos direitos

Os direitos dos cuidadores de idosos, na condição de doméstico, garantidos por Lei, são: [1] registro na CTPS, [2] salário mínimo; [3] irredutibilidade de salário; [4] garantia de salário, nunca inferior ao mínimo, para os que percebem remuneração variável; [5] décimo terceiro salário; [6] proteção do salário na forma da lei; [7] duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e 44 horas semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção coletiva de trabalho; [8] repouso semanal remunerado, preferencialmente aos domingos; [9] remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo, em cinquenta por cento à do

2 Cartilha do Trabalhador Doméstico. Ministério do Trabalho e do Emprego. Brasília/DF, 2013.

normal; [10] gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal; [11] licença à gestante, sem prejuízo de emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias; [12] licença paternidade; aviso prévio proporcional ao tempo de serviço, sendo no mínimo de trinta dias; [13] redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança; [14] aposentadoria; [15] reconhecimento das convenções e acordos coletivos de trabalho; [16] proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor, ou estado civil; [17] proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência; [18] proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito anos³.

Interessante a análise da Tabela elucidando direitos igualitários de cuidadores empregados e cuidadores domésticos

Tabela 1

Empregado doméstico e empregado urbano	
Antotação na CTPS – especificando as condições de trabalho.	As anotações devem ser efetuadas no prazo de 48 horas, após entregue a Carteira de Trabalho pelo(a) empregado(a) – no primeiro dia de trabalho, quando da sua admissão.
Aviso prévio	30 dias, com redução de 2h da jornada diária ou descanso durante 7 dias no decorrer do aviso.

3 Emenda Constitucional de n. 72/2013. Altera a redação do parágrafo único do art. 7º da Constituição Federal para estabelecer a igualdade de direitos trabalhistas entre os trabalhadores domésticos e os demais trabalhadores urbanos e rurais.

FGTS	8% sobre o salário do empregado. Com recolhimento para o empregado de 40%, se a demissão for sem justa causa, e de 20%, se a demissão for por culpa recíproca, do montante já arrecadado.
Jornada	Não superior a 8 horas diárias e 44 horas semanais.
Horário noturno	22h às 5h
Adicional noturno	20% do valor da hora normal.
Folga nos feriados civis e religiosos	Caso seja necessário trabalhar, deverá receber o pagamento do dia em dobro ou ter uma folga compensatória em outro dia da semana.
Repouso semanal remunerado	Pelo menos 1 vez a cada 3 semanas deve coincidir com o domingo.
13º salário	Sim.
Férias	30 dias, acrescidos de 1/3 de salário, após cada período de 12 meses de serviço prestado à mesma pessoa ou família, contados da data da admissão.
Férias proporcionais	Sim.
Licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário	120 dias de licença. (O salário-maternidade será pago pela empresa e compensado posteriormente nos recolhimentos à previdência social).
Estabilidade provisória empregada gestante	Desde a confirmação da gravidez até 5 (cinco) meses após o parto.
Licença-paternidade Vale-Transporte	5 dias corridos (art. 10, ADCT). Até 6% do salário contratado.
Seguro-Desemprego	Concedido, exclusivamente, ao empregado inscrito(a) no FGTS por um período mínimo de 15 meses nos últimos 24 meses contados da dispensa sem justa causa, que não está em gozo de qualquer benefício previdenciário de prestação continuada, excetuados auxílio-acidente e pensão por morte, e, ainda, que não possui renda própria de qualquer natureza.

Auxílio doença	Pago pelo INSS a partir do primeiro dia de afastamento. Deverá ser requerido, no máximo, até 30 dias do início da incapacidade. Caso o requerimento seja feito após o 30º dia do afastamento da atividade, o auxílio doença só será concedido a contar da data de entrada do requerimento (art. 72 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999).
Homologação Aposentadoria	Homologar a rescisão do contrato de trabalho com mais de 1 ano de prestação de serviços. Por invalidez – devendo passar por médico perito do INSS e somente após 12 meses de contribuição previdenciária. Por idade – homem com 65 anos e mulher com 60 anos, além de já ter efetuado 180 contribuições mensais (arts. 29, II, 51, 52, I, do referido Decreto).

Dos deveres

São deveres do cuidador, [1] agir com responsabilidade sendo assíduo e pontual ao trabalho, respeitando os horários de trabalho, [2] desempenhar suas tarefas conforme instruções do empregador, agindo sempre com respeito, atenção e cuidado com o idoso, [3] quando receber o salário, assinar recibo, para dar quitação do valor percebido, [4] ao se desligar do emprego, por demissão ou pedido de dispensa, o empregado deverá apresentar sua Carteira de Trabalho a fim de que o empregador proceda às devidas anotações, [6] quando o empregado pedir dispensa, deverá comunicar ao empregador sua vontade, com no mínimo antecedência de 30 dias, respeitando assim o aviso prévio⁴.

4 O aviso prévio é utilizado nos contratos por prazo indeterminado, nas hipóteses de rescisão do pacto laboral. Pág. 239. Direito do Trabalho. Renato Saraiva.

Adiante serão traçados tópicos que podem relacionar-se tanto com cuidador empregado simples (amparado pela CLT) quanto cuidador equiparado a empregado doméstico:

Final do vínculo de emprego

O contrato de trabalho pode ser encerrado, formalizando rescisão contratual, [1] quando o empregador e o cuidador resolvem sem justo motivo romper o pacto de emprego, [2] em razão de ato faltoso praticado por uma ou ambas as partes do pacto de emprego, como abandonar o trabalho ou se embriagar estando nele continuamente, [3] morte do empregador ou do empregado⁵.

Demissão SEM justa causa

Os direitos do cuidador quando for demitido sem justa causa são: [1] aviso prévio trabalhado ou indenizado, [2] saldo de salários, [3] indenização das férias integrais não gozadas, simples ou em dobro, acrescidas de um terço constitucional, [4] indenização de férias proporcionais, acrescidas do terço constitucional, [5] gratificação natalina, [6] indenização compensatória sobre os depósitos do FGTS, [7] levantamento do saldo existente na conta vinculada ao FGTS, [8] guias de seguro desemprego⁶.

Em caso de morte do cuidador, as verbas rescisórias poderão ser requisitadas pelos sucessores.

Demissão COM justa causa

Se for demitido com justa causa, o empregado perde direitos a título de rescisão, como aviso prévio, férias vencidas,

5 Situação apenas abordada no caso de empregado doméstico. No caso de empregador ser pessoa jurídica, a sucessão de empresas não é causa do fim do contrato.

6 Os itens 6, 7 e 8, embora assegurados aos domésticos por força da EC n. 72/2013, ainda carecem de lei regulamentando.

férias proporcionais, 1/3 de férias,^{13º} salário, FGTS, multa de 40% do FGTS e Seguro-Desemprego.

Caso tenha *menos de um ano* de carteira assinada o empregado demitido tem direito apenas ao salário família⁷ e ao saldo de salário mensal. Se tiver *mais de um ano* de serviço, tem direito a receber seu salário mensal, suas férias proporcionais, inclusive as vencidas, e também o salário família.

Contudo, para que o empregador demita por justa causa um empregado é fundamental que ele obtenha as provas do delito, ou até mesmo do motivo que o fez demitir o empregado como, por exemplo, o boletim de ocorrência, testemunhas, fotografias ou imagens gravadas através de câmeras de segurança, dentre outras formas que fundamentem o seu ato.

Pedido de demissão

Se pedir demissão, terá direito a: [1] saldo de salários, [2] indenização das férias integrais não gozadas, simples ou em dobro (conforme o caso concreto), acrescidas de um terço constitucional, [3] indenização das férias proporcionais, acrescidas de um terço constitucional, [4] gratificação natalina proporcional do ano em curso.

[3] Cuidador VOLUNTÁRIO, gera direitos trabalhistas?

O trabalho voluntário é regido pela lei n. 9.608/1998. É considerado serviço voluntário, a atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza, ou a instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade.

7 A ser regulamentado no caso do doméstico.

É importante lembrar que para fins trabalhistas o serviço voluntário não gera vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista previdenciária ou afim. Será exercido mediante a celebração de termo de adesão entre a entidade, pública ou privada, e o prestador do serviço voluntário, dele devendo constar o objeto e as condições de seu exercício.

Diz a lei que o trabalhador voluntário poderá ser ressarcido pelas despesas que comprovadamente realizar no desempenho das atividades voluntárias. Contudo, essas despesas deverão estar expressamente autorizadas pela entidade que for prestado o serviço voluntário.

Breves considerações finais do capítulo

Em breve resumo é possível afirmar que a pessoa do cuidador de idosos poderá estar inserido em três modalidades de sujeitos de direitos, empregado regido pela CLT, quando prestar serviços para pessoa jurídica e com fim de lucro; empregado equiparado a doméstico, quando prestar serviços para pessoa ou família sem fins lucrativos e, finalmente, quando o trabalho não tiver remuneração em virtude da prestação de serviços, será considerado trabalhador voluntário.

Referências

- BRASIL. *Consolidação das Leis Trabalhistas*: Decreto-Lei 5.452. Brasília: 1943.
- BRASIL. Lei Complementar nº 150/2015. Brasília: 2015.
- BRASIL. *Cartilha do Trabalhador Doméstico*. Ministério do Trabalho e do Emprego. Brasília: 2013.
- BRASIL. *Constituição Federal*. Brasília: 1988.
- CASSAR, Vólia Bomfim. *Direito do Trabalho*. 8. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense. São Paulo: Método, 2013.
- SARAIVA. Renato. *Direito do Trabalho*. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

UNIDADE 3

NOÇÕES

BÁSICAS

de

CUIDADO AO

IDOSO





CAPÍTULO 10
NOÇÕES BÁSICAS
DE ENFERMAGEM
DIRECIONADAS AO
IDOSO



Noções básicas de enfermagem direcionadas ao idoso

*Alcides Viana de Lima Neto
Bárbara Coeli Oliveira da Silva
Isaiane da Silva Carvalho
Vilani Medeiros de Araújo Nunes*

A enfermagem, entendida como ciência e arte de cuidar, é responsável por uma diversidade de ações que vão da atenção ao nascimento, passando pela infância, adolescência, idade adulta e continuando no processo de envelhecimento humano. Nesse sentido, é relevante que todos os profissionais de saúde envolvidos com o contexto dos cuidados ao idoso, sejam em qual for o ambiente, entendam sobre os cuidados que os profissionais de enfermagem podem aplicar com o objetivo de garantir que as necessidades de manutenção do estado de saúde dessa clientela sejam atendidas.

O objetivo deste capítulo é destacar os principais cuidados de enfermagem aplicados ao idoso e apresentar as formas que o cuidador, profissional atuante nos serviços que trabalham com idosos, pode auxiliar na aplicação dos mesmos. Vale ressaltar que, de acordo com a lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, a enfermagem é exercida privativamente pelo enfermeiro, pelo técnico de enfermagem, pelo auxiliar de enfermagem e pela parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação (BRASIL, 1986).

Ademais, destaca-se que a atuação do cuidador é indispensável, porém, os cuidados de enfermagem só devem ser efetuados por profissionais legalmente habilitados pelos Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs) que atuam nos respectivos estados brasileiros.

Para começar, é interessante ressaltar que os principais cuidados estão relacionados com o bem-estar e a busca pela autonomia e independência do indivíduo, pois, percebe-se que com o aumento da população idosa, houve um aumento no número de instituições de longa permanência que abrigam esse público. De acordo com um estudo realizado no Brasil, o processo de institucionalização acarreta perdas funcionais e cognitivas nos idosos que residem nessas instituições (NUNES, 2012). Neste sentido, os cuidados devem ser aplicados de forma adequada e por profissionais habilitados e capacitados.

Um dos cuidados importantes é a higienização. Ela deve ser motivada e praticada porque mantém o conforto do indivíduo e ajuda na prevenção de alguns tipos de infecção, como por exemplo, as bucais e as infecções do trato urinário. O idoso que possuir autonomia suficiente pode realizá-la sozinho. Devem ser fornecidas orientações sobre a importância da higiene da cavidade oral, cabelos, partes íntimas e demais partes do corpo. Quando o idoso está impossibilitado de realizá-la parcialmente, devido comprometimento motor ou cognitivo, o profissional de enfermagem, com o apoio do cuidador pode utilizar um carrinho de banho para realizar o banho de aspersão no banheiro. Idosos totalmente acamados podem tomar o banho no leito.

No momento do banho, alguns cuidados são necessários, como por exemplo: proteção dos ouvidos e cavidades nasais para prevenir aspirações de água e a massagem de conforto. Ao concluí-lo, devem ser realizados os curativos caso a pele não esteja íntegra, conforme rotinas médicas e de enfermagem.

Preconiza-se que idosos com mobilidade reduzida sejam mudados de posição, se possível, a cada 2 horas. Esta ação, associada com massagem de conforto, aplicação de cremes hidratantes, uso dos colchões de ar e alguns curativos especiais com placas de hidrocoloide auxiliam na prevenção do desenvolvimento de úlceras por pressão, conhecidas popularmente como escaras.

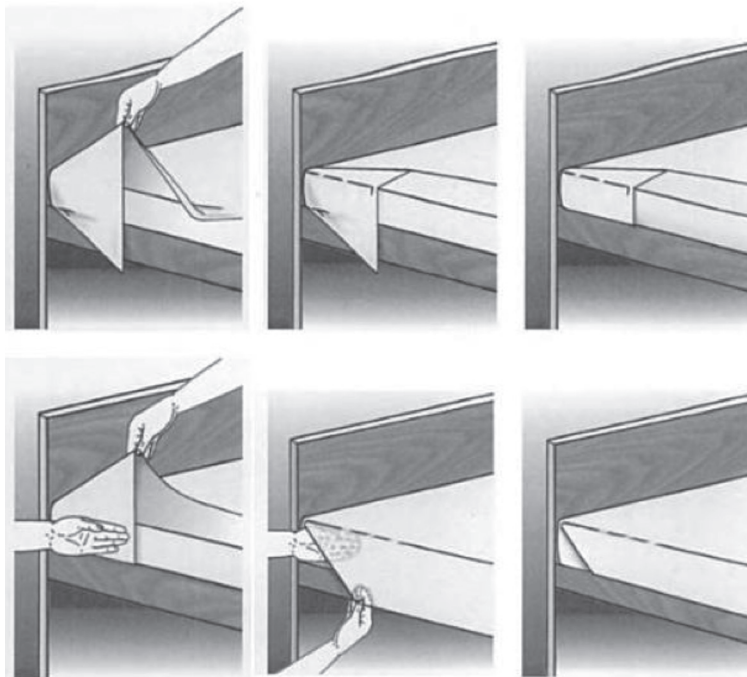
O cuidador deve estar atento quanto à arrumação da cama, pois realizada corretamente previne úlceras por pressão. Materiais necessários: 01 travesseiro, 02 lençóis, 01 cobertor, 01 fronha, 01 lençol para fralda, 01 rolo para costas, camisola ou pijama e 01 forro.

Mãos à obra, vamos agora para o passo a passo:

1. Lavar as mãos;
2. Calçar luvas;
3. Colocar a roupa na mesa de cabeceira;
4. Explicar o que se vai fazer ao idoso;
5. Desprender a roupa da cama, do lado do idoso e depois vir e ir soltando do outro lado;
6. Colocar o travesseiro sem fronha na mesa de cabeceira; colocar o idoso lateralizado protegido com o lençol de cima;
7. Enrolar o forro e lençol de baixo separadamente, até o meio da cama e sob o corpo do idoso;
8. Substituir o lençol de baixo, e o forro, pela roupa limpa;
9. Virar o idoso para o lado pronto, nunca expondo-o;
10. Passar para o lado oposto;
11. Retirar a roupa usada, retirar as luvas, e esticar os lençóis limpos, prendendo-os e fazendo os cantos;

12. Colocar a fronha no travesseiro, acomodando o idoso.

Figura 1 - Fazendo os cantos da cama



Fonte: PIANUCCI, 2002.

Além dos cuidados mencionados acima, deve-se ter um cuidado especial para evitar assaduras, isto é, inflamações cutâneas causadas pelo contato da pele com as fezes, urina e fralda geriátrica. Para evitá-las, o cuidador precisa fazer a higiene íntima todas as vezes que o idoso evacuar ou urinar, secando adequadamente as regiões e trocando a fralda, caso

ele utilize, procurar aparar os pelos pubianos com tesoura para facilitar a higiene íntima e manter a área mais seca.

Uma atenção importante deve ser dada também à administração de medicamentos que é um dos procedimentos mais importantes da assistência de enfermagem (NOGIMI, 2011). É essencial manter os medicamentos nas caixas originais, facilitando o controle da validade e a deglutição pelo idoso.

Em relação aos cuidados com o sono, evite oferecer o remédio no horário que ele dorme, pois interfere na qualidade do sono, também é preferível que o café e demais líquidos seja ofertado após 18 horas, para evitar que o idoso urine durante o sono.

A ocorrência de quedas tem sido considerada um problema de saúde pública, devido sua alta incidência, as consequentes complicações para a saúde e os custos assistenciais que provoca (PERRACINI; RAMOS, 2001). Para impedir que ela ocorra, simples atitudes devem ser tomadas, tais como, retirar tapetes, móveis baixos e fios que atrapalham a passagem e colocar cadeira de plástico no banheiro, caso indicado.

Assim também, cabe ao cuidador tratar o idoso com carinho, respeito, paciência, chamá-lo pelo nome, dar atenção, passar serenidade, e proporcionar o melhor para ele, com tranquilidade e segurança.

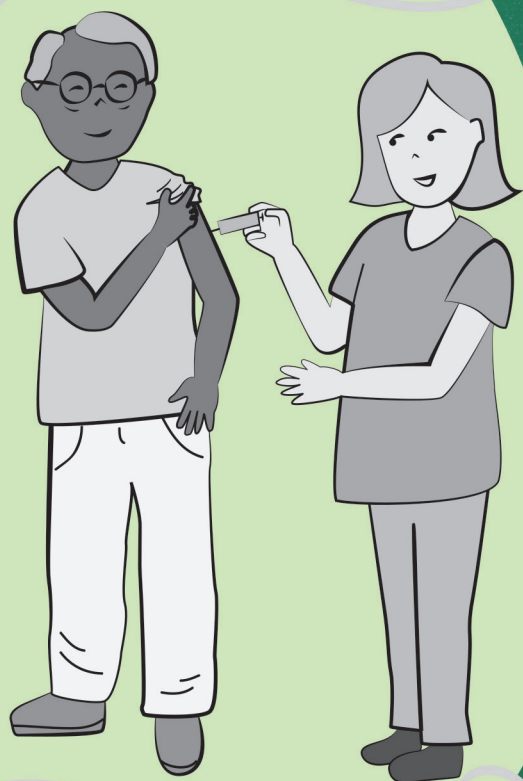
Referências

- BRASIL. *Lei 7.498*, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- NOGIMI, Z. Fundamentos de enfermagem. In: PORTO, A; VIANA, D. L. (Org.). *Curso didático de enfermagem*. 7. ed., São Paulo: Yend, v. 1, 2011. p. 116.
- NUNES, V. M. A. *Rastreamento cognitivo de idosos residentes em instituições de longa permanência*. Programa de Pós-Graduação em

Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte
[Tese]. 104p. Natal: 2012.

PERRACINI, M. R; Ramos, L. R. Fatores associados a quedas em uma
coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev. Saúde Pública*, São
Paulo, v. 36, n. 6, p. 709-16, 2002.

PIANUCCI, A. *Saber cuidar: procedimentos básicos em enfermagem*.
7. ed., São Paulo: SENAC, 2002. p. 55.



CAPÍTULO II

VACINAÇÃO

no 6

IDOSO



Vacinação no idoso

Alcides Viana de Lima Neto

Isaiane da Silva Carvalho

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

As vacinas garantem proteção contra muitas doenças. Algumas vacinas são aplicadas uma única vez e conferem proteção por toda vida. Entretanto, outras precisam ser reforçadas de tempo em tempo para manter sua ação protetora.

Quais são as vacinas mais importantes depois dos 60 anos?

Essa é a faixa etária de pessoas que certamente não tomaram vacina contra tétano na infância. Portanto, elas devem seguir o esquema básico de vacinação ou, se já foram vacinadas, fazer o reforço a cada dez anos. É bom pensar que esse pode ser um momento de risco para os idosos. Eles se aposentam e começam a dedicar-se a algumas tarefas que lhes dão prazer, a jardinagem, por exemplo. Cuidando de uma roseira, correm o risco de contrair a doença se ferirem a mão suja de terra nos espinhos ou nas ferramentas de jardim.

Quais vacinas são mais recomendadas?

- *Tétano* (vacina DT contra difteria e tétano) – caso nunca tenha sido aplicada, são necessárias três doses da vacina DT. Após as três doses, faz-se uma dose de reforço a cada dez anos.

- *Pneumococo* – confere proteção contra casos graves de pneumonia. Deve ser aplicada uma dose após os 60 anos de idade.
- *Gripe* – previne complicações graves da gripe, como pneumonia por exemplo. A vacina deve ser aplicada uma vez ao ano após os 60 anos.

Eles devem tomar também a vacina contra a hepatite B?

A vacina contra a hepatite B fica para segundo plano nessa faixa etária e passam a ter importância duas outras vacinas: a da gripe e a preventiva de pneumococos, popularmente chamada vacina da pneumonia.

Por que fazer a vacina da gripe todos os anos?

Porque os vírus influenza sofrem mutação e se modificam, havendo necessidade de repetir a vacina de acordo com os novos vírus que vão surgindo. Ainda, a vacina protege apenas por 12 meses, sendo necessário fazer uma nova aplicação após este período para manter a proteção.

A vacina da gripe causa gripe?

Não. É importante sabermos que gripe é uma doença causada pelo vírus influenza. Ela causa *febre alta*, coriza, dor muscular, dor de cabeça, tosse intensa e dificuldade para respirar. Manifestações mais leves que não apresentem febre *não são gripe*, são resfriados. A vacina previne contra a gripe, portanto, a pessoa pode ter algum tipo de *resfriado* mesmo tendo feito a vacina.

Vamos começar falando da vacina da pneumonia

A pneumonia, em particular a pneumonia pneumocócica acima dos 75, 80 anos, é uma das primeiras causas de mortalidade.

A vacina contra a pneumonia é uma vacina contra o pneumococo, o mais comum dos germes que causa a doença. Melhor dizendo, ela cobre 23 dos 90 pneumococos, os 23 mais comuns.

Sobre essa vacina, há um aspecto que merece ser destacado. Ela pode até falhar como prevenção da pneumonia por pneumococos, mas tem importante ação redutora do risco de disseminação dessa bactéria no corpo do doente. Tecnicamente, esse quadro recebe o nome de bacteremia, e pode evoluir para outro mais grave, a septicemia.

Pois bem, mesmo quando falha, essa vacina reduz muito o risco de que o pneumococo saia do pulmão, caia no sangue e circule pelo corpo inteiro da pessoa, aumentando consideravelmente a probabilidade de morte.

Essa vacina é indicada a partir de que idade?

No Brasil, essa vacina é indicada a partir dos 60 anos; nos Estados Unidos, aos 50, 55 anos. Alguns países, porém, optam por ministrá-la aos 65 anos.

O esquema de vacinação é complicado?

Não, é bastante simples. É uma dose única que deve ser reforçada cinco anos depois. Atualmente, começam a aparecer evidências de que vale a pena uma segunda dose de reforço dez anos depois da primeira ou cinco anos depois da segunda.

A vacina da gripe está cercada de dúvidas sobre sua eficácia. Muitas pessoas hesitam em tomá-la

A vacina da gripe tem muitas particularidades interessantes e está cercada de mitos favoráveis e desfavoráveis também. Primeiro, é útil saber que a gripe é causada pelo vírus da influenza e nada tem a ver com o resfriado comum. A confusão na hora de nomear as duas doenças ocorre até entre os médicos

e não há brasileiro que não diga que está gripado, quando dá alguns espirros, tem coriza, garganta arranhando e febre de 37,5°. Na verdade, isso não é gripe, é resfriado.

A gripe é uma doença de maior porte e intensidade, com risco de complicações e, eventualmente, de morte. Gripe é doença séria. Veja o surto epidêmico que ocorreu no inverno de 2004 nos Estados Unidos. No mês de dezembro, a cada 100 pessoas mortas no país, 9 tinham morrido por causa da gripe ou por complicações que dela advieram.

A vacina da gripe é tida como vacina que falha. Dois dias depois de ter tomado a vacina, a pessoa diz que apanhou a maior gripe da vida e que nunca mais vai tomar outra dose. Esse é o primeiro mito a ser desfeito. A vacina da gripe não dá gripe em hipótese nenhuma, porque não tem o vírus vivo. Entretanto, é frequente a pessoa tomar a vacina em plena estação sazonal da doença. O colega, o vizinho, os familiares estão com gripe e, com medo de ficar doente, ela toma a vacina quando já estava incubando o vírus da doença. Essa vacina pode falhar, mas mesmo quando falha, e no idoso falha mais do que no jovem adulto, reduz em um terço a necessidade de hospitalização e em 50% o risco de morte. Ou seja, a doença vem mais atenuada, menos intensa.

Como deve ser administrada essa vacina?

A proteção da vacina da gripe é melhor nos primeiros seis meses. Depois, sua eficácia decresce progressivamente e ao cabo de um ano praticamente perdeu seu efeito. Essa é uma das razões que justificam sua renovação anual. A outra diz respeito à composição da vacina. Ela sempre protege contra três vírus gripais que estão em constante mutação. Quando aparece um vírus novo, a vacina precisa ser atualizada. Entra o vírus novo na fórmula da vacina, sai geralmente o mais antigo e a vacina continua sendo trivalente.

O exemplo do que aconteceu nos Estados Unidos no inverno de 2004 é muito interessante. Quando a vacina foi fabricada, meses e meses antes, o vírus novo não tinha se manifestado e, conseqüentemente, não foi incorporado na vacina. Portanto, os americanos tomaram uma vacina em que faltava um componente para enfrentar o vírus novo, o principal agente da gripe, uma vez que 70% dos casos foram causados por ele. No entanto, a geração de vacinas que o Brasil recebeu já contemplou esse vírus novo, pois deu tempo de colocá-lo na composição das doses que foram distribuídas em 2005.

Qual a época do ano ideal para tomar a vacina da gripe?

No Brasil, o primeiro quadrimestre do ano, ou seja, de janeiro a abril, meses que antecedem o inverno, estação em que a transmissão do vírus é maior, porque as pessoas ficam contidas em ambientes mal ventilados e propícios para a transmissão do vírus.

Que complicações a vacina da gripe pode provocar?

As complicações são pouco frequentes. Estatisticamente, a taxa de reação está por volta de 1% a 2%. O mais comum são reações tranquilas, um pouco de dor muscular, pequena prostração, raramente uma febrícula. Em um ou dois dias, esses sintomas desaparecem.

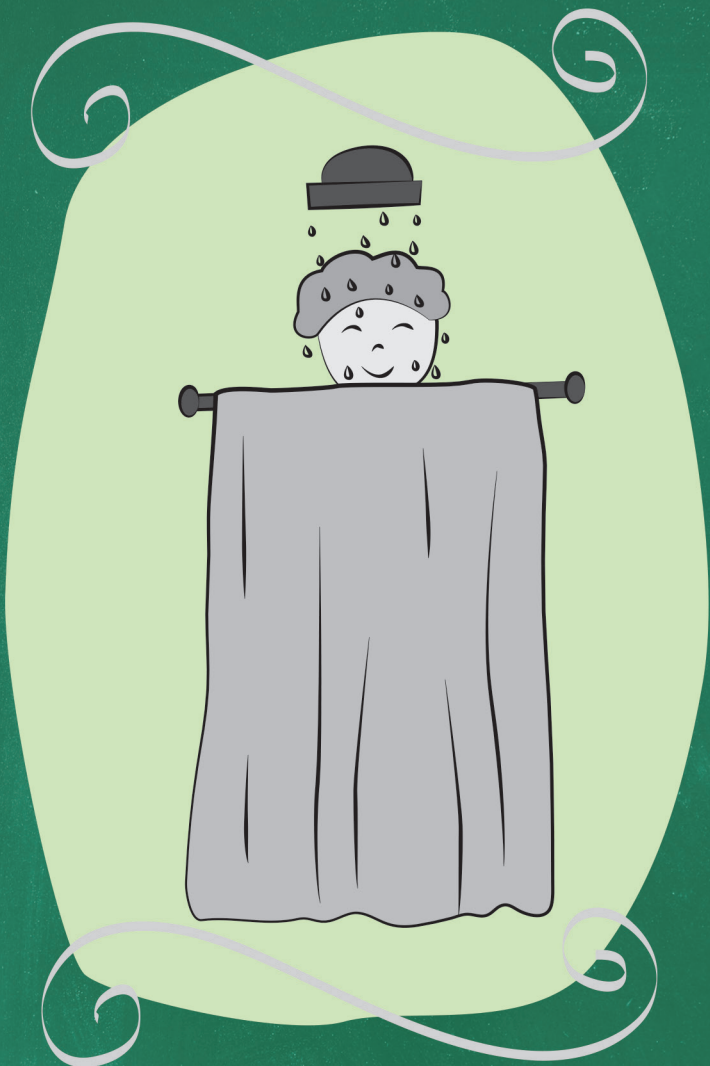
Quadro 1

60 anos e mais	Hepatite B⁽¹⁾ Grupos vulneráveis Vacina Hepatite B (recombinante)	Três doses	Hepatite B
	Febre Amarela⁽³⁾ Vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada dez anos	Febre amarela
	Influenza sazonal⁽⁵⁾ Vacina influenza (fracionada, inativada)	Dose anual	Influenza sazonal ou gripe
	Pneumocócica 23-valente (Pn23)⁽⁶⁾ Vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica)	Dose única	Infecções causadas pelo Pneumococo
	Dupla tipo adulto (dT)⁽²⁾ Vacina adsorvida difteria e tétano adulto	Uma dose a cada dez anos	Difteria e tétano

Fonte: PNI – Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde – Brasília.

Referências

SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. *40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 22, n. 1, mar. 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1448>.



CAPÍTULO 12

HIGIENE

corporal nos

IDOSOS



Higiene corporal nos idosos

*Amanda Karolina Torres de Medeiros Alves
Grasiela Piuvezam*

A higiene corporal além de proporcionar conforto e bem-estar se constitui um fator importante para recuperação da saúde. O banho deve ser diário, no chuveiro, banheira ou na cama. Procure fazer do horário do banho um momento de relaxamento.

Algumas pessoas idosas, doentes ou com incapacidades podem, às vezes, se recusar a tomar banho. É preciso que o cuidador identifique as causas. Pode ser que a pessoa tenha dificuldade para locomover-se, tenha medo da água ou de cair, pode ainda estar deprimida, sentir dores, tonturas ou mesmo sentir-se envergonhada de ficar exposta à outra pessoa, especialmente se o cuidador for do sexo oposto. É preciso que o cuidador tenha muita sensibilidade para lidar com essas questões. Respeite os costumes da pessoa cuidada e lembre que confiança se conquista, com carinho, tempo e respeito.

O que os cuidadores devem fazer para manter a higiene corporal do idoso?

a) Cuidado com rosto, corpo e mãos:

- A lavagem das mãos dos idosos é medida importante para evitar transmissão de doenças, deve ser feita de maneira

crateriosa e, muitas vezes, com o auxílio de um cuidador, sempre antes de se alimentar, após usar o sanitário.

- Comece a higiene pelo rosto, limpando delicadamente os olhos com água, de dentro para fora.
- Espalhe sabonete e limpe a pele por esta ordem: rosto, pescoço, corpo (deve ser prestada especial atenção às pregas da pele), mãos, braços, axilas.

b) Cuidados com a região genital:

- Espalhe creme/espuma de limpeza.
- Proceda sempre da frente para trás.

c) Cuidados com as pernas e pés:

- Espalhe creme/espuma de limpeza diretamente.
- O movimento é sempre das coxas para os pés.

d) Cuidados gerais na higiene corporal do idoso:

- O banho, além de refrescar o corpo, tem o objetivo de incentivar a criação de hábitos higiênicos, promovendo a saúde. Sua frequência está relacionada à temperatura da estação do ano.
- Vista o seu idoso de forma adequada, tendo em conta as suas preferências e desejos, bem como a temperatura no exterior. As roupas devem ser trocadas diariamente e ser da escolha do idoso. Nunca deve ser de uso coletivo, pois fazem parte da identidade de cada um.
- Mantenha o armário arrumado.
- Retire as coisas sujas do quarto e areje o quarto se puder.
- Arrume as coisas usadas.

- Se tiverem usado luvas, retire-as e lave as mãos antes de começar qualquer outra atividade.
- Os objetos de higiene pessoal devem ser de uso individual e exclusivo.
- A higiene dos cabelos deve ser feita no mínimo três vezes por semana. Diariamente inspecione o couro cabeludo observando se há feridas, piolhos, coceira ou áreas de quedas de cabelo.
- O banho de chuveiro pode ser feito com a pessoa sentada numa cadeira de plástico com apoio lateral colocada sobre tapete antiderrapante, ou em cadeiras próprias para banhos, disponíveis no comércio.

O que os familiares devem fazer para manter a higiene corporal do idoso?

- Avalie a capacidade do seu idoso para colaborar e mantenha os seus hábitos de higiene tanto quanto possível (uso de desodorizantes, loções pessoais etc.). Todos os cuidados de higiene, como banho, higiene dos cabelos, unhas, barba, boca, dentes e próteses, devem ser na medida do possível, realizados pelo próprio idoso, a fim de preservar sua habilidade. Quando necessário, o auxílio deve ser feito de forma que preserve a dignidade e individualidade do mesmo, sem exposição durante o banho e sempre que possível, respeitar o hábito do idoso, como uso de batons, esmaltes, penteados entre outros.
- Informe ao seu idoso sobre aquilo que está a fazer e o que pretende fazer. Desta forma, assegura-se que ele estará preparado.
- Lave bem as mãos e use luvas limpas para garantir o cumprimento das regras de higiene.

- Respeite a privacidade e a dignidade (feche a porta e exponha apenas as partes do corpo que precisem de limpeza).
- Não faça interrupções desnecessárias.
- Garanta a segurança, a privacidade e o conforto.
- Ofereça a ajuda necessária e ensine: estimule o seu idoso a tomar parte ativa ao realizar a higiene pessoal.
- É essencial a sua atenção, cuidado, paciência, apoio e respeito durante a realização destas rotinas, extremamente importantes e significativas no cotidiano do seu idoso.

Quais os cuidados específicos no banho dos idosos?

Como proceder no banho de chuveiro com auxílio do cuidador?

- Separe antecipadamente as roupas pessoais.
- Prepare o banheiro e coloque num lugar de fácil acesso os objetos necessários para o banho.
- Regule a temperatura da água.
- Mantenha fechadas portas e janelas para evitar as correntes de ar.
- Retire a roupa da pessoa ainda no quarto e a proteja com um roupão ou toalha.
- Evite olhar para o corpo despido da pessoa a fim de não constrangê-la.
- Coloque a pessoa no banho e não a deixe sozinha por que ela pode escorregar e cair.
- Estimule, oriente, supervisione e auxilie a pessoa cuidada a fazer sua higiene. Só faça aquilo que ela não é capaz de fazer.

- Após o banho, ajude a pessoa a se enxugar. Seque bem as partes íntimas, dobras de joelho, cotovelos, debaixo das mamas, axilas e entre os dedos.
- Seque com leves toques com uma toalha, prestando especial atenção às pregas da pele (virilhas e debaixo dos seios, evitando feridas e irritações da pele).
- Aplique uma loção hidratante em todo o corpo.
- Aproveite para prestar atenção à pele do seu idoso, para diagnosticar precocemente possíveis problemas.
- Não se deve esquecer da higiene oral, devendo lavar sempre a boca e dentes, ou se tal não for possível, lavar com uma solução adequada.
- Vista o seu familiar ou amigo de forma adequada, tendo em conta os seus gostos e a temperatura no exterior.

Como proceder no banho do idoso acamado com auxílio do cuidador?

- Quando a pessoa não consegue se locomover até o chuveiro o banho pode ser feito na cama.
- Caso a pessoa seja muito pesada ou sinta dor ao mudar de posição, é bom que o cuidador seja ajudado por outra pessoa no momento de dar o banho no leito. Isso é importante para proporcionar maior segurança à pessoa cuidada e para evitar danos à saúde do cuidador.
- Antes de iniciar o banho na cama, prepare todo o material que vai usar: papagaio, comadre, bacia, água morna, sabonete, toalha, escova de dentes, lençóis, forro plástico e roupas.
- É conveniente que o cuidador proteja as mãos com luvas de borracha. Existe no comércio materiais próprios para

banhos, no entanto o cuidador pode improvisar materiais que facilitem a higiene na cama.

- Antes de iniciar o banho cobrir o colchão com plástico.
- Iniciar a higiene corporal pela cabeça.
- Com um pano molhado e pouco sabonete, faça a higiene do rosto, passando o pano no rosto, nas orelhas e no pescoço. Enxágue o pano em água limpa e passe na pele até retirar toda a espuma, secar bem.
- Lave com um pano umedecido e sabonete os braços, não se esquecendo das axilas, as mãos, tórax e a barriga. Seque bem, passe desodorante, creme hidratante e cubra o corpo da pessoa com lençol ou toalha. Nas mulheres e pessoas obesas é preciso secar muito bem a região em baixo das mamas, para evitar assaduras e micoses.
- Faça da mesma forma a higiene das pernas, secando-as e cobrindo-as. Coloque os pés da pessoa numa bacia com água morna e sabonete, lave bem entre os dedos. Seque bem os pés e entre os dedos, passe creme hidratante.
- Ajude a pessoa a deitar de lado para que se possa fazer a higiene das costas. Seque e massageie as costas com óleo ou creme hidratante para ativar a circulação.
- Deitar novamente a pessoa com a barriga para cima, colocar a comadre e fazer a higiene das partes íntimas. Na mulher é importante lavar a vagina da frente para trás. No homem é importante descobrir a cabeça do pênis para que possa lavar e secar bem. A higiene das partes íntimas deve ser feita no banho diário e também após a pessoa urinar e evacuar, assim se evita umidade, assaduras e feridas (escaras).
- É importante usar um pano macio para fazer a higiene e lembrar que as partes do corpo que ficam em contato com o colchão estão mais finas e sensíveis e qualquer

esfregada mais forte pode provocar o rompimento da pele e a formação de feridas (escaras).

Como fazer lavagem dos cabelos com idoso deitado?

- Cobrir com plástico um travesseiro e coloque a pessoa com a cabeça apoiada nesse travesseiro que deve estar na beirada da cama.
- Ponha, embaixo da cabeça da pessoa, uma bacia ou balde para receber a água.
- Molhe a cabeça da pessoa e passe pouco shampoo.
- Massageie o couro cabeludo e derrame água aos poucos até que retire toda a espuma.
- Seque os cabelos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 64.

FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011.

Site consultado

<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/25serie_higiene3.html>



CAPÍTULO 13

HIGIENE

bucal nos

IDOSOS



Higiene bucal dos idosos

Isabela Dantas Torres de Araújo

Myla Marilana Freire da Cunha

Grasiela Piuvezam

A população mundial está envelhecendo e isso se torna um grande desafio social que é envelhecer com qualidade de vida. Nesse contexto, a saúde bucal é de grande importância porque ao ser comprometida pode afetar a nutrição, a autoestima, o bem-estar físico e mental e a vida social do idoso (ARAÚJO, 2012).

Desse modo, ao envelhecer, sofremos alterações naturais como, por exemplo, diminuição da resistência às doenças, a pele fica mais fina e frágil, os ossos ficam mais frágeis, há diminuição da produção de saliva dificultando a deglutição e dando a sensação de boca seca, há maior susceptibilidade à formação de placas bacterianas e cárie, além de alterações na fala e mastigação causadas pela perda dos dentes e utilização de próteses (FREITAS, 2006).

Somando-se a esse contexto, temos o fato de que muitos idosos vivem em Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) e que necessitam de cuidados especiais para manter a qualidade de vida que essas pessoas merecem. Portanto, este capítulo está direcionado aos cuidadores dos idosos que residem em ILPIs a fim de orientá-los a como proceder com os cuidados à higienização oral dessas pessoas.

O que é saúde bucal?

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), ter saúde bucal implica estar livre de dor na face, de câncer bucal, de lesões dos tecidos moles bucais, de defeitos adquiridos durante a gestação como fendas labiais e/ou palatinas e de outras doenças que afetam os tecidos bucais e dentais que incluem, entre outras, cárie e periodontite (FREITAS, 2006).

O que é higiene oral?

A higiene oral tem por finalidades prevenir doenças dentárias, periodontais e infecções, eliminar restos alimentares e micro-organismos, estimular a circulação sanguínea local, evitar mau hálito e proporcionar sensação agradável de limpeza e conforto (DUARTE, 2009).

Se não for realizada, pode ocasionar problemas como cárie, acúmulo de placa bacteriana a qual causa mau hálito e sangramento gengival, hipersensibilidade dos dentes dificultando a alimentação e a hidratação, além de causar infecções.

O que é a cárie e como preveni-la?

A cárie é uma doença infectocontagiosa, multifatorial decorrente de um processo social, em que alguns fatores podem também influenciar o aparecimento da doença, como sexo, idade, nível socioeconômico e condições de saúde geral (SORAGGI, 2007).

Para preveni-la, torna-se necessária a adoção de medidas preventivas, objetivando evitar novas lesões, interrompendo o processo nos estágios iniciais da doença (SORAGGI, 2007). Essas medidas preventivas incluem levar em consideração o tipo de dieta que o indivíduo possui, ou seja, uma dieta cariogênica (rica em carboidratos como o açúcar) ou não cariogênica e a frequência da ingestão desses alimentos cariogênicos. Isso tudo porque é devido à ingestão sistemática e cada vez mais frequente

de alimentos cariogênicos pelo ser humano que a cárie dentária estabeleceu-se na população mundial de uma forma endêmica. Além disso, o controle mecânico da placa bacteriana torna-se imprescindível para a prevenção da cárie (LIMA, 2007).

Figura 1



Fonte: <http://fastdental.blogspot.com.br/>

O que os cuidadores devem observar nos idosos?

Os cuidadores devem estar atentos às diversas necessidades e queixas dos idosos como, por exemplo, as dificuldades para comer, sorrir, falar pouco, sensação de boca seca ou de ardor/queimação na boca e o hábito de comer alimentos muito moles. Essas situações podem ter como causa a dor nos dentes naturais ou na gengiva devido a alimentos frios ou quentes, ou por causa de raízes dos dentes expostas, feridas em alguma região da boca (língua, bochecha, céu da boca), lesões que não são vistas sem exame radiográfico como abscessos e até mesmo por causa das próteses que machucam por estarem mal adaptadas à boca do idoso (JITOMIRSKI, 1997).

Quais são os problemas mais frequentes na boca do idoso?

- *Doença periodontal*: também chamada de piorreia, é a maior causa de perda de dentes em idosos (JITOMIRSKI, 1997). É uma infecção envolvendo locais únicos ou múltiplos na cavidade oral levando à perda dos tecidos de suporte dos dentes devido ao acúmulo de placa bacteriana e tártaro ao redor dos dentes. Geralmente é crônica e pode persistir na ausência de tratamento (SILVA, 2006).
- *Candidíase*: é uma infecção fúngica que tem aparência de “leite coalhado” ou sapinho e que é facilmente removida com a utilização de uma gaze. São lesões brancas que podem ser indolores ou podem apresentar dor ou ardência. Podem ser causadas pela baixa resistência da pessoa, ou pela higiene deficiente das dentaduras, que deverão ser muito bem escovadas (JITOMIRSKI, 1997; MANGUEIRA, 2010; ARAÚJO, 2006).

Figura 2



Fonte: <http://odontosimoes.blogspot.com.br>

- *Boca seca*: também conhecido como xerostomia, geralmente é causada por certos medicamentos ou por causa de doenças sistêmicas. Como consequências desagradáveis há dificuldade para mastigar e engolir e as dentaduras não apresentam retenção. Os idosos com esse sintoma têm maior risco de apresentar cáries devido à diminuição da quantidade de saliva que tem como função prevenir a cárie (JITOMIRSKI, 1997; LUCENA, 2010).

Figura 3



Fonte: <http://detododental.blogspot.com.br>

- *Raízes dentárias expostas*: podem ser locais muito sensíveis ao frio e ao ácido (JITOMIRSKI, 1997).
- *Feridas ou úlceras de longa duração*: podem ser causadas por dentes fraturados, dentaduras com bordas afiadas ou quebradas (JITOMIRSKI, 1997).
- *Escorrimento de saliva*: também chamada de sialorreia, é o aumento do fluxo salivar que ultrapassa a margem da boca, de forma involuntária e passiva. Pode ser consequência de algumas doenças como Parkinson, doenças neuromusculares, paralisia cerebral ou por dentaduras mal adaptadas (CORSO, 2011; JITOMIRSKI, 1997).

O que os cuidadores devem fazer ao se depararem com esses problemas?

Os cuidadores devem registrar as alterações que forem descobertas e procurar pelo dentista atuante na ILPI para que ele faça os devidos procedimentos a fim de tratar esses problemas.

Os idosos residentes em ILPIs podem se sentir abandonados nessas instituições e, muitas vezes, pelo próprio fato de não possuírem mais dentes, acham que não há necessidade de escová-los. Portanto, é importante que o cuidador incentive esse idoso a fazer a higienização oral e que lhe ensine a importância de tal ação para melhorar a qualidade de vida e prevenir futuras doenças.

O que os cuidadores devem fazer ao higienizar a boca do idoso?

Ao realizar a higiene oral do idoso, o cuidador deve observar atentamente a boca, à procura de qualquer alteração, como lesões brancas ou vermelhas, feridas, gengivas que sangram, placas bacterianas e tártaro (JITOMIRSKI, 1997). Essas alterações devem ser registradas pelo cuidador e deverão ser examinadas pelo dentista que atua na Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI) na qual o idoso reside, para que sejam tomadas as devidas providências.

Qual a conduta que o cuidador deve seguir para higienizar a boca, os dentes naturais e as dentaduras dos idosos?

O cuidador deve utilizar o momento em que o idoso esteja receptivo e relaxado para que a higienização seja efetiva e deve sempre usar luvas ao realizar a escovação da boca do idoso, além de sempre procurar a melhor posição para realizar tal ação. O idoso deve remover dentaduras e pontes antes da higienização oral e tem que estar numa posição confortável e de frente para a pia com espelho ou com uma bacia e espelho de mão para que possa ver a higienização e aprender como deve ser feita (JITOMIRSKI, 1997).

Como deve ser realizada a higiene oral do idoso?

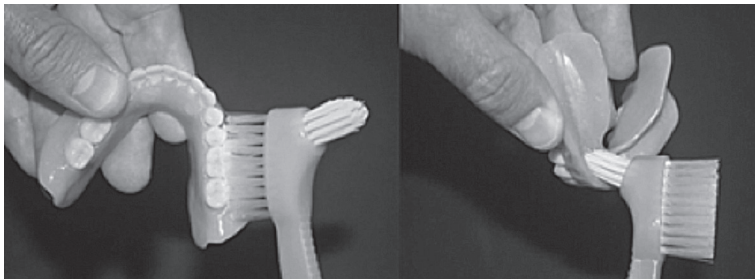
Para realizar a higiene oral do idoso preconiza-se que seja realizada ao acordar, após as refeições e antes de dormir. Essa recomendação é aplicada tanto para dentes naturais como para dentaduras. No caso destas, podem ser utilizadas para higiene escovinhas duras, pois tornam a limpeza mais fácil e eficiente (DUARTE, 2009).

Figura 4



Fonte: <http://www.nedo.com.br>

Figura 5



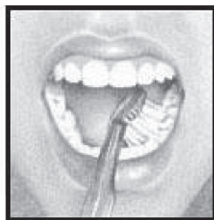
Fonte: <http://www.aprocura.com.br>

O idoso que não puder realizar a escovação dos dentes no banheiro deve estar posicionado sentado (ângulo de 45°) ou deitado com a cabeça lateralizada. A escovação dos dentes naturais é realizada com movimentos firmes, de varredura, em um ângulo de 45° entre as cerdas da escova e a gengiva, tanto nos dentes superiores como nos inferiores, com o intuito de limpá-los e massagear a gengiva, tanto nos dentes superiores como nos inferiores, com o intuito de limpá-los e massagear a gengiva (DUARTE, 2009). A língua também deve ser higienizada a fim de remover restos de alimentos e saburra.

Figura 6



1) Posicione a escova em um ângulo ao longo da linha da gengiva. Faça movimentos vibratórios. Repita o movimento para cada dente.



2) Escove a superfície interna de cada dente, usando o movimento descrito na Etapa 1.



3) Escove a superfície de mastigação de cada dente.



4) Use as pontas das cerdas para escovar a parte de trás de cada dente.



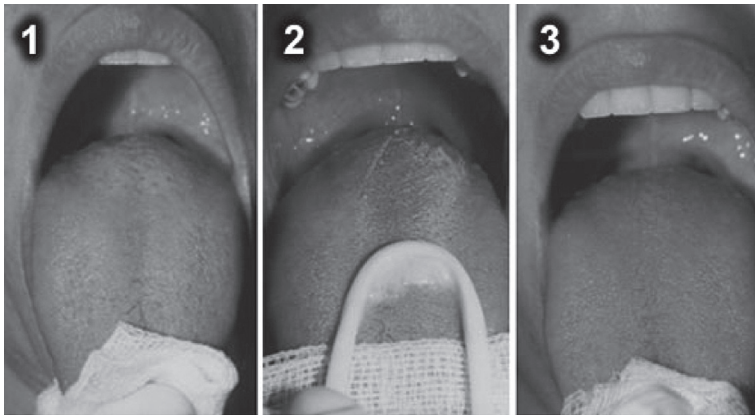
5) Não esqueça de escovar a língua.

Fonte: <http://www.aprocura.com.br>

Existem, no mercado, dispositivos próprios para a higienização da língua, mas caso não seja possível a obtenção desses dispositivos, pode ser utilizada a escova de dentes ou uma

espátula envolvida em gaze. Os movimentos devem ser suaves em um único sentido (de dentro para fora) para evitar náuseas (vontade de vomitar). Após a escovação, a boca tem de ser enxaguada com água limpa, que deve ser despejada em recipiente próprio (DUARTE, 2009).

Figura 7



Fonte: <http://www.oralshelena.com.br>

Para realizar a limpeza das dentaduras, deve-se utilizar uma escova convencional com cerdas duras ou escova elétrica combinada com alguns agentes auxiliares como água e sabão ou pasta de dente e no uso de ultrassom.

O cuidador deve incentivar e orientar o idoso a retirar a dentadura, higienizá-la e colocá-la em um recipiente com uma solução de 15ml de hipoclorito de sódio com concentração de 2-3% (água sanitária convencional) diluídos em 300ml de água durante, no máximo, 15 a 20 minutos diários. Decorrido esse tempo, as dentaduras devem ser enxaguadas e imersas em água fria durante toda a noite a fim de tirar o gosto e odor desagradáveis (GONÇALVES, 2011).

Referências

- ARAÚJO, I. D. T. *et al.* Odontologia e Abordagem Interdisciplinar na atenção integral ao idoso relacionado às principais alterações orais. *Com. Ciências Saúde.* 2012; 23(1): 81-92.
- ARAÚJO, R. R. *et al.* Perfil da Candidíase Bucal em Clínica Estomatológica. *Arquivo Brasileiro de Odontologia*, 2006.
- CORSO, B. L. *et al.* Abordagem terapêutica na sialorreia em paralisia cerebral: revisão sistemática. *Med. Reabil.*; 30(1): 9-13, 2011.
- DUARTE, Y. A. O. Manual dos formadores de cuidadores de pessoas idosas. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009.
- FREITAS, E. V., XAVIER, F. A. Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- GONÇALVES *et al.* Higienização de Próteses Totais e Parciais Removíveis. *R. Bras. Ci. Saúde* 15(1): 87-94, 2011.
- JITOMIRSKI, F., JITOMIRSKI, S. O que os cuidadores de idosos precisam saber sobre a saúde bucal. Associação Brasileira de Odontologia, Curitiba, 1997. 20p. ilustr.
- LIMA, J. E. O. Cárie dentária: um novo conceito. *R. Dental Press. Ortodon. Ortop. Facial.* Maringá, v. 12, n. 6, p. 119-130, nov./dez., 2007.
- LUCENA, A. A. G. *et al.* Fluxo salivar em pacientes idosos. *RGO – Ver. Gaúcha Odontol.*, Porto Alegre, v. 58, n. 3, p. 301-305, jul./set., 2010.
- MANGUEIRA *et al.* Candidose Oral. *R. Bras. Ci. Saúde* 14(2): 69-72, 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- RBAC, v. 38(3): 207-210, 2006.
- SILVA, C. H. P. M. Características da microbiota subgingival em pacientes com periodontite.
- SORAGGI, M. B. S. *et al.* A Cárie Dentária e suas Condicionantes em Crianças de uma Escola Pública Municipal em Niterói, RJ. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.*, João Pessoa, v. 7, n. 2, p. 119-124, maio/ago., 2007.



CAPÍTULO 14
PREVENÇÃO DE

LESÕES DE PELE NO
IDOSO



Prevenção de lesões de pele no idoso

*Ana Helena Saraiva Maia
Francisco Ademar Fernandes Junior
Jussara Paiva Nunes*

Introdução

A pele é considerada o maior órgão do ser humano, cobre quase completamente o corpo, exceção feita aos orifícios genitais, boca, ânus e olhos, onde recebe o nome de mucosa. É a casa do nosso corpo, o templo do nosso espírito, e é indispensável à nossa sobrevivência.

Constitui-se de duas camadas principais: uma camada epitelial superior, chamada **epiderme**, e uma camada intermediária, a **derme**. Logo abaixo dessas duas camadas da pele surge a **hipoderme** ou tecido subcutâneo.

A pele possui várias funções, que podem ser interrompidas ou prejudicadas na presença de lesões, causando sérios danos ao ser humano em qualquer etapa da vida. São funções da pele (DEALEY, 2001).

- **Proteção:** é uma barreira física contra micro-organismos, infecções e perda excessiva de líquidos.
- **Sensibilidade:** suas terminações nervosas permitem sentir sensação de dor, pressão, calor e frio.
- **Termorregulação:** regula a temperatura corporal através de vasoconstrição, vasodilatação e sudorese.

- Sustentação de estruturas e órgãos internos;
- Secretora: possui glândulas sebáceas e sudoríparas;
- Absorção de medicamentos;
- Identificação: possui valores estéticos, e agrega sentimentos e sensação de autoestima.
- À medida que envelhecemos, nossa pele também envelhece e consequentemente nos tornamos mais susceptíveis a “doenças” relacionadas à pele. As células da pele vão sofrendo alterações: a espessura da epiderme e a elasticidade da derme diminuem, ocorre redução dos vasos sanguíneos e das terminações nervosas, resultando em alterações da sensibilidade e, consequentemente, maior risco de traumatismos, queimaduras e lesões (úlceras diabéticas, úlcera por pressão, assaduras) (CAMPINAS, 2004).

O idoso apresenta também resposta inflamatória baixa e alteração na velocidade de circulação sanguínea, o que contribui para retardo no processo de cicatrização. Quando a integridade da pele é alterada, aparece uma lesão ou ferida e desde o momento inicial do surgimento da lesão o organismo reage e começa a trabalhar o processo de cicatrização.

Diversos fatores modificam as características normais da pele nas diferentes fases da vida, por exemplo: exposição a raios solares, tabagismo, hidratação, medicamentos e idade; tornando-a mais susceptível a lesões.

Assim, manter a integridade cutânea é de extrema importância para que o organismo possa se defender das diversas alterações ou mudanças às quais a pessoa está exposta no dia a dia.

Neste capítulo abordaremos como o cuidador pode contribuir para prevenção das principais lesões de pele no idoso.

Como o cuidador deve atentar para o aparecimento de feridas?

O idoso tem a pele frágil, portanto, promover cuidados diários a este idoso deve ser numa tarefa árdua e constante. O cuidador deve inspecionar a pele do idoso diariamente, para detectar possíveis alterações, um bom momento para a realização desta inspeção é durante o banho.

O cuidador deve procurar servir como a visão que o idoso já não mais possui. Deve procurar ter cautela na investigação do aparecimento de feridas. Para tanto, deve ter um olhar cuidadoso, e estar sempre alerta para sinais de indicação de prováveis feridas futuras:

- Presença de manchas, de hematomas, de escoriações;
- Presença de edemas (inchaço);
- Surgimento de bolhas, de feridas;
- Surgimento de assaduras, principalmente nas áreas de dobras, abaixo das mamas e região inguinal (virilhas);
- Odores desagradáveis;
- Aparecimento de secreções (sangue, pus);
- Observar vermelhidão nas áreas de proeminências ósseas;
- Detectar pele úmida (permanência de urina, fezes, suor).

Que cuidados o cuidador pode tomar para evitar o surgimento de feridas e lesões?

Existem alguns cuidados gerais que o cuidador pode sempre ter para evitar o surgimento de lesões e feridas:

- Banho rápido, de preferência com água morna;
- Não usar buchas, devido a fragilidade da pele;
- Usar sabonetes neutros, de preferência sabonetes líquidos;

- Trocar fraldas sempre que necessário, buscando evitar umidade em região perianal;
- Fazer higiene a cada troca de fralda, com pano umedecido com água;
- Hidratar a pele diariamente com hidratante (pouca quantidade);
- Evitar colocar fitas adesivas na pele (esparadrapo, micropore);
- Ao mudar a pessoa de lugar ou de posição (mudança de decúbito), fazer com muito cuidado, evitando que a pele roce no lençol ou na cadeira, pois a pele está muito fina e frágil e pode se ferir;
- Realizar mudanças de posição do idoso pelo menos a cada três horas;
- Manter as roupas da cama e do idoso limpas e bem esticadas, pois as rugas e dobras da roupa podem ferir a pele;
- NÃO fazer massagens em proeminências ósseas;
- NÃO arrastar o paciente na cama.

Que cuidados o cuidador deve ter durante o tratamento de lesões e feridas?

Uma das principais preocupações com a pele do idoso é o surgimento de lesões, com destaque para as úlceras de pressão que acometem o idoso acamado. O surgimento de lesões se transforma num grande sofrimento para o idoso e familiares, e um desafio para cuidadores e profissionais de saúde.

Nesse sentido, faremos aqui algumas recomendações em relação aos cuidados de feridas, e o que deve ou não ser feito pelo cuidador (BRASIL, 2008).

- A prevenção é ação de maior impacto. Por isso, sempre atente aos cuidados gerais para evitar o aparecimento de lesões (já citados acima);
- Detecção precoce (no início) das lesões também é muito importante. Quanto mais rápido for detectada a lesão, mais fácil se torna seu tratamento;
- Comunicar imediatamente aos familiares e profissionais de saúde (médico/enfermeiro que acompanha o paciente);
- Manter a lesão limpa, evitando contaminações de fezes e urina;
- *NÃO* molhar durante o banho (toda a sujeira do corpo vai para o leito da ferida);
- *NÃO* esfregar gazes dentro da ferida (causa dor e sangramento e dificulta a cicatrização);
- *NÃO* colocar na ferida: povidine (PVPI), água oxigenada, clorexidina, hipoclorito de sódio (água sanitária), ácido acético (vinagre);
- Só iniciar uso de agentes tópicos (pomadas, cremes, coberturas), com prescrição do médico ou enfermeiro.

O que pode prejudicar a cicatrização da ferida?

É importante lembrar ao cuidador que, quanto maior o tempo de evolução da ferida, mais tempo ela vai levar para cicatrizar. E quanto mais tempo uma ferida passar aberta, maior o risco de infecção. Sendo assim, o cuidador do idoso deve estar sempre atento para identificar fatores que podem comprometer a cicatrização da ferida.

Idosos que passam muito tempo deitados ou em uma mesma posição acabam exercendo maior pressão sobre uma mesma região do corpo. Isso acaba levando a uma diminuição

da quantidade de sangue que chega ao local. Se a lesão estiver nesse local, a cicatrização pode ser prejudicada.

A presença de infecção na ferida também prejudica a cicatrização, ainda mais quando possui algum objeto associado, em contato direto com a ferida. Inchaço, principalmente nas pernas, pode diminuir a circulação e atrasar a cicatrização.

Algumas vitaminas e nutrientes são necessários para a cicatrização correta. A nutrição é, então, um fator importante. Porém, nós sabemos que nem sempre é possível prover ao idoso uma boa alimentação, seja por algum problema de saúde ou porque ele próprio não quer comer. Sendo assim, é preciso estar atento ao estado nutricional dele.

A presença de diabetes afeta a circulação do sangue, fazendo com que seu fluxo fique prejudicado e torne a cicatrização mais lenta. O hábito de fumar também prejudica a cicatrização, porque torna a troca de gases no pulmão menos eficiente, diminuindo o suprimento que chega à ferida.

Além desses fatores principais, há também aquele influenciado pelo próprio cuidador. Uma limpeza da ferida mais grosseira, o atrito com a gaze, uma pressão muito alta quando se aplica jatos de água, todos esses fatores são responsabilidades do cuidador, e podem atrasar a cicatrização da ferida.

Importante!

- Ao fazer a higiene corporal, evite esfregar a pele com força, pois isso pode romper a pele. Faça movimentos suaves, use pouca quantidade de sabonete e enxágue bem, para que a pele da pessoa não fique ressecada (BRASIL, 2008);
- A úlcera por pressão surge de uma hora para outra e pode levar meses para cicatrizar (CAMPINAS, 2004);

- O tratamento de feridas é definido pela equipe de saúde, após avaliação. Cabe ao cuidador fazer as mudanças de posição, manter a área da ferida limpa e seca, para evitar que fezes e urina a contaminem, e seguir as orientações da equipe de saúde.

Referências

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Gerência de Assistência. Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso. *Protocolo de assistência aos portadores de ferida*. 2003. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/protocolos/curativos.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.64 p.: il. – Série A. Normas e Manuais Técnicos.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. *Manual para cuidadores informais de idosos: guia prático*. Campinas, 2004.

DEALEY, C. *Cuidando de feridas: um guia prático para enfermeiras*. 2. ed., São Paulo: Atheneu, 2001.



CAPÍTULO 15
CUIDADO NO
MANUSEIO DOS
MEDICAMENTOS NO
IDOSO



Cuidado no manuseio dos medicamentos no idoso

*André Geysson de Souza e Silva
Gilson Cassiano de G. Neto
Laianne Shirley de A. Araújo
Vilani Medeiros de Araújo Nunes*

Introdução

Os idosos compõem o grupo de pessoas que mais utilizam medicamento, com o envelhecimento a probabilidade de ocorrência de doenças crônicas e degenerativas é elevada, nessa fase da vida os idosos são mais suscetíveis a reações medicamentosas adversas. A utilização criteriosa e cautelosa se torna necessária para se obter bons resultados terapêuticos, tendo em vista os vários fatores adversos e reações medicamentosas que podem trazer malefícios à saúde.

A frequência de doenças crônicas aumenta com a idade. Como resultados as pessoas idosas tomam maior número de medicamentos quando comparadas com a população em geral. Esta população tem risco acrescido de efeitos adversos e interações medicamentosas devido a alterações farmacocinéticas e polimedicação. A prescrição inadequada, o uso de medicamentos não sujeitos a receita médica e baixa adesão contribuem para esse risco. Na área da adesão terapêutica no idoso, a polimedicação, múltiplas doses, alterações cognitivas e limitações funcionais contribuem para este problema. Enquanto

a absorção é completa, mas lenta, a idade tem efeitos na distribuição, metabolismo e excreção de medicamentos. O volume de distribuição está reduzindo pela massa muscular diminuída e pelo conteúdo total em água.

Esta situação assume particular importância para medicamentos que requerem doses de indução. Outra alteração típica relacionada com a idade é o aumento da massa adiposa, que age como depósito nos medicamentos lipofílicos. A potência e a duração de ação estão geralmente aumentadas no idoso devido a diminuição da função hepática e renal (ROEHL B. *et al.*, 2006).

Neste contexto a orientação e a presença de um cuidador é essencial desde organização dos medicamentos, dosagem, horário e principalmente para verificar se o idoso está seguindo corretamente a orientação médica melhorando a sua qualidade de vida.

O que é um medicamento?

Segundo a Farmacopeia brasileira: *produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. É uma forma farmacêutica terminada que contém o fármaco, geralmente em associação com adjuvantes farmacotécnicos.* (Resolução RDC, n. 84/02).

Segundo a Anvisa: *Medicamento é o produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.*

O que o cuidador deve saber antes de administrar um medicamento no idoso?

O cuidador tem o importante dever de conferir o nome do medicamento e a data de validade. A utilização correta e as recomendações médicas são essenciais para obter o efeito desejado, bem como a confirmação da dose a ser ministrada,

o cuidado de seguir os horários corretos, se o medicamento for dado à noite deve-se fazê-lo de luzes acesas, o ato de lavar as mãos antes de pegar no medicamento é essencial, pois, do contrário, podem ocorrer reações indesejadas, sobretudo, em idosos que tomam muitos medicamentos.

Como conservar um medicamento?

Segundo a orientação da Vigilância Sanitária, os medicamentos devem ser mantidos em suas embalagens originais. É compreensível quando o consumidor utiliza os potinhos para armazenar medicamentos, com o intuito de facilitar o não esquecimento das doses e seus respectivos horários. Mesmo que o armazenamento do produto seja de, no máximo, 24 horas, essa prática não garante a segurança plena e pode comprometer a estabilidade do medicamento. O especialista explica que o consumidor deve estar atento para as orientações descritas nas bulas dos remédios. Além disso, o consumidor terá acesso a informações importantes para a correta utilização dos medicamentos, como: data de validade e lote do medicamento.

Deve-se também evitar guardar medicamentos em geladeira (a menos que seja indicado); se isso for necessário coloque-o dentro de um plástico, evitar guardar os medicamentos no armário do banheiro, ao usar bolsa de pano, carregar o medicamento dentro de um plástico, ao viajar não colocá-lo no porta-luvas.

Como as formas sólidas podem ser administradas?

Todas as formas sólidas devem ser administradas com cuidado, pois o idoso pode engasgar, principalmente quando são grandes, como ocorre com antibióticos e complexos vitamínicos. É imprescindível que, durante a administração do medicamento, ele fique sentado ou, caso esteja acamado, seja colocado em decúbito elevado. Além disso, a quantidade de líquido para

auxiliar a ingestão do medicamento deve ser de pelo menos 100ml (meio copo). Caso a pessoa tenha restrição de líquidos (ex.: pacientes com problemas renais), deve-se perguntar ao médico que volume pode ser dado.

Como as formas líquidas devem ser ministradas?

Para os medicamentos na forma líquida, o cálculo da dose é baseado na quantidade de medicamento (concentração) presente por mililitro ou nas gotas. Desse modo, a contagem exata do número de gotas e a visualização correta dos mililitros (ml) nos medidores (conta-gotas, colheres, copinhos) são fundamentais. Assim, nunca deve-se aumentar a dose sem prescrição; após, pode-se dar um pouco de água.

E os colírios, como devem ser administrados?

O cuidador deve manter a higiene, antes de fazer a aplicação do colírio, que é um medicamento estéril, por isso, inicialmente, antes da aplicação deve-se lavar bem as mãos, aquecer o produto nas mãos, instilar nos olhos o número de gotas indicado, não encostar o bico do frasco nos olhos, nunca ultrapassar o número de gotas prescritas pelo médico, observar o prazo de validade, depois de aberto, dado pelo fabricante (se o fabricante não der o prazo de validade, não usar mais do que 7 dias).

Como administrar os medicamentos para os ouvidos?

Todo o tratamento das doenças auditivas utiliza-se medicamentos líquidos, as gotas, que devem ser aplicadas mediante a utilização de um conta-gotas, no ouvido. É melhor que o cuidador administre a utilização do medicamento no paciente, a qual deve ser feita de modo a evitar que entre em contato direto com a orelha e haja uma melhor penetração pelo canal

auditivo. Não deve ser colocado algodão seco para tampar o ouvido, ele pode absorver o medicamento.

Como proceder com os medicamentos para uso nasal?

Baseia-se na utilização de medicamentos líquidos, que devem ser administrados sob a forma de gotas nasais, ou através de um nebulizador ou spray, mediante um processo de nebulização. Antes da aplicação devem-se lavar bem as mãos para evitar contaminações. Gotas nasais. Para administrar as gotas nasais, o paciente deve deitar-se de costas e esticar o pescoço de forma a inclinar a cabeça para trás, depois de ter colocado uma almofada debaixo dos ombros. Antes de proceder a sua administração, o paciente deve amornar o medicamento mantendo o frasco na mão ou num bolso por alguns segundos até que o líquido alcance uma temperatura próxima à do corpo, já que a instilação de gotas frias no nariz pode desencadear espirros. Depois, o ajudante deve abrir, com a mão livre, o orifício nasal em que deve instilar as gotas, levantando suavemente a ponta do nariz e nunca passar da quantidade de gotas prescritas. Depois de aberto, o medicamento não deve ser utilizado após 15 dias.

E os produtos dermatológicos, como aplicá-los?

Dermatológicos são os medicamentos que devem ser aplicados sobre a pele, antes da utilização deve-se lavar a região onde será aplicado o produto, usar cotonete ou palito de sorvete para aplicar os cremes ou pomadas, se sentir cheiro ácido, o produto deve ser desprezado.

Como devem ser aplicados supositórios?

Primeiramente o cuidador deve lavar as mãos, para não contaminar o paciente, depois retirar o supositório do invólucro, com a pessoa deitada de lado, introduzir o medicamento no

ânus, posteriormente deve-se juntar as nádegas por alguns instantes, se o supositório sair inteiro, deve-se colocar outro, se o supositório estiver amolecido, pode-se colocá-lo na geladeira.

Referências

BÉRIA J. U. Prescrição de Medicamentos. In: DUNCAN B. B.; SCHMIDT M. I.; GIUGLIANI E. R. J. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*/Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/conceito.htm#1.1>>. *Guia Prático para Cuidadores Informais* – Secretaria Municipal de Saúde de Campinas-SP.



CAPÍTULO 16

ASPECTOS DA SEGURANÇA

do idoso

EM INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA
DE IDOSOS

(ILPI)



Aspectos da segurança do idoso em Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI)

*Isaiane da Silva Carvalho
Zenewton André da Silva Gama
Grasiela Piuvezam
Vilani Medeiros de Araújo Nunes*

Os estabelecimentos de saúde devem trazer benefícios para os seus usuários. No entanto, contraditoriamente, nas duas últimas décadas, têm sido identificados índices alarmantes de erros e danos ocorridos nos serviços de saúde.

Este problema provocou discussões em torno da segurança do paciente e ganhou elevado reconhecimento em diversos países a partir do início do século XXI. Buscou-se encontrar estratégias que tornassem o cuidado à saúde cada vez mais seguro, por meio do desenvolvimento de práticas com potencial mínimo de danos, trabalho em equipe, e consequente comunicação efetiva entre os seus membros, bem como a divulgação dos conhecimentos produzidos (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Entendeu-se que o atendimento seguro é indispensável para uma assistência de boa qualidade ao paciente. Para conseguir isso, segundo outras áreas de tradição em segurança (por exemplo, a indústria da aviação), uma necessidade fundamental é a implementação de uma cultura com foco na segurança.

Isto implica que as instituições, os gestores e os profissionais de saúde estejam comprometidos a transformar a segurança em um instrumento norteador de suas atividades. Quanto aos profissionais, devem procurar identificar as dificuldades associadas ao processo de cuidar, e assim estabelecer uma efetiva comunicação com os demais envolvidos neste processo, objetivando encontrar as melhores soluções disponíveis para instituir uma assistência segura (PAESE; DAL SASSO, 2013).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem estabelecido uma série de ações relacionadas à segurança do paciente e a qualidade nos serviços de saúde. Dentre elas, destacam-se o monitoramento de infecções hospitalares, estratégias voltadas para a higienização das mãos nos serviços de saúde, o desenvolvimento de cirurgias seguras e o estímulo da participação dos pacientes na sua assistência pela sua própria segurança (ANVISA, 2011).

Um marco importante neste processo foi a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria do Ministério da Saúde n. 529, de 1º de abril de 2013. Este programa tem por objetivo reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário na atenção à saúde, contribuindo para qualificar o cuidado nos diferentes estabelecimentos de saúde presentes no território nacional (BRASIL, 2013).

Neste contexto, considerando que as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) também prestam assistência à saúde, é importante aos profissionais que atuam nestes espaços conhecer a temática da segurança voltada para os cuidados com idosos, e integrá-la à sua rotina enquanto elemento para a melhoria da qualidade da assistência.

A seguir são descritas algumas medidas que você CUIDADOR pode desenvolver durante as suas atividades para evitar ou reduzir a chance de danos provocados ao idoso, decorrente da assistência prestada (ANVISA, 2013; CORENSP, 2010):

Figura 1 - Identificação do idoso



Fonte: <http://www.sandrarizo.blogspot.com>

A identificação é parte integrante da identidade do indivíduo enquanto ser social. Neste sentido, é importante que o idoso NÃO seja tratado como um número ou doença. Além disso, falhas na identificação podem gerar sérios erros durante os cuidados prestados. Assim, esteja atento aos seguintes itens:

- Antes de realizar qualquer atividade com o idoso, procure identificá-lo corretamente pelo nome;
- Tenha muita atenção para os casos de idosos que apresentam nomes semelhantes. Nestes casos, o melhor é confirmar a data de nascimento.

Figura 2 - higiene das mãos



Higienize suas Mãos

Fonte: <http://www.brasil.gov.br>

As mãos acumulam, por exemplo, sujeiras, suor, oleosidade e correspondem a um veículo para a transmissão de infecções relacionadas à assistência. Por isso, é importante que você esteja atento à higiene de suas mãos. Procure lavá-la nos seguintes momentos:

- Antes de entrar em contato com o idoso;
- Ao entrar em contato com materiais biológicos (urina, fezes, secreções);
- Após o contato com o idoso.

Figura 3 - Prevenção de quedas

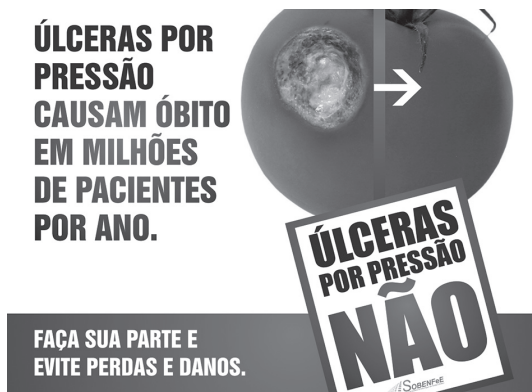


Fonte: <http://www.apoiodomiliario-saude.blogspot.com>

As quedas em idosos são um grave problema, principalmente pelas complicações que este evento acarreta. Causam dor, medo, imobilidade, pioram a qualidade de vida e aumentam os custos com a assistência. Deste modo, é importante que você esteja atento ao ambiente em que o idoso está inserido:

- Identifique os idosos que necessitam de auxílio para levantar da cama ou poltrona e procure ajudá-los;
- No caso de idosos acamados, mantenha as grades da cama elevadas;
- Ofereça equipamentos de auxílio para caminhada aos idosos, como andadores e bengalas;
- Evite colocar no ambiente, tapetes ou objetos que possam contribuir para a ocorrência de quedas.

Figura 4 - Prevenção de úlceras por pressão

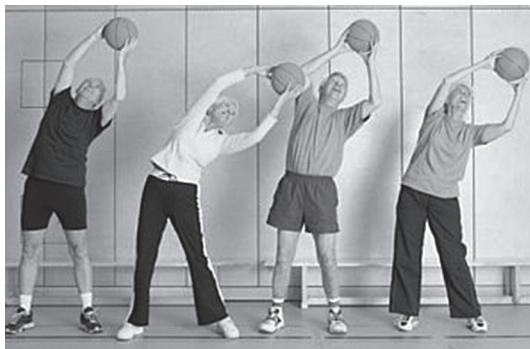


Fonte: <http://www.novo.portalcofen.gov.br>

As úlceras por pressão correspondem a eventos diretamente relacionados à qualidade da assistência prestada, embora fatores relacionados ao próprio idoso possam interferir nos resultados alcançados. De todo modo, a instituição de algumas medidas preventivas é importante:

- Proteja a pele do idoso do excesso de umidade e ressecamento;
- Evite arrastar o idoso na cama, pois sua pele é frágil;
- Mantenha os lençóis da cama sem dobras;
- Hidrate a pele do idoso com óleos e cremes corporais;
- Realize mudança de posição do idoso com risco (totalmente acamado ou que necessita de ajuda para se movimentar) a cada 3 horas;
- Utilize almofadas, travesseiros, ou coxins para aliviar as áreas de pressão causadas pela falta de movimentação dos idosos, em especial para os que se encontram acamados.

Figura 5 - Participação do idoso na sua assistência

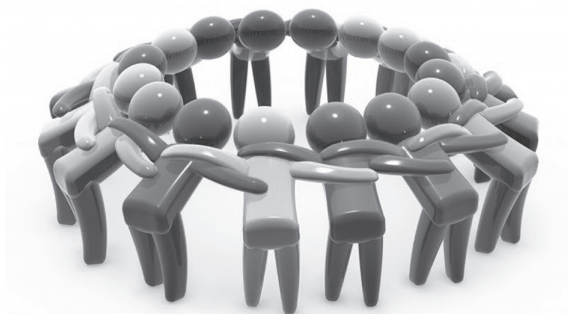


Fonte: <http://www.thaisto.blogspot.com>

Nos últimos anos, as discussões em torno do envolvimento do paciente como forma de melhorar a segurança do atendimento que lhe é fornecido ganharam destaque. Apesar das limitações físicas e mentais associadas ao envelhecimento, considerando as particularidades de cada idoso, procure:

- Estimular a participação do idoso e de sua família nos cuidados prestados;
- Informar sobre as decisões tomadas em relação ao tratamento empregado pela equipe de saúde;
- Ter atenção sobre as informações que o idoso fornece sobre o seu estado de saúde passado e atual;
- Identificar as dúvidas que o idoso tem sobre a sua saúde e entrar em contato com os profissionais necessários para oferecer as devidas orientações.

Figura 6 - Comunicação efetiva



Fonte: <http://www.qmkeitorator.wordpress.com>

A comunicação efetiva é uma excelente ferramenta para garantir uma assistência com menor risco de danos, principalmente porque o cuidado ao idoso institucionalizado envolve a participação de vários profissionais. Desta forma, é importante que você:

- Atue como um elo de comunicação entre o idoso e a equipe de saúde;
- Informe aos profissionais de saúde qualquer alteração positiva ou negativa no estado do idoso.

Referências

ANVISA. *Boletim informativo sobre a segurança do paciente e qualidade assistencial em serviços de saúde*. Brasília: GGES/Anvisa, 2011.

_____. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Brasília: Anvisa, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013*. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 15 set. 2013.

CORENSP. *10 Passos para a Segurança do Paciente*. São Paulo: CORENSP, 2010.

PAESE, F.; DEL SASSO, G. T. M. Patient safety culture in primary health care. *Text Context Nursing*, v. 22, n. 2, p. 302-10, 2013.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n. 7, p. 2029-36, 2013.

UNIDADE 4



no

CUIDADO AOS

IDOSOS





CAPÍTULO 17

A CAPACIDADE

FUNCIONAL

DA PESSOA

IDOSA



A capacidade funcional da pessoa idosa

*Lívia Maria de Azevedo
Vilani Medeiros de Araújo Nunes*

Introdução

A população em todo o mundo está envelhecendo. Isso é fruto das novas tecnologias e formas de tratamento médico e nutricional que possibilitaram uma diminuição no número de mortes dos indivíduos e, principalmente, por menores taxas de natalidade, observada ao longo das últimas décadas, resultado das lutas feministas por direitos iguais entre homens e mulheres, onde estas passaram a ser fundamentais no mercado de trabalho, deixando de exercer apenas seu papel de mãe e dona de casa.

No entanto, o que se tem observado é que o aumento do envelhecimento humano vem acompanhado do surgimento de várias doenças crônicas-degenerativas, isto é, doenças que não têm cura e que surgem à medida que a idade vai avançando, como é o caso da pressão alta, diabetes e demência. Estas doenças podem contribuir para a redução da capacidade funcional e dependências dos idosos, e trazer várias consequências, como a necessidade de maiores cuidados, a perda de seus papéis sociais, o isolamento, a solidão e a perda da autonomia (PASCHOAL, 2008).

Atualmente, o grande desafio das políticas de saúde é contribuir para um envelhecimento ativo, saudável e com maior qualidade de vida.

Para entendermos melhor o processo da funcionalidade no idoso, iremos estudar, neste capítulo, o conceito e os aspectos que estão relacionados à capacidade funcional.

O que é capacidade funcional?

Para entender melhor, trataremos de capacidade como o contrário de incapacidade. A incapacidade funcional define-se pela dificuldade de fazer certos movimentos e certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las (BENÍCIO *et al.*, 2003). Por sua vez, a capacidade funcional é o potencial que um indivíduo tem para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda (ALMEIDA *et al.*, 2008).

No idoso, essa capacidade inclui a habilidade em executar tarefas físicas, preservação das atividades mentais e a interação com o meio social (LITVOC, BRITO, 2004). Significa dizer que a incapacidade impossibilita-os de realizar suas atividades diárias e de muitas vezes tomar suas próprias decisões, tornando-se dependente integral ou parcialmente de sua família ou cuidadores.

O que contribui para a perda da capacidade funcional no idoso?

O envelhecimento é geralmente associado a muitas perdas. A princípio se notam as perdas físicas, sendo mais observadas a partir dos 60 e 65 anos. Ocasionalmente numa diminuição da funcionalidade do corpo, da força, da resistência, flexibilidade, agilidade e da velocidade.

De forma natural, à medida que vamos envelhecendo, a função de cada órgão de nosso corpo (coração, pulmão, rins, cérebro, fígado etc.) vai diminuindo, ou seja, com o passar do tempo, cada órgão vai, muitas vezes sem percebermos, perdendo

um pouco de sua capacidade funcional (PASCHOAL, 2008). No entanto, o ritmo da queda das funções orgânicas varia também entre a qualidade de vida dos idosos, que inclui as condições sociais e econômicas, culturais e psicossociais em que eles se encontram (BRASIL, 2007).

Essa diminuição da funcionalidade do corpo torna a pessoa idosa mais vulnerável ao aparecimento de doenças degenerativas e crônicas, que muitas vezes trazem limitações físicas e mentais, comprometendo a realização de atividades básicas como comer ou tomar banho sozinho.

A presença de várias doenças e complicações nos idosos, associadas a certos tratamentos aumentam a probabilidade de incapacidades ou dependência, como por exemplo, a amputação de um pé diabético e a limitação de andar; ou a interação medicamentosa, pelo uso de vários tipos de medicamentos, e as alterações psicológicas e no sono.

O que são atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária?

As alterações biológicas e psicossociais, já mencionadas anteriormente, associadas ao envelhecimento acarretam na diminuição ou perda da independência e da autonomia, influenciando diretamente nas dificuldades em realizar as atividades de vida diária (AVDs).

As AVDs são atividades rotineiras do dia a dia que se subdividem em dois tipos: atividades básicas da vida diárias e atividades instrumentais da vida diária.

As atividades básicas de vida diária (ABVDs) são aquelas que envolvem diretamente a manutenção do próprio cuidado, como se alimentar, tomar banho, se vestir, usar o sanitário, deitar e levantar da cama e ter o controle da urina e das fezes (DUARTE, 2006).

Já as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) são consideradas atividades sociais, pois indicam condições de vida independente na comunidade em que vivem como, fazer compras, telefonar, realizar tarefas domésticas e cuidar do próprio dinheiro (DIAS; SILVA; VITORINO, 2009).

O que é avaliação funcional e qual sua importância?

A avaliação da capacidade funcional representa uma maneira de medir se o indivíduo é ou não capaz de realizar suas atividades físicas e mentais atribuídas ao seu cotidiano (FREITAS *et al.*, 2006).

É de grande importância para a manutenção da vida e da qualidade de vida das pessoas idosas, sendo o desempenho nas atividades de vida diária o parâmetro para determinar a qualidade de vida, pois a independência na realização das AVDs é de extrema importância na vida do idoso, por envolver questões de natureza emocional, física e social (VALCARENGHI, 2009).

A avaliação funcional é definida por alguns autores como uma forma padronizada de medir os níveis de integridade física, qualidade de autocuidado, qualidade no desempenho dos seus papéis, estado mental, atividades sociais e ao estado emocional.

Para avaliar a autonomia e a independência dos idosos, existe um conjunto de dados clínicos, organizados em testes e escalas, que definem o grau de dependência. A maioria deles incluem apenas aspectos fisiológicos e são feitas para medir a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independentes e, assim, determinar as necessárias intervenções de reabilitação.

A escala de Katz, por exemplo, avalia a independência em seis funções básicas (tomar banho, se vestir, usar o sanitário, levantar e deitar/sentar na cama ou cadeira, controlar a urina e as fezes e se alimentar), classificando-se como independentes, aqueles que não recebem ajuda em nenhuma dessas atividades,

como parcialmente dependentes, os que desenvolvem uma ou mais funções com algum auxílio, ou como totalmente dependentes, que são os que só conseguem desempenhar essas tarefas se receberem total ajuda de seus cuidadores (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Portanto, a avaliação da capacidade funcional em idosos apresenta-se como um instrumentado facilitador e necessário para a implantação de ações terapêuticas e avaliativas para a reabilitação da saúde e suas necessidades básicas.

Qual diferença entre independência, dependência e autonomia?

Esses três termos são bem parecidos e interligados, porém, independentes. Já sabemos que a capacidade funcional é a habilidade de desempenhar as atividades cotidianas sem dificuldade.

Dessa forma, classificamos esse indivíduo que não recebe ajuda de outra pessoa pra realizar suas atividades como independente e aquele que não é capaz de desenvolvê-las sem a ajuda de outras pessoas como dependentes. A autonomia pode ser definida como a capacidade de tomada de decisão, de poder comandar sua própria vida (PASCHOAL, 2008).

A autonomia e independência são dois indicadores de uma vida mais saudável, no entanto, elas não estão sempre juntas. É possível que uma pessoa mantenha sua autonomia mesmo que seja dependente, como um idoso que após um Acidente Vascular Encefálico (AVE) apresente alguma limitação física e precise de ajuda para tomar banho, mas pode decidir a hora do banho e o que quer vestir (BRASIL, 2007). Ou que seja independente e não tenha a autonomia de ir ao banco e tirar seu próprio dinheiro e de decidir o que vai comer, como é o caso de muitos idosos institucionalizados.

Qual o reflexo da dependência física e mental do idoso no cuidador e na família?

As famílias têm sofrido várias transformações ao longo do tempo e, hoje, elas apresentam inúmeros estilos de vida, costumes e crenças. No entanto, o papel do prover e do cuidar ainda se faz presente, embora não seja mais o homem apenas responsável pelas despesas da casa e as mulheres pelos cuidados.

O cuidador é aquela pessoa, não necessariamente da família, que cuida do idoso dependente total ou parcial. Suas tarefas incluem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal e medicação de rotina (BRASIL, 2008).

Quando a dependência começa a aumentar vão surgindo problemas maiores, pois o idoso totalmente dependente necessita de um cuidador para todas as suas atividades, o que gera uma sobrecarga de trabalho muito grande, associado, muitas vezes, por baixas remunerações e condições de trabalho, pra cuidadores que não são da família.

Essa sobrecarga traz sentimentos de estresse, raiva, cansaço, irritação e choro, e conseqüentemente diminuição na qualidade do serviço prestado (BRASIL, 2008).

Dessa forma, a importância de avaliação não cabe apenas para o idoso, é necessário trabalhar o cuidador, seja ele familiar ou não, para que aja sempre a motivação e a restauração emocional e física, tendo em vista as inúmeras dificuldades que encontram para cuidar dos idosos e melhor, o cuidado.

A relação entre a institucionalização e a capacidade funcional

A família é fundamental na intervenção em saúde em todas as fases da doença e em todas as faixas etárias do paciente. E com o idoso não é diferente. A incapacidade funcional dos idosos que gera a dependência impossibilita-os de realizar

suas atividades de vida cotidiana e de muitas vezes tomar suas próprias decisões, tornando-os dependentes integral ou parcial de sua família. Dessa forma, é preciso a mobilização de todos que fazem parte do núcleo familiar ou eleger uma pessoa para prestar assistência a esse idoso dependente, enxergando-o como um todo.

Entretanto, a falta de alguém disponível para assumir esse papel torna a permanência desses idosos junto à família problemática, uma vez que os elementos sociais e econômicos se alteram. Em geral, a falta de um cuidador na família, leva a transferência do idoso para uma instituição de longa permanência (ILPI).

A crescente necessidade de institucionalizar os idosos tem sido motivo de preocupação por algumas partes da população devido às condições que os idosos se encontram nesses lugares.

A institucionalização por si só representa um fator de risco a essa população, pois os idosos precisam de atenção, suporte e serviços especializados, embora muitas vezes não seja possível oferecer a assistência devida. Esses espaços também dificultam as relações sociais, indispensáveis para a qualidade de vida (SANTOS; ANDRADE, 2005).

Nessa perspectiva, a institucionalização do idoso continua sendo um assunto delicado e polêmico, que precisa ser repensado, para que os residentes possam contar com um envelhecimento mais ativo e menos incapacitante.

Referências

- ALMEIDA I. C. G. B. *et al.* Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. *Ver. Bras. Ortop.* 43(3): 96-102, 2008.
- BENÍCIO M. H. O. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*, 37(1): 40-8, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa Idosa. Série A: Normas e Manuais Técnicos. *Cad. Atenção Básica*, Brasília, n. 19, p. 8, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Guia prático do cuidador*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2008.

DIAS, E. N.; SILVA, J. V.; VITORINO, L. M. Capacidade Funcional: Uma Necessidade Emergente entre Idosos. In: Silva José Vitor (Org.). *Saúde do Idoso e a Enfermagem: Processo de Envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo: Iátria, 2009. São Paulo: Iátria, 2009.

DUARTE, Y. O. A. Indicadores de fragilização na velhice para o estabelecimento de medidas preventivas. In: SEMINÁRIO VELHICE FRAGILIZADA. SESC/SP, 2006.

DUARTE, Y. O. A. ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev. Esc. Enf. USP*, 41(2): 317-25, 2007.

FREITAS, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LITVOC, J., BRITO, F. C. Capacidade funcional. In: Júlio L. e Francisco C. B. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 17-35.

PASCHOAL, S. M. P. Diminuição da capacidade funcional, fragilização e dependência. In: Born, T. (Org.). *Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do cuidador da pessoa Idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. p. 113.

SANTOS, M. L. C.; ANDRADE, M. C. Incidência de quedas relacionadas aos fatores de riscos em idosos institucionalizados. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, 29(1): 57-58, jan./jun., 2005.

VALCARENGHI, R. V. Funcionalidade, cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas na cidade do Rio Grande/RS. [Dissertação] Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande (UFRG). Rio Grande do Sul, 2009. 95f.



CAPÍTULO 18

ASPECTOS

COGNITIVOS

NO

IDOSO



Aspectos cognitivos no idoso

*Anna Carolina Soares de S. Cruz
Vilani Medeiros de Araújo Nunes*

O que é cognição?

“Cognição refere-se a um conjunto de *habilidades cerebrais/mentais* necessárias para a obtenção de *conhecimento* sobre o mundo. Tais habilidades envolvem pensamento, raciocínio, abstração, linguagem, memória, atenção, criatividade, capacidade de resolução de problemas, entre outras funções.”

Encarando o envelhecimento

Durante o envelhecimento normal ocorrem alterações em todo o funcionamento do organismo: na capacidade mental, nas reações emocionais e comportamentais, atividade muscular e na coordenação motora.

O que define a condição de uma velhice boa ou ruim são as decisões tomadas durante toda a vida com relação a um estilo de vida saudável (física, intelectual, alimentar, emocional...).

A forma como se encara aposentadoria é muito importante. Muitos ainda nessa fase interrompem suas atividades e consideram um momento de recolhimento e descanso. Muitas vezes não querem se exercitar, não fazem mais projetos, não querem sair, encontrar amigos ou familiares e tendem a se

isolarem. A diminuição ou a ausência das atividades levam a uma diminuição das funções cognitivas (ex.: atenção e memória).

Em contrapartida, existem aqueles que nessa fase as atividades se intensificam, projetos são traçados e concretizados. São essas pessoas ativas, muitas com boa autoestima que envelhecem melhor.

Exercitando o cognitivo

Existem atividades simples que os cuidadores e familiares podem realizar a fim de retardar o aparecimento de demências ou mesmo minimizar alguns sintomas.

- Adote um caderno ou agenda onde o idoso anote informações importantes, lista de coisas, telefones, atividades que precisam ser realizadas;
- Promova despertar diferente sempre que possível, colocando músicas, abrindo a janela, chamando pelo nome...;
- Estimule a orientação temporal. Deixe em seu fácil acesso um calendário, onde possa marcar o dia, mês e ano em que se encontra;
- Mantenha a tranquilidade da pessoa idosa, isso facilita a atenção;
- Estimule a leitura ou mesmo faça a leitura quando ela não puder fazer. Evite barulhos nessas ocasiões. Procure discutir o que foi lido;
- Converse a respeito de fatos da vida da pessoa idosa, onde nasceu, onde morou, amigos, escola, família...;
- Realize atividades como palavra cruzada, cantos, ver filmes ou programas que interessam ao idoso. Sempre fazendo com que preste atenção;

- *É importante a independência. Estimule a realizar tarefas como vestir-se, comer, pentear-se... Sempre solicitando a atenção para as etapas de cada tarefa;*
- Estimule a caminhada, com passos sem pressa, esse hábito é importante para manter o cérebro saudável nessa fase da vida;
- Estimule o banho de sol, “Tomar sol pode ajudar a proteger os neurônios”, a falta de vitamina D pode comprometer as funções cognitivas. Além de proteger os ossos;
- Procure socializá-la. É importante conhecer novas pessoas, visitar lugares onde costumava ir;
- Evite rotinas. Fazer caminhos diferentes para ir ao mesmo lugar, por exemplo;
- Pedir para que faça a lista do supermercado, elabore cardápios, ajude, quando possível, na preparação das refeições;
- Estimule-a a pensar no que vai dizer, quando ela quiser algo;
- Colocar lembretes, em lugares visíveis, como telefonar, datas importantes...;
- Estabeleça lugares para cada objeto: chaves, bolsa, óculos... e certifique-se que colocará no mesmo lugar após o uso;
- Relembre o dia, recapitule o que aconteceu durante o dia. Promova um bom ambiente para uma boa noite de sono.

Referências

SANTOS, P. L.; FORONI P. M.; CHAVES M. C. F. Atividades físicas e de lazer e seu impacto sobre a cognição no envelhecimento. *Fisioterapia: revista.fmrp.usp.br* v. 42, n. 1, 2009.

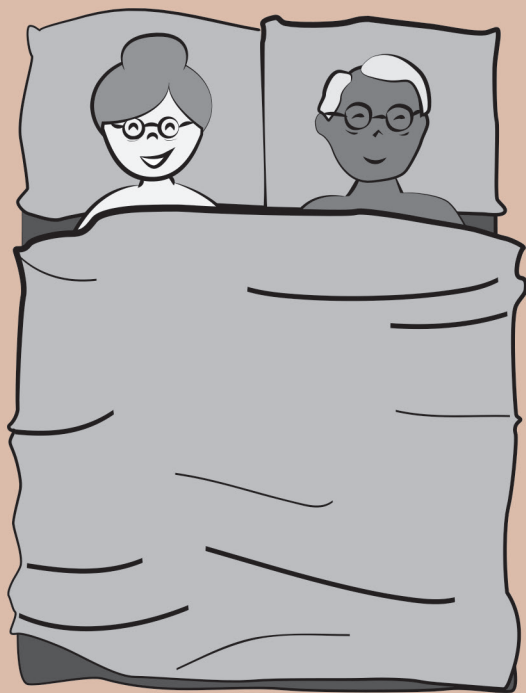
COHEN, H. *Neurociência para Fisioterapeutas: incluindo Correl.* 2. ed., Manole, 2001.

RIBEIRO, C. Exposição ao sol pode prevenir comprometimentos cognitivos. Disponível em: <<http://www.cuidardeidosos.com.br/>

exposicao-ao-sol-pode-prevenir-comprometimentos-cognitivos/>
Acesso em: 5 ago. 2013.

RIBEIRO, C. Caminhar pode ajudar a prevenir demência. Disponível em: <<http://www.cuidardeidosos.com.br/caminhar-pode-ajudar-a-prevenir-demencia/>>. Acesso em: 5 ago. 2013.

BORN, T. (organizadora) *Cuidar Melhor e Evitar a Violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. Brasília, 2008. Copyright © 2008 by Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Disponível em: <<http://www.cuidardeidosos.com.br/excelentes-manuais-para-cuidar-de-idosos>>. Acesso em: 5 ago. 2013.



CAPÍTULO 19

A SEXUALIDADE

NO

IDOSO



A sexualidade no idoso

*Isabel Cristina Araújo Brandão
Roseneide Dantas Torres de Araújo*

O grande número de pessoas com idade acima de 60 anos no Brasil é reflexo do aumento da expectativa de vida em função do avanço no campo da saúde e da redução da taxa de natalidade. Significa dizer que as pessoas estão vivendo mais e, ao mesmo tempo, o número de nascimentos vem diminuindo (IBGE, 2008). Assim, observa-se que muitas vezes o crescimento da população idosa demanda cuidados específicos em virtude do surgimento de enfermidades complexas, características desta fase.

Em alguns casos esses idosos necessitam de cuidados constantes e da presença de terceiros para ajudá-lo. Em outros, são deixados aos cuidados de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

As ILPIs são locais para a permanência desses idosos quando a família não tem condições e/ou interesse para atendê-los, ou seja, “quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família” (BRASIL, 2005, p. 36).

Considerando o aumento do número dessa população é necessário que a sexualidade do idoso também seja abordada e, por conseguinte, tratada com maior atenção. Nesse sentido, o presente capítulo traz algumas contribuições para o manejo

adequado das questões relativas à sexualidade dos idosos institucionalizados.

Para isso começaremos com os seguintes questionamentos:

O que é sexo?

Biologicamente, é o conjunto de características estruturais e funcionais pelas quais um ser vivo é definido como macho ou fêmea e desempenha o papel determinado de uma dessas condições na reprodução da espécie.

E sexualidade, o que é?

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, sexualidade, é

uma energia que motiva para encontrar amor, contacto, ternura, e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos e, por isso, influencia também a saúde física e mental (OMS, 2001, p. 9).

Nesse sentido, a sexualidade é uma forma de expressão que está presente em todas as fases da vida do ser humano – infância, adolescência, idade adulta e idade adulta tardia ou terceira idade. Portanto: A sexualidade é uma forma de expressão e, expressão não tem idade (VIEIRA, 1996, p. 65).

Convém destacar que a sexualidade é mais do que um corpo apto para procriar e apresentar desejos sexuais inclui, sobretudo, dimensões fisiológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos (FAGUNDES, 2005).

E os corpos?

Figura 1



Fonte: <http://www.fotosearch.com.br/fotos->; <http://www.mattonimages.com.pt>; <http://www.mattonimages.com.pt/i>

Por acreditar que seu corpo está fora dos padrões de beleza, o idoso não se vê como pessoa atraente e isso repercute em sua autoestima (URQUIZA *et al.*, 2008).

Com o envelhecimento, o que muda no corpo da mulher?

- Desejo sexual pode diminuir;
- Perda da capacidade reprodutiva;
- Dificuldade de excitação;
- Ausência de orgasmo;
- Dor relacionada com o ato sexual.

Com o envelhecimento, o que muda no corpo homem?

- Qualidade e duração da ereção;
- Diminuição de testosterona;
- Diminuição de esperma;
- Período maior para conseguir nova ereção;
- Ejaculação retardada.

O que essas mudanças podem acarretar?

- Depressão;
- Baixa autoestima;
- Vergonha e sentimento de culpa;
- Dificuldade em falar sobre essas mudanças;
- Monotonia.

Dentro de um ambiente de institucionalização essas mudanças podem ter repercussões ainda mais sérias, portanto, vale a pena prestar atenção ao que ocorre em uma ILPI. Em geral, o ambiente institucional acarreta limitações da sexualidade do idoso influenciadas por:

- Barreiras físicas;
- Falta de conhecimento de alguns profissionais acerca desta matéria;
- Comportamentos de repressão da sexualidade;
- Baixa autoestima;
- Ausência de parceiro;
- Atitudes extremamente conservadoras dos profissionais.

Nesse sentido, qual o papel do cuidador mediante a sexualidade dos idosos?

O cuidador deve:

- Criar um ambiente de confiança e entendimento para o idoso;
- Compreender que sexualidade não é sinônimo de relação sexual;

- Compreender que a sexualidade é bem complexa e está relacionada ao carinho, ao diálogo, ao compartilhar entre as pessoas;
- Propiciar um momento de escuta para a discussão desse tema;
- Motivar o idoso a cuidar da higiene, utilizar roupas bonitas, maquiagem e perfume que mais gosta, manter-se penteados;
- Motivar o idoso a dançar, cantar, tocar o outro e sorrir, entre outros;
- Respeitar a privacidade, a independência, a autonomia, e o direito de escolha, promovendo a individualidade do idoso;
- Enxergar o idoso como pessoa, o que tornará mais fácil admitir a sua sexualidade e, conseqüentemente, perceber que o idoso pode sentir desejos e sentimentos sexuais que precisa expressar;
- Refletir sobre a importância que a pessoa idosa dá ou não à sexualidade;
- Conhecer as alterações relativas ao processo de envelhecimento – e a sexualidade está incluída – para sugerir adaptação adequada a estas mudanças;
- Contribuir para que o idoso aceite a sua imagem corporal, a perda de capacidade física e as mudanças fisiológicas na sexualidade;
- Auxiliar e promover o bem-estar físico e emocional do idoso.

Considerações finais

Desde a concepção até a morte o homem passa por transformações que fazem parte do desenvolvimento físico, psíquico,

social e intelectual do indivíduo e a sexualidade está inserida nesse processo.

Portanto, a sexualidade também se transforma com o passar dos anos uma vez que o corpo muda e se transforma e, ao se recusar o processo natural do envelhecimento a vivência da sexualidade é negada, dessa forma, é importante compreender e acolher essas mudanças.

Diante de tal situação o cuidador tem um papel importante no acompanhamento do idoso e precisa ter conhecimento sobre o envelhecimento fisiológico, para compreender as alterações que ocorrem ao nível da sexualidade do indivíduo, nesta fase da vida.

Para isso, o cuidador precisa lembrar que a vivência da sexualidade não está exclusivamente baseada na relação sexual, é necessário compreender que existem outros comportamentos ou práticas igualmente promotoras de prazer.

Na tentativa de compreender o idoso em relação a sua sexualidade é fundamental que o cuidador de idosos faça cursos de capacitação nesta área para falarem abertamente e com mais segurança sobre esta temática, criando-se um ambiente de confiança e entendimento entre aquele que cuida e o que é cuidado.

Referências

- BRASIL. Lei N. 10.741, de 10 de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*. Brasília (DF): Senado Federal; 2005.
- GAVIÃO, A. *Sexualidade do Idoso e o Cuidado em Domicílio*. In: A. Silva (Coord.). *Atendimento Domiciliar um enfoque gerontológico* (p.365-367). São Paulo: Atheneu, 2005.
- HORTA, A. L. de M. *et al. Sexualidade na família*. São Paulo: Expressão e Arte, 2007.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 1980-2050 – Revisão 2008*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm>.

Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo – saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva: OMS.

PIMENTEL, L. *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*, 2. ed. Coimbra: Quarteto, 2005.

TRELHA, C. S. *et al. Manual para cuidadores de idosos*. Londrina, 2007.

URQUIZA, A. *et al. Sexualidad em la tercera edad: la imagen de los jóvenes universitários*, 2008. *Ponto e vírgula*, 4, 358-374.

VIEIRA, E. B. *Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.



CAPÍTULO 20

CUIDADOS COM

A NUTRIÇÃO

DO

IDOSO



Cuidados com a nutrição do idoso

Gabriela Xavier Barbalho Mesquita

Vanessa Teixeira de Lima

O envelhecimento pode vir acompanhado de mudanças fisiológicas, psicológicas, sociais e econômicas que podem alterar a alimentação do idoso. Para ter um processo de envelhecimento saudável é importante ter uma alimentação adequada e equilibrada, já que a alimentação está diretamente ligada com quadros de desnutrição, desidratação, obesidade e algumas doenças crônicas muito frequentes em idosos, como hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes, osteoporose, entre outras.

Mas, como o cuidador pode ajudar ao idoso a ter uma alimentação saudável?

Ele deve estimular e ajudar na alimentação.

Em primeiro lugar, é importante ter um ambiente agradável para fazer as refeições para que o idoso se sinta confortável e seguro. O ambiente deve ser limpo, arejado, com boa iluminação, ter espaço livre para circulação e deve-se incentivar o idoso a ter autonomia para fazer suas refeições sempre que possível, pois gera um impacto positivo na autoestima do idoso. É importante também incentivar a higienização das mãos antes das refeições, estimular o entrosamento social nos horários das refeições e orientar a mastigação de forma lenta.

É necessário posicionar a pessoa idosa adequadamente, sempre que possível sentada, com os pés apoiados no chão e quando o idoso estiver acamado deve-se tentar elevar o tronco e apoiar a cabeça, para evitar engasgos. Usar sempre utensílios que não tragam risco de machucar o idoso e sempre verificar a temperatura, o volume e o sabor do alimento, que devem estar adequados para facilitar a ingestão. A higiene oral deve ser realizada sempre, após a ingestão de alimentos.

Para assegurar uma alimentação saudável ao idoso alguns cuidados devem ser tomados. É importante que se faça no mínimo 3 refeições principais e 2 lanches por dia e incluir nas refeições diariamente porções do grupo dos cereais como arroz, milho, trigo, tubérculos como a batata e raízes como mandioca/ macaxeira/ aipim, que são ótimas fontes de energia, dando preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.

É necessário que o idoso coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras nas refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches, pois são boas fontes de vitaminas, minerais e fibras e evitam a prisão de ventre e também contribuem para proteger a saúde e diminuir o risco de várias doenças. Comer feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana é muito importante, pois se trata de uma combinação completa de proteínas e é muito saudável.

É importante o consumo diário de três porções de leite e derivados, que são as principais fontes de cálcio nos alimentos e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos, sempre retirando a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação. Quanto ao consumo de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina, deve-se consumir, no máximo, uma porção por dia (dar preferência aos óleos vegetais e o azeite).

De um modo geral é bom evitar refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas

doces e outras guloseimas como regra da alimentação. Diminuir a quantidade de sal na comida e evitar as bebidas alcoólicas e o fumo.

É importante que o cuidador incentive o idoso a beber pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia, de preferência nos intervalos das refeições, e a praticar pelo menos 30 minutos de atividade física, sempre que possível.

Uma alimentação saudável influencia no bem-estar físico, mental, no equilíbrio emocional, na prevenção e tratamento de doenças. É importante levar em consideração hábitos, preferências e intolerâncias do idoso, pois alguns alimentos têm para eles uma relação emocional muito forte, mas sem deixar de seguir as orientações dietéticas adequadas.

Situações que exigem alterações nutricionais

- **Constipação**

A constipação acontece quando um indivíduo faz 2 ou menos evacuações por semana e/ou apresenta esforço para evacuar. Os principais fatores que causam a constipação são a falta de fibra na alimentação, pouca ingestão de água, sedentarismo, e a constipação é muito frequente em idosos. O cuidador deve estar atento para que o idoso mantenha horários regulares para se alimentar e evacuar. É importante a ingestão de alimentos ricos em fibras como o arroz e pão integrais, aveia, verduras e legumes, frutas como mamão, laranja, abacaxi, ameixa, e água.

- **Depressão**

A depressão é comum em idosos institucionalizados e pode gerar diminuição ou aumento do apetite levando a perda ou ganho de peso. É importante que o cuidador incentive o idoso a comer de forma adequada, mas sem obrigá-lo. É necessário ter paciência e apoiar o idoso.

- **Disfagia**

A disfagia é uma alteração na deglutição, ou seja, no ato de engolir alimentos ou saliva. Ocorre um desvio do alimento ou da saliva, obstruindo parcialmente ou completamente as vias respiratórias, provoca uma dificuldade para engolir, muitas vezes presentes nos idosos. Quando o idoso não tiver autonomia para fazer as refeições sozinho o cuidador deve oferecer as refeições em quantidades menores, oferecer líquidos em pequenas quantidades e através de canudos. Manter a pessoa sentada ou em posição reclinada com ajuda de travesseiros nas costas, para evitar que a pessoa engasgue. Oferecer alimentos mais leves e macios, pastosos e líquidos engrossados. Evitar alimentos de consistência dura, farinhentos e secos como a farofa e bolachas para evitar engasgos.

- **Vômitos e diarreia**

Quando o idoso apresentar vômitos ou diarreia, o cuidador deve oferecer refeições menores de 2 a 3 litros de líquidos por dia em pequenas quantidades, de preferência nos intervalos das refeições. É importante estar atento para que a pessoa mastigue muito bem e devagar os alimentos. Logo após as refeições, o cuidador deve manter a pessoa sentada para evitar as náuseas e vômitos. Enquanto durar as náuseas e vômitos, deve-se evitar os alimentos muito temperados, com cheiros fortes, salgados, picantes, ácidos, doces e gorduras.

- **Hipertensão**

A hipertensão, mais popularmente conhecida como pressão alta é muito comum em idosos, pois eles são mais sensíveis à elevação da pressão e ela traz muitos riscos à saúde e inclusive à vida. É importante que o idoso mantenha um peso adequado, por isso, o cuidador deve incentivar, sempre que possível, o idoso a realizar atividades físicas regularmente, fazer uma

alimentação apropriada, ingerindo alimentos com menos sal e usar regularmente os medicamentos prescritos.

- **Diabetes mellitus**

O diabetes mellitus é uma doença crônica comum nas pessoas idosas e é uma doença que afeta vários órgãos e está associada a muitas complicações. É importante que esteja incluso na alimentação do idoso portador de diabetes, arroz, pães e massas integrais, que são fontes de energia que não elevam a glicemia do indivíduo e são ricos em fibras, que melhoram a ação da insulina. É necessário tomar cuidado para não comer em excesso frutas e sucos de frutas, já os legumes e verduras podem ser consumidos á vontade. Preferir o leite desnatado e carnes magras. Evitar o consumo de refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas.

- **Osteoporose**

A osteoporose é uma doença muito presente nos idosos. Alimentos fontes de cálcio e de vitamina D, que ajuda na absorção do cálcio, são importantes para prevenção e tratamento da osteoporose. O leite e seus derivados são ótimas fontes de cálcio, vegetais de folha verde escura também. Atum, sardinha, leite, ovos e fígado bovino são boas fontes de vitamina D.

- **Os cozinheiros**

Nas Instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) os cuidadores não são responsáveis pelo preparo das refeições, devem apenas estimular e ajudar na alimentação. Mas é muito importante para a saúde e alimentação do idoso que o cozinheiro esteja atento nas compras, armazenamento e preparo das refeições.

Na compra dos alimentos é importante observar o rótulo dos alimentos, verificar se são de procedência segura,

se apresentam boas características como cheiro, cor e textura, se estão dentro do prazo de validade, se não apresentam embalagens danificadas, sinais de degelo, como água dentro da embalagem.

Sobre o armazenamento dos alimentos é importante sempre utilizar alimentos que estejam com as datas de validade mais próximas do vencimento, manter um espaço entre os alimentos guardados, o que permite uma melhor circulação do ar, não armazenar os alimentos diretamente no piso, colocá-los em prateleiras afastadas da parede, higienizar as embalagens antes de utilizá-las, separar alimentos dos produtos destinados a higiene e limpeza. E garantir que estejam armazenados em temperaturas adequadas (entre 0º e 5º alimentos refrigerados e inferior a -18º para os congelados).

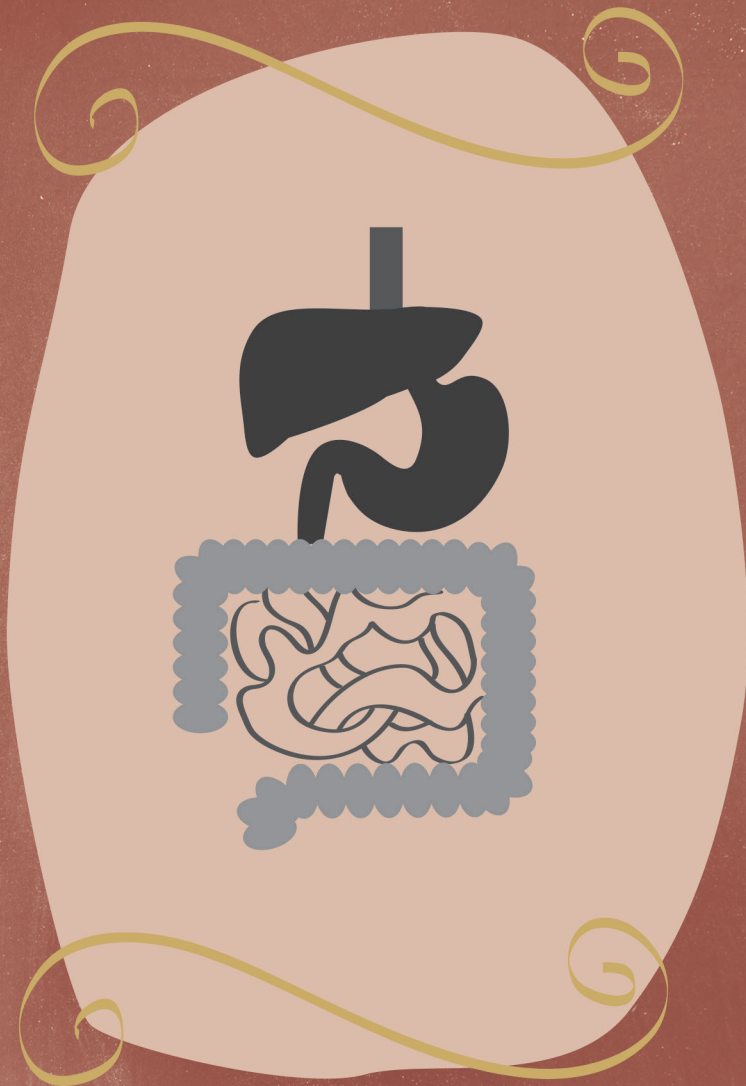
No preparo das refeições, algumas medidas são necessárias para atender aos princípios de uma alimentação saudável. É importante dar preferência a alimentos com menor teor de gordura, como leite e derivados desnatados, carnes pouco gordurosas. Utilizar óleos vegetais, ao invés de margarinas ou manteigas, cereais integrais, frutas da época, hortaliças cruas e cozidas, não fazer uso de alimentos embutidos e enlatados, pelo alto índice de sal contido nos mesmos. É preferível cozinhar, assar ou grelhar a fritar; moer, ralar, picar e cortar os alimentos em pedaços pequenos para facilitar a mastigação e deglutição, caso seja necessário.

Referências

BORN, TOMIKO. *Cuidar Melhor e Evitar a Violência – Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa*

- idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia Prático do Cuidador*. Brasília – DF: MS; 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, cap. 3, 4, 5.
- ROBERTO, T. S.; BANA, F. C. Mudanças fisiológicas do sistema digestório na terceira idade. In: MAGNONI, D.; CUKIER, C.; OLIVEIRA, P.A. *Nutrição na terceira idade*, 2. ed., São Paulo: SARVIER, 2010, cap. 6.
- SACHS, A.; OLIVEIRA, P. A.; MAGNONI, D. Riscos nutricionais na terceira idade. In: MAGNONI, D.; CUKIER, C.; OLIVEIRA, P.A. *Nutrição na terceira idade*, 2. ed., São Paulo: SARVIER, 2010, cap. 5.
- SITTA, M. C.; SALGUEIRO, M. M. H. A. Osteoporose. In: MAGNONI, D.; CUKIER, C.; OLIVEIRA, P. A. *Nutrição na terceira idade*, 2. ed., São Paulo: SARVIER, 2010, Cap. 16.
- VECCHIATTI, S. M. P; RODRIGUES, A. M. Nutrição em diabetes. In: MAGNONI, D.; CUKIER, C.; OLIVEIRA, P. A. *Nutrição na terceira idade*, 2. ed., São Paulo: SARVIER, 2010, cap. 15.



CAPÍTULO 21

O SISTEMA

GASTROINTESTINAL

NO

IDOSO



O sistema gastrointestinal no idoso

Monise Santos de Carvalho
Grasiela Piuvezam

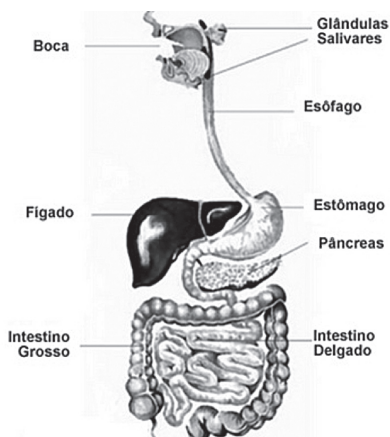
O que é o sistema gastrointestinal?

É o sistema responsável por obter dos *alimentos* ingeridos, os nutrientes necessários às diferentes funções do *organismo* (energia, crescimento, regulação).

Do que o sistema gastrointestinal é composto?

Por um conjunto de órgãos que têm por função a realização da *digestão*. Esses órgãos são:

Figura 1



Fonte: <http://www.google.com.br/sistemagastrointestinal>

O que muda no sistema gastrointestinal do idoso ?

Diversas mudanças ocorrem quando envelhecemos e a parte responsável pela digestão não fica fora dessas mudanças! Veja o quadro a seguir:

Quadro 1

ÓRGÃOS	ALTERAÇÕES
Boca	Fica mais ressecada, menos elástica, mais fácil de ter machucados e infecções. Além de ficar mais difícil de sentir os sabores. Os dentes podem estar preservados, ou podem estar ausentes.
Esôfago	Diminui seus movimentos, podendo levar à dificuldade pra engolir (disfagia) e levar o alimento para o restante da digestão.
Estômago	Diminui a produção do suco gástrico que faz a digestão do alimento, podendo dar azia no idoso.
Fígado	Diminuição do tamanho e produção de substâncias que ajudam na digestão.
Intestino	Diminuição dos movimentos que ajudam na digestão, favorecendo a “Prisão de Ventre” (Constipação Intestinal) e os gases.
Reto e ânus	Dificuldade para controle, podendo perder as fezes sem a vontade (Incontinência Fecal).

Como cuidar do sistema gastrointestinal do idoso ?

É importante que se atente para qualquer mudança no hábito de se alimentar do idoso, pois essas alterações podem prejudicar sua qualidade de vida. Complicações que não foram

percebidas, podem deixar o idoso com menos apetite, mais fraco e até doenças mais graves.

Listamos aqui alguns cuidados principais que devemos ter:

1. **Dieta saudável e balanceada**

Uma dieta saudável, bem colorida, saborosa e equilibrada auxilia muito na qualidade de vida do idoso. Faz com que ele possa sentir bem os sabores, tenha prazer na alimentação, contribui positivamente para seu bem-estar físico e emocional, além de prevenir doenças.

2. **Estímulo para se alimentar**

Se o idoso estiver sem apetite, o cuidador deve incentivá-lo a se alimentar. Como o paladar está diminuído, uma forma de estimular é tornar a comida mais atraente:

- Use alimentos coloridos
- Varie nos temperos e cheiros (alho, cheiro-verde, manjericão, louro, orégano são alguns dos exemplos).

Pessoas com dificuldades para se alimentar aceitam melhor alimentos líquidos e pastosos, como: purês de legumes amassados, mingau de aveia ou amido de milho, vitaminas.

3. **Dificuldade para engolir (disfagia)**

Para ser alimentado, a pessoa deve estar sentada confortavelmente. Manter o indivíduo sentado ou em posição reclinada (pode-se usar travesseiros nas costas) evita que o idoso se engasgue.

Jamais ofereça água ou alimentos à pessoa na posição deitada, pois ela pode se engasgar.

Ofereça refeições em quantidades menores de 5 a 6 vezes por dia. Os líquidos devem ser dados nos intervalos das refeições, em pequenas quantidades e através de canudos.

A pessoa com dificuldade de engolir aceita melhor os alimentos mais macios. Por exemplo: os líquidos podem ser engrossados com leite em pó, amido de milho; pode-se fazer uso de purês, pudins, gelatinas, vitaminas, miangaus, caldinho de feijão, sopas engrossadas com batata, inhame.

Deve-se evitar alimentos duros, farinhentos e secos como a farofa e bolachas. O pão francês e as torradas devem ser oferecidos sem casca e molhados (chá, leite).

4. Intestino preso (constipação intestinal)

Tente organizar com a equipe os horários para que o idoso possa evacuar – o intestino funciona melhor quando se tem horários para eliminar as fezes e funcionar.

Se a pessoa não possui restrições na dieta, estimule sempre comer alimentos ricos em fibras como o arroz e pão integrais, aveia, verduras e legumes, frutas como mamão, laranja, abacaxi, mangaba, tamarindo, ameixa, grãos.

Quando o idoso está com intestino “preso” evite oferecer banana prata, caju, goiaba, maçã, chá preto/mate, pois esses alimentos são ricos em tanino e prendem o intestino.

5. Gases (flatulência)

Os gases causam muito desconforto e dor aos idosos (acamados ou não).

Para evitar a formação de gases é importante oferecer à pessoa mais líquidos e uma alimentação balanceada.

Evite alimentos tais como: couve, repolho, brócolis, pepino, grãos de feijão, couve-flor, cebola e alho crus, pimentão, rabanete, bebidas gasosas, doces concentrados e queijos amarelos.

Estimule o idoso a praticar exercícios. A prática de atividades auxilia na eliminação dos gases.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p.
- FERRIOLE E.; MORIGUTI J. C.; LIMA N. K. C. O envelhecimento do aparelho digestório. In: FREITAS EV, P. Y. L.; CANÇADO FAX, DOLL J.; GORZONI M. L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006, p. 636-9.
- MATOS F. D.; LIMA N. K. C.; FERRIOLI E.; MORIGUTI J. C. Doenças do aparelho digestivo alto In: FREITAS E. V., PY L., CANÇADO FAX.; DOLL J.; GORZONI M. L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006, p. 641.
- STEVES A. M.; DOWD S. B.; DURIK D. *Caring for the old patient*, Part II: Age-related anatomic and physiologic changes and pathologies [Continuing Education]. *J Necl Med Technol*. 1997, 25(2): 86-97.



CAPÍTULO 22

O SISTEMA

RESPIRATÓRIO

NO

IDOSO



O sistema respiratório no idoso

*Danilo Silveira Seabra
Felipe da Fonseca Ermenenciano
Renata Cristina dos Santos
Grasiela Piuvezam*

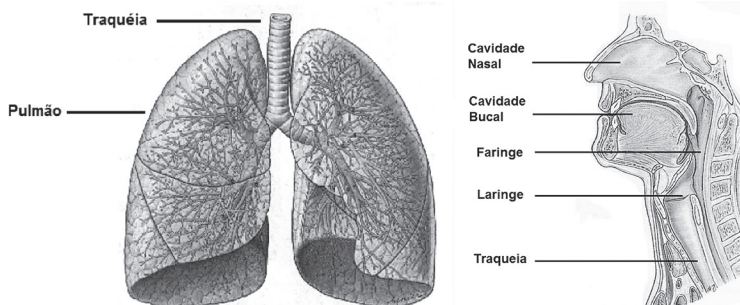
O que é sistema respiratório?

É formado pelas vias aéreas e pelos pulmões. A principal função desse sistema é absorver o gás oxigênio do ar e expelir o gás carbônico produzido pelo organismo. Esse processo é conhecido como respiração. Respirar é necessário para a vida, pois o corpo precisa absorver gás oxigênio para produzir energia e também precisa eliminar o gás carbônico, já que esse gás é tóxico se não for eliminado.

Do que é composto o sistema respiratório?

1. Vias aéreas superiores: boca, nariz, faringe e laringe;
2. Traqueia e pulmões.

Figuras 1 e 2 - Anatomia do sistema respiratório humano



SOBOTTA, J. Atlas de Anatomia Humana, 21. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

O que muda no sistema respiratório do idoso?

Com o avanço da idade o sistema respiratório sofre normalmente algumas modificações. Uma importante mudança é que, de maneira geral, há um enrijecimento e diminuição da elasticidade dos pulmões e da traqueia. Isso acaba por diminuir a capacidade respiratória do idoso (as trocas gasosas ficam diminuídas); esse é um dos motivos pelo idoso cansar com mais facilidade ao realizar algum tipo de exercício físico.

Outra mudança importante é que, na terceira idade, há uma perda da resistência contra infecções. As principais defesas do sistema respiratório contra a entrada de vírus, bactérias e fungos é a produção de muco, o batimento ciliar e o ato de tossir. No idoso, ocorre uma diminuição da eficácia dessas proteções naturais do organismo.

Quais são as principais doenças respiratórias no idoso?

As doenças do sistema respiratório são a segunda maior causa de internações hospitalares na população idosa, ficando atrás apenas das doenças do sistema cardiovascular. Dentre

essas doenças do aparelho respiratório, as que mais acometem os idosos são as pneumonias, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e a tuberculose pulmonar.

- **Pneumonia**

É a doença do sistema respiratório mais frequente na população idosa, caracterizada pela inflamação do parênquima pulmonar devido a uma infecção, seja ela por bactérias (maioria), vírus ou fungos. Pode ser causada pela migração de bactérias próprias do indivíduo, que colonizam a garganta, para os pulmões, pela inalação de partículas contendo os micro-organismos provenientes da respiração, tosse e espirro de doentes, e, mais raramente, pela disseminação do micróbio para os pulmões a partir de outro local infectado do organismo, através da corrente sanguínea. Os sinais e sintomas mais comuns apresentados pelos idosos são a tosse cheia, com eliminação de secreção esverdeada, febre, dificuldade respiratória (cansaço) e confusão mental.

- **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)**

Representa a segunda doença mais frequente do sistema respiratório do idoso, definida como a associação de bronquite crônica com o enfisema pulmonar. A bronquite crônica consiste na inflamação permanente dos brônquios, dificultando o fluxo de ar pelas vias aéreas periféricas. E o enfisema, por sua vez, é caracterizado pela destruição da parede dos alvéolos pulmonares, levando à perda da elasticidade pulmonar, também com consequente obstrução das vias respiratórias periféricas. A DPOC pode ser causada por diversos fatores, como por exemplo, uso do cigarro, exposição prolongada à poluição do ar (fumaça preta), infecções pulmonares no primeiro ano de vida e por fatores genéticos que facilitem a instalação da doença. É uma doença de progressão longa, de pelo menos 30 anos, apresentando, no início, um quadro clínico sem sintomas ou apenas com tosse pela manhã, e, posteriormente, um cansaço cada vez maior ao realizar atividades físicas, acompanhado de tosse cheia.

- **Tuberculose pulmonar**

A tuberculose é uma doença infecciosa causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium tuberculosis*, o Bacilo de Koch. A sua invasão e disseminação pelo corpo está relacionada à capacidade de sobreviver ao ataque do sistema imunológico e proliferar no interior das células de defesa. Por isso, pode atingir diversas partes do corpo, dentre as quais os pulmões, levando à tuberculose pulmonar. A transmissão da doença se dá por via inalatória, através da aspiração de partículas, contendo o bacilo, eliminadas por pessoas que possuem a doença. Além disso, o indivíduo pode já possuir o bacilo nos pulmões sem apresentar o quadro clínico e, tempo depois, com a diminuição da imunidade própria do envelhecimento, passar a desenvolver a doença. Os sinais e sintomas mais frequentes são a tosse crônica (progredindo de seca para cheia), a perda de peso, febre e eliminação de secreção, pela boca, contendo sangue.

- **Como o cuidador deve agir?**

Devido às mudanças que ocorrem no organismo do idoso, deve-se ter atenção especial com as doenças respiratórias frequentes que acometem as pessoas nessa faixa etária, pois é muito comum a ocorrência de internações hospitalares subsequentes, o que acarreta maior risco de mortalidade para os idosos.

Listamos abaixo os principais cuidados que se deve ter em relação ao sistema respiratório:

1. **Exercícios respiratórios**

Os idosos que possuem restrições de movimentos devem ser estimulados a realizar exercícios respiratórios, a fim de que não haja acúmulo de secreção (catarro) nas vias respiratórias. Isso é importante para ajudar na eliminação das secreções, melhorar a entrada de ar nos pulmões e, ainda, para prevenir a pneumonia. Três atividades podem ser feitas:

- a. Peça para o idoso se sentar, colocar as mãos sobre a barriga e puxar o ar pelo nariz soltando-o pela boca, lentamente.
- b. No mesmo momento em que a pessoa puxar o ar pelo nariz, solicite que levante os braços (não force o movimento) e ao soltar o ar pela boca, peça que abaixe os braços.
- c. Estimule o idoso a tossir. Importante observar a cor da secreção, caso não esteja clara, deve-se encaminhá-lo à consulta médica.

2. Higiene dos ambientes

Os ambientes onde o idoso circula devem sempre estar limpos e ventilados, livres de poeira e fumaça. A limpeza do chão e dos móveis precisa ser feita diariamente, utilizando-se um pano úmido. Não é recomendado usar produtos de limpeza com cheiro muito forte, pois podem provocar alergia e outras irritações respiratórias.

3. Uso de substâncias tóxicas

Deve-se orientar o idoso a não utilizar substâncias tóxicas, tais como cigarro e bebidas alcoólicas. O hábito de fumar é a principal causa de bronquite e enfisema. Também é extremamente importante não expor a pessoa ao fumo passivo.

4. Vacinação

A partir dos 60 anos, a administração de três vacinas são essenciais: vacina contra influenza (gripe), vacina contra pneumococo (pneumonia) e vacina antitetânica (tétano). A vacina da gripe deve ser aplicada anualmente, antes do inverno. A vacina contra pneumococo é aplicada a cada cinco anos. Já em relação a antitetânica, faz-se um reforço a cada dez anos, caso o idoso tenha tomado o esquema básico anteriormente.

5. Realização de exercícios físicos

Exercícios físicos regulares podem melhorar a capacidade respiratória do idoso, pois com o envelhecimento existe a diminuição da força e endurecimento dos músculos respiratórios. A melhor opção são atividades físicas dinâmicas e aeróbicas, tais como: caminhar, pedalar parado (para prevenir quedas), dançar, nadar, hidroginástica e ginástica aeróbica. Essas atividades devem ser repetidas com frequência de três a sete vezes por semana. Importante salientar que, os exercícios físicos devem ser orientados por profissional capacitado.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. *Guia prático do cuidador*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 39-40.
- CAMPINAS. Prefeitura Municipal. Distrito de Saúde Leste. Grupo Pró-idoso. *Manual para Cuidadores Informais de Idosos: Guia Prático*. p. 55. 6. São Paulo. Governo Estadual. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. *Manual dos Cuidadores de Pessoas Idosas*. p. 40.
- COSTA, E.; Porto C.; Almeida J.; Cipullo J.; Martin J. Semiologia do Idoso. In: Porto C. 2005. *Semiologia Médica*. Goiânia: Guanabara Koogan, 2005. p. 154-189.
- MATOS, F. D.; Lima N. K. C.; FERRIOLI E.; MORIGUTI J. C. Doenças do aparelho respiratório. In: Freitas E. V.; PY L.; CANÇADO FAX; Doll J.; Gorzoni M. L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 611-656.
- SOBOTTA, J. *Atlas de Anatomia Humana*, volume 1 e 2. 21. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, volume 1 e 2.
- SOUZA, J. A. G.; IGLESIAS, A. C. R. G. Trauma no Idoso. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v. 48, n. 1. São Paulo, jan./mar., 2002.
- TRIBESS, S.; Virtuoso J. S. Prescrição de Exercícios Físicos para Idosos. *Rev. Saúde Com.*, 2005, 1(2): 163-172.



CAPÍTULO 23

ASPECTOS

FONOAUDIOLÓGICOS

DO

IDOSO



Aspectos fonoaudiológicos do idoso

*Luana Gabriele G. de Souza
Hipólito Virgílio Magalhães Jr.*

A comunicação faz parte da integração social do homem, sendo fundamental para satisfazer suas necessidades básicas, se relacionar com outras pessoas, adquirir novos conhecimentos, compreender e expressar ideias, sentimentos, emoções e informações nos diversos momentos da vida diária. O ato de comunicar envolve habilidades sensoriais, motoras, cognitivas e linguísticas (MAC-KAY, 2010).

À medida que o processo de envelhecimento avança, a comunicação torna-se mais vital para o idoso. A perda gradual de energia física e produtividade econômica tende a isolá-lo e a privá-lo de fontes de informação e de comunicação. O isolamento da sociedade mais jovem e o conseqüente declínio na qualidade de sua comunicação, em razão dos déficits sensoriais, causam profundo impacto nesse indivíduo (HULL, 1992).

O fonoaudiólogo é o profissional da saúde preparado para atuar nas alterações de comunicação e deglutição do idoso. Suas áreas de atuação são a audiologia, linguagem, voz, motricidade orofacial, disfagia, dentre outras.

Estudos indicam que as principais alterações de linguagem no idoso saudável são a dificuldade de encontrar a palavra certa para nomear um objeto ou uma pessoa, tom de voz sufocado, variações de ritmo e pausas – como “éh, ãh, mm”,

prolongamentos de letras finais, ou repetições de palavras – durante a fala. Na contação de histórias, o idoso tende a usar um maior número de palavras e/ou ideias pouco definidas, ambíguas e menos objetivas (MAC-KAY, 2010). Se o idoso apresentar alterações mais graves, que afetem sua comunicação é necessário investigar se há doenças associadas, como demência e depressão, que são frequentes nesta população (MAC-KAY, 2010).

As mudanças fisiológicas relacionadas ao avanço da idade também podem alterar a voz, pois o trato vocal sofre modificações contínuas desde que o indivíduo nasce. As alterações de laringe mais frequentes na senescência são a atrofia de pregas vocais, encontrada em maior porcentagem nos homens, tornando a voz do homem idoso mais aguda, e o edema em mulheres, como consequência de alterações hormonais da menopausa, tornando sua voz mais grave (BRASOLOTTO, 2010).

Em uma pesquisa realizada por Menezes e Vicente (2007) com idosos institucionalizados, entre eles 46 mulheres e 02 homens, a qualidade vocal predominante nos idosos analisados foi rouca, grave e fraca. Entretanto, essas alterações não interferiam no desempenho comunicativo da população estudada. A articulação e a precisão articulatória estiveram preservadas na maioria dos participantes, garantindo uma boa inteligibilidade da fala e permitindo a compreensão do discurso.

Para prevenir alterações vocais, é importante que o idoso faça exercícios físicos apropriados, pois ajudam a manter a função muscular e a coordenação, além de ajudar aos sistemas vascular, nervoso e respiratório. Além disso, que não faça uso de bebidas alcoólicas e cigarros, disponha de alimentação adequada e vida social ativa para que ele tenha a oportunidade de conversar, pois o uso vocal saudável atua como exercícios vocais de função muscular, além de desenvolver as potencialidades comunicativas (BRASOLOTTO, 2010).

De todas as privações sensoriais, a perda auditiva é a que produz efeito mais devastador no processo de comunicação do idoso, afetando a qualidade de vida do idoso portador de deficiência auditiva e daqueles que convivem com ele no dia a dia. A diminuição da audição decorrente do processo de envelhecimento é chamada de presbiacusia. Ela é caracterizada pela perda auditiva mais acentuada para frequências altas (sons agudos), afetando, principalmente, a compreensão da fala. Por isso, é que muitos idosos apresentam a queixa que escuta, mas não entende o que foi dito (RUSSO, 2010).

Kricos e Lesner (1995) resumiram as implicações da deficiência auditiva nos idosos e destacaram que há incapacidade auditiva em igrejas, teatros, cinemas, assim como diante de rádio e televisão; alterações psicológicas, tais como depressão, embaraço, frustração, raiva e medo, causadas pela incapacidade pessoal de se comunicar com os outros; e isolamento social, ou seja, interação com família, amigos e comunidade seriamente afetada. É preciso estar atento às dificuldades e queixas do idoso, e levá-lo ao médico otorrinolaringologista e ao fonoaudiólogo para fazer uma avaliação auditiva e verificar se há necessidade de utilizar aparelhos auditivos para melhorar seu nível de audição, e proporcioná-lo uma melhor qualidade de vida.

Há algumas estratégias que facilitam a comunicação com o idoso que tem dificuldade para ouvir (RUSSO, 2004). Veja a seguir:

- Fale devagar e articule claramente;
- Deixe que ele veja o seu rosto;
- Procure conversar em locais iluminados;
- Não exagere o movimento dos lábios;
- Repita a mensagem para compensar déficit de memória e facilitar a compreensão e aprendizado;

- Altere a frase se não for compreendido e certifique-se de que o foi;
- Use gestos indicativos e representativos para complementar a mensagem;
- Procure locais silenciosos para conversar com ele;
- Garanta a sua atenção, falando próximo a ele;
- Não fale em voz alta, pois o grito não favorece a comunicação, além de aumentar a tensão entre os falantes;
- Seja paciente e tolerante com ele.

Em relação à Motricidade Orofacial, pode existir uma série de adaptações tanto nas estruturas (mandíbula, área oclusal, lábios, língua, bochechas, palato), como nas funções estomatognáticas: sucção, mastigação, respiração, deglutição e fonoarticulação, que podem comprometer a qualidade de vida, pois interferem nas atividades de vida diária como a comunicação do idoso e até mesmo funções importantes como a respiração, mastigação e deglutição, vitais para o ser humano (BILTON, 1999).

A ausência de dentes ou próteses dentárias mal adaptadas no idoso pode causar dificuldades na preparação do bolo alimentar e, conseqüentemente, na deglutição dos alimentos, podendo causar problemas nutricionais (CARDOS; BUJES, 2010).

A deglutição (ato de engolir alimentos ou saliva) pode se modificar devido ao envelhecimento natural ou por consequência de várias doenças, portanto é fundamental reconhecer quando a alteração encontrada faz parte do desgaste natural, o que é normal, e quando faz parte de alguma doença. Alterações como diminuição da quantidade de saliva na boca, lentificação dos processos de mastigar e engolir, escolha de alimentos mais moles (quase sempre por problemas dentários) são normais no envelhecimento (MARCHESAN, 2004).

A disfagia é uma alteração na deglutição que pode ocorrer em diferentes fases da vida, e trazer sérias consequências à saúde. Na disfagia, ocorre um desvio do alimento ou da saliva para as vias aéreas, obstruindo-as parcialmente ou completamente. Pode ser causada por acidente vascular encefálico (AVE ou AVC conhecido como derrame), traumatismo crânio-encefálico, doenças neurológicas como Parkinson, Alzheimer, e câncer de cabeça e pescoço. Ou ainda devido a próteses dentárias mal adaptadas, refluxo gastroesofágico grave e após longos períodos de intubação. É importante entender que além de provocar problemas emocionais e isolamento social, a disfagia causa problemas sérios como desidratação e pneumonia, além do risco de morte por asfixia (CFFa, 2013).

Os sintomas são: grandes dificuldades para mastigar, dificuldade de manter o alimento na boca, ficar deglutindo várias vezes o mesmo alimento que foi colocado na boca, dificuldade ao engolir, mudança da postura da cabeça no momento da deglutição, sensação de bolo na garganta, tosses ou engasgos frequentes causados por alimentos ou pela saliva, muito cansaço, restos de comida na boca após a refeição e não notar, pigarro, febres constantes, rouquidão logo após as refeições e mudança nos hábitos alimentares como a escolha de alimentos mais pastosos ou evitar comer (MARCHESAN, 2004). As alterações da deglutição devem ser diagnosticadas e tratadas conjuntamente por médicos, enfermeiros, nutricionistas e, fundamentalmente, fonoaudiólogos, que são os profissionais aptos ao trabalho específico dessa função (CFFa, 2013).

A alimentação é mais do que uma necessidade, é um ato de socialização, que une pessoas, da amamentação aos jantares de negócios ou reuniões em família, isso sem falar na satisfação do prazer de comer. Essas sensações não precisam ficar apenas na lembrança do idoso. Com algumas dicas é possível continuar a alimentação de forma adequada, reconhecer alterações neste processo e procurar o tratamento adequado. Veja algumas

orientações dadas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa, 2013), que devem ser seguidas durante a alimentação:

- Manter a postura ereta e os pés no chão, de forma confortável. Evitar oferecer comida ao idoso deitado, exceto em casos de orientações específicas;
- Comer sem pressa;
- Manter a prótese dentária bem adaptada;
- Caso necessário ofereça alimentos mais pastosos e líquidos mais grossos, pois o engasgo com alimento líquido é o mais frequente;
- Dê atenção e auxilie o idoso sempre que necessário, pois essas ações são muito importantes para diminuir as complicações provocadas pela disfagia.

O envelhecimento não ocorre igualmente em todo ser humano. Alguns apresentam maiores dificuldades neste processo. Contudo, com o avançar da idade, todos necessitam de atenção e cuidados específicos para que isso ocorra de forma saudável. Envelhecer não é adoecer (CFFa, 2013).

Referências

- BILTON, T. L.; SUSTOVICH, D. R. Avaliação Fonoaudiológica. In: SUSTOVICH, D. R. *Semiologia do idoso para o clínico*. São Paulo: Sarvier; 1999. p. 4-81.
- BRASOLOTTTO, A. G. Voz e Qualidade de Vida na Terceira Idade. In: FERNANDES, F. D. M.; MENDES, B. C. A.; NAVAS, A. L. P. G. P. *Tratado de Fonoaudiologia*. 2. ed., São Paulo: Roca, 2010. p. 709-711.
- CARDOS, M. C. A. F.; BUJES, R. V. A saúde bucal e as funções da mastigação e deglutição nos idosos. *Rev. Estud. Interdiscipl. Envelhec.*, Porto Alegre, v. 15, n. 1, 2010.
- CFFa. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. *Viver a vida sem perder o sabor é envelhecer com saúde*. São Paulo, SP. Disponível em:

<<http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/pubmanual5.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2013.

HULL, R.H. The impact of hearing loss on older persons: a dialogue. In: HULL, R. H. (Ed.). *Aural Rehabilitation*. 2. ed., San Diego: Singular, 1992.

KRICOS, P. B.; LESNER, S. A. *Hearing Care for Older Adult Audiologic Rehabilitation*. Boston: Butterworth-Heinemann, 1995.

LIMA, R. M. F. *et al.* Adaptações na mastigação, deglutição e fono-articulação em idosos de instituição de longa permanência. *Rev. CEFAC*, São Paulo, 2009.

MAC-KAY, A. P. M. G. Linguagem e Gerontologia. In: FERNANDES, F. D. M.; MENDES, B. C. A.; NAVAS, A. L. P. G. P. *Tratado de Fonoaudiologia*. 2. ed., São Paulo: Roca, 2010. p. 386-388.

MARCHESAN, I. Q. Distúrbios da Motricidade Orofacial. In: RUSSO, I. C. P. *Intervenção fonoaudiológica na terceira idade*. 1. reimp., Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 96-98.

MENEZES, L. N.; VICENTE, L. C. C. Envelhecimento vocal em idosos institucionalizados. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 9, n. 1, mar. 2007.

RUSSO, I. C. P. Distúrbios da Audição: a presbiacusia. In: RUSSO, I.C.P. *Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade*. 1. reimp., Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 77-78.

RUSSO, I. C. P. Intervenção Audiológica no Idoso. In: FERNANDES, F. D. M.; MENDES, B. C. A.; NAVAS, A. L. P. G. P. *Tratado de Fonoaudiologia*. 2. ed., São Paulo: Roca, 2010. p. 193-194.



CAPÍTULO 24

ATIVIDADES FÍSICAS

DIRECIONADAS

AO

IDOSO



Atividades físicas direcionadas ao idoso

*Lívia Maria de Azevedo
Rhomy Guimel Pereira
Vilani Medeiros de A. Nunes*

Neste capítulo iremos falar um pouco sobre Atividade Física seus benefícios e qual a dificuldade em inseri-la no nosso dia a dia.

Mas o que é Atividade Física? É tudo que fazemos de movimento durante o dia, como por exemplo, subir uma escada, andar até o supermercado, limpar a casa, lavar roupa e outras atividades do dia a dia. Porém, toda atividade física que fazemos de forma orientada e sistematizada, no tempo em que dispomos a nos exercitar, com horário determinado, com duração, intensidade e frequência é considerado exercício físico, por exemplo, caminhada, dança, hidroginástica, ciclismo.

Estudos subdividem prática da atividade física em quatro dimensões:

- lazer;
- deslocamento ativo (andando a pé ou de bicicleta);
- atividades domésticas (lavar, passar etc.);
- laboral (atividades relacionadas à tarefa profissional).

A primeira dimensão pode ser classificada como uma atividade estruturada enquanto que as demais, como não estruturadas, realizadas espontaneamente ao longo do dia.

Alguns autores recomendam os tipos e quantidades de exercícios físicos necessários para melhorar e manter a saúde dos idosos. Para obter um bom resultado com a prescrição de atividade física para o idoso devemos levar em consideração a modalidade, duração, frequência, intensidade e modo de progressão; além das necessidades físicas, características sociais e psicológicas do idoso.

Os cuidados básicos da vida diária são estimulados através de exercícios e massagens onde os movimentos importantes do dia a dia são mantidos ou recuperados, como por exemplo, pegar um garfo, pentear o cabelo e vestir uma roupa, mantendo o autocuidado e a independência possível para fazer a higiene pessoal, arrumar-se, vestir-se e locomover-se, preservando seu desenvolvimento pessoal e social, principalmente na participação no ambiente o qual está inserido.

O desenvolvimento populacional e o acesso às tecnologias trouxeram grandes benefícios para a população humana. Atualmente, não é preciso caminhar muito para chegar ao trabalho ou escola, ficou mais fácil pegar um ônibus, comprar um automóvel, motocicleta, e os empregos a cada dia surgem em escritórios, onde se trabalha sentado o tempo todo. Esses hábitos de vida têm causado alguns problemas de saúde à medida que nos tornamos menos ativos fisicamente, o que pode ser solucionado com a prática da atividade física.

Entretanto, o que precisamos fazer para preservar os nossos movimentos é respeitar o nosso corpo em qualquer fase da vida, mas principalmente quando começamos a sentir os sinais do envelhecimento. Praticar atividade física é uma boa opção, mas muitas vezes quando nos perguntam por que não fazemos exercícios físicos, respondemos da forma mais

conveniente, pois é mais fácil adiar o início dessas atividades e simplesmente dar desculpas como: “Ah! Não faço atividade física porque não tenho tempo, não gosto, não preciso, cansa, meu corpo dói, não sei como fazer, já estou velho e por aí vai...”.

Na verdade, podemos fazer atividade física em qualquer lugar até mesmo na cama, pois quando acordamos precisamos nos alongar. Experimente espreguiçar-se e perceba a reação do seu corpo, para muitos há uma sensação de alívio e bem estar.

No seu trabalho você pode inserir a atividade física e com poucos dias você sentirá que irá beneficiar a você, aos seus companheiros de trabalho e principalmente aos idosos. Você estará contribuindo para o seu corpo suportar melhor as atividades do dia a dia, tornando seu dia mais prazeroso, afinal de contas a atividade física libera substâncias no corpo que nos faz sentir relaxados e estimulados, prontos para o que der e vier. Além de melhorar o desempenho e o sono, tornando-nos mais recuperados e restaurados.

Os exercícios físicos contribuem para que não se tenha tantos gastos com medicamentos e riscos de quedas que são fatores que prejudicam a você, o idoso e seu ambiente de trabalho, intensificando os seus afazeres no seu dia a dia e elevando os gastos da instituição.

Lembre-se sempre que praticar atividade física requer cuidados e atenção, devemos saber a importância da hidratação e beber bastante água, principalmente as pessoas idosas, pois a falta de água no corpo pode apresentar vários sintomas desconfortáveis, como por exemplo, tonturas. Os exercícios físicos não devem ser realizados de forma mecânica, devemos estar atentos ao que está acontecendo no momento de sua realização. Você não estará perdendo tempo ou deixando seu trabalho de lado ou atrasado, estará apenas achando outra forma de realizá-lo.

Então, precisa de mais algum argumento para deixar as desculpas de lado, pensar na atividade física como benefício

e partir para a ação, começando a se mexer e incentivar os amigos a fazerem o mesmo?

Vamos lá, seja você um incentivador de mudanças de comportamento no dia a dia do seu trabalho, torne-o diferente, prazeroso e saudável, isso fará bem a você, aos seus amigos e aos idosos, todos irão ganhar com um estilo de fazer o seu dia mais saudável.

Diante do que já foi dito, como nós cuidadores podemos contribuir para a prática de atividade física dos idosos?

A Organização Mundial da Saúde (MS, 2010) recomenda 30 minutos de caminhada diária para melhorar as taxas sanguíneas, como por exemplo, o colesterol (gordura), glicose (açúcar) e a condição física geral.

Levando em consideração as condições físicas dos nossos idosos, podemos dividi-los em grupos e começarmos nossa caminhada com 10 minutos e ir aumentando o tempo gradativamente até chegar aos 30 minutos.

Se não temos espaço para caminhar, podemos usar o refeitório, sala, varanda ou qualquer espaço que tiver disponível e adaptá-lo para fazer exercícios de alongamentos suaves, que irão melhorar a flexibilidade e mobilidade, tornando mais fácil levantar e sentar, abaixar para pegar algo que caiu no chão, levantar os braços para pegar algo que esteja no alto ou pentear os cabelos.

Se nossos idosos não podem ficar em pé ou não se locomovem com facilidade, podemos fazer nossas atividades com eles sentados em cadeiras. Para ficar mais agradável, colocamos uma música suave para seguir o ritmo e fazer movimentos suaves nas articulações do corpo dos idosos, como pescoço,

ombros, cotovelos, punhos, mãos, coluna, quadril, joelhos, tornozelos e pés.

Nas sessões de alongamento em pé ou sentado, podemos utilizar bolinhas feitas de pano, para estimularmos nossas mãos e pés, este exercício estimula o tato e a circulação do sangue nestas regiões, muito indicado aos diabéticos que necessitam de boa circulação nas extremidades do corpo, regiões que serão comprometidas com o processo deste agravamento.

Se o idoso não levanta da cama, mas tem consciência, podemos estimulá-lo a fazer alguns movimentos na cama, com a cabeça, com os braços e pernas por cinco minutos todos os dias e ir aumentando conforme sua adaptação.

Se ele não entende o que falamos, podemos por cinco minutos tocá-lo de forma respeitosa, afetuosa e sensível, estimulando sua pele delicada, pois o idoso tem a pele bem mais delicada que a nossa, e massagear suavemente seus braços e suas mãos, suas pernas do joelho até os pés. Isso irá aliviar a tensão e ativar a circulação do sangue.

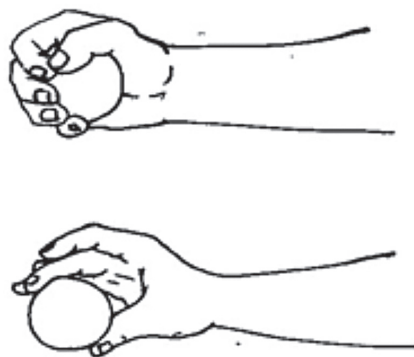
Sempre ao final de nossas atividades é importante que façamos o exercício do abraçar, de forma respeitosa e afetuosa. No início talvez não seja tão fácil, pois não estamos acostumados, mas com o tempo sentiremos que este gesto faz bem à nós e aos outros. O toque é uma grande ferramenta de cura, ele nos aproxima das pessoas sem palavras.

No entanto, lembre-se que é muito importante consultar um médico para uma avaliação antes de iniciar um programa de atividade física para que você saiba como está sua atual condição física, porém, adotar um estilo de vida ativo e saudável está ao alcance de todos independente de sua condição física, lembrando que adotar estes novos hábitos com atividades leves e moderadas serão para melhorar sua saúde e qualidade de vida.

Agora, veremos alguns exercícios de alongamento:

Exercícios para dedos, mãos, punhos e antebraços

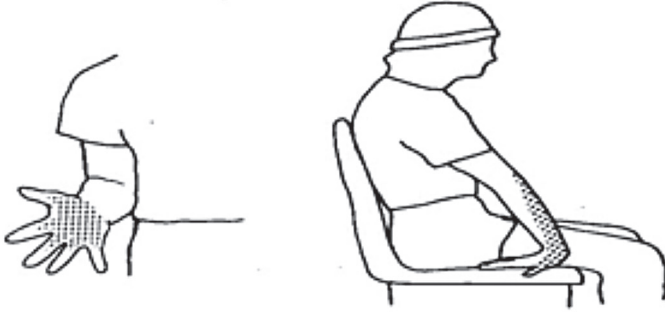
O exercício progressivo que pode ser feito em qualquer lugar é o de apertar uma bola. Isto fortalece dedos, mãos, punhos e antebraços. Você precisa de força nestas áreas para diversas atividades atléticas, bem como para a execução das tarefas cotidianas. Você pode carregar uma bola de borracha (de mais ou menos 6 a 7cm de diâmetro) na bolsa ou no carro. Desta maneira, em alguns momentos livres, você poderá utilizá-la para desenvolver músculos que a maioria das pessoas nem têm em mente.



Há diversas formas de se apertar uma bola. Primeiro, aperta-se a bola em uma das mãos, usando todos os dedos e o polegar. Faça isso até sentir a mão ir ao máximo do movimento, e depois repita mais algumas vezes.

Desenvolva força e resistência apertando a bola várias vezes. Estes exercícios desenvolvem músculos negligenciados que muito irão contribuir para o desenvolvimento geral e para a prevenção de lesões. Aprenda a agir e desenvolva-se a si mesmo; tome consciência das pequenas coisas que podem ajudá-lo a se desenvolver mais. Esta ideia é especialmente válida se você

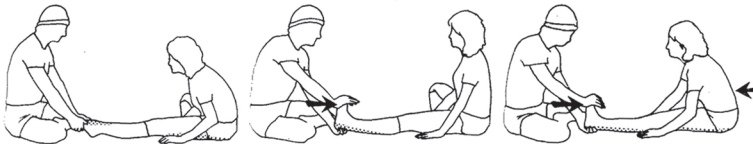
depende de seu corpo para trabalhar, como seria com o atleta profissional ou com o operário da construção civil. Fortaleça suas mãos e ajude-se.



Para alongar as mãos após apertar a bola, separe e estenda (estique) os dedos por 5 segundos. Faça duas vezes e alongue os antebraços.

Após ter feito 3 ou 4 conjuntos de 8 com 20 a 25 repetições cada, outra pessoa deverá puxar delicadamente seu pé, como o ilustra o desenho. Nesse caso, você se inclina lentamente para frente para alongar o peito do pé, permanecendo em um alongamento confortável de 10 a 20 segundos.

Para alongar a panturrilha, apoie o calcanhar na palma da mão do parceiro. Ele deverá dorsofletir seu pé e estender o tornozelo, empurrando a região do implante dos dedos do pé em direção à perna. Mantendo o pé na posição da figura, proporcionando um alongamento suave para os músculos da perna. Fique na postura cerca de 15 segundos.





Para aumentar o alongamento, incline-se lentamente à frente, desde os quadris, enquanto o parceiro mantém a posição de alongamento. Desta forma, deverá ser possível alongar a perna inteira, mesmo que talvez você só consiga sentir a panturrilha. Continue o exercício até sentir um bom alongamento, de 30 a 40 segundos, mas não force.

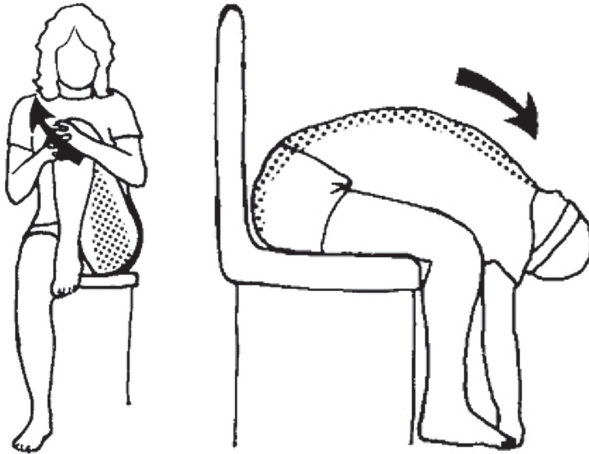
Após seu parceiro ter soltado as mãos de seu pé, exercite a perna, dobrando-se à frente desde os quadris. Agora a perna deverá estar mais flexível. Volte bem devagar de cada posição de alongamento.

Este alongamento a seguir pode fazer pensar as pessoas em volta que você é esquisito, mas, na verdade, muito da tensão em seu rosto vem de enrugar a testa ou de apertar os olhos devido ao esforço ocular.



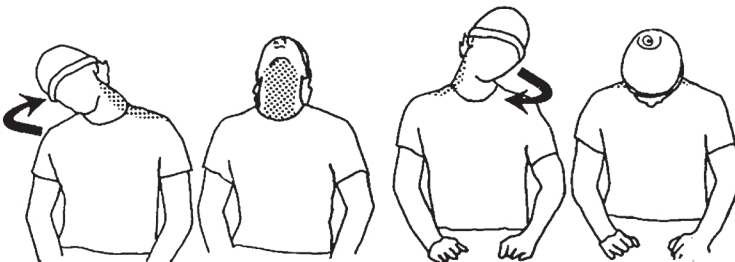
Erga as sobrancelhas e abra bem os olhos, o máximo que conseguir. Abra a boca ao mesmo tempo, para alongar os músculos ao redor do nariz e do queixo. Estique a língua toda para fora. Permaneça de 5 a 10 segundos, conseguindo

que desapareça a tensão dos músculos de sua face, e que você consiga sorrir.



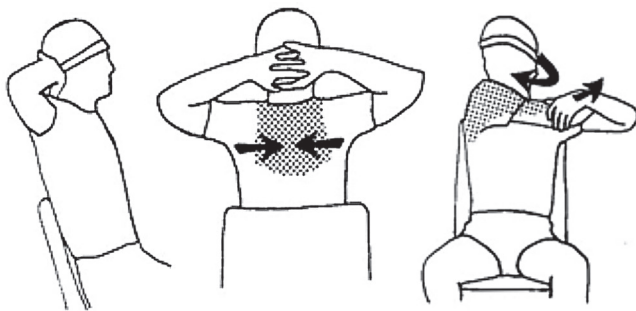
Segure a perna logo abaixo do joelho, puxe-a de leve em direção ao peito. Para isolar o alongamento na lateral da coxa, use o braço esquerdo para puxar a perna dobrada, cruzando o peito no sentido do outro ombro. Permaneça por 30 segundos em um alongamento suave. Faça de ambos os lados. Dobre-se à frente para alongar a parte de baixo das costas e para aliviar a tensão. Mesmo se não sentir o alongamento, ele é bom para a circulação. Faça o exercício de 45 a 50 segundos. Depois apoie as mãos nas coxas para ajudar a voltar para a posição ereta.

Alongamentos para rosto e pescoço



Sente-se em posição confortável, muito lentamente gire a cabeça fazendo um círculo completo, com as costas retas. Enquanto estiver rodando a cabeça, talvez sinta necessidade de se deter e permanecer no alongamento daquela área que mais parecer tensa. Faça isso, mas sem forçar. Na permanência de uma postura, mantenha-se relaxado e aos poucos a porção de seu corpo irá ceder, soltando-se.

Com dedos entrelaçados atrás da cabeça, mantenha os cotovelos voltados para fora, bem abertos, estando o tronco numa posição boa, ereta. Agora pense em trazer as escápulas uma de encontro à outra, criando uma sensação de tensão no alto das costas e nas escápulas. Permaneça com a sensação de liberar tensões de 8 a 10 segundos, depois relaxe. Faça várias vezes. Esse é um bom movimento para ser feito se você sente os ombros ou as costas tensos ou rígidos.



Segure o braço direito logo acima do cotovelo com a mão esquerda. Agora puxe devagar o cotovelo na direção do ombro esquerdo enquanto olha por cima do ombro direito. Permaneça no alongamento por 10 segundos. Faça dos dois lados.

Alongamento para o antebraço

Com a palma da mão totalmente apoiada, polegar voltado para fora e dedos apontados para trás; incline lentamente o braço para trás para alongar o antebraço. Faça com que as

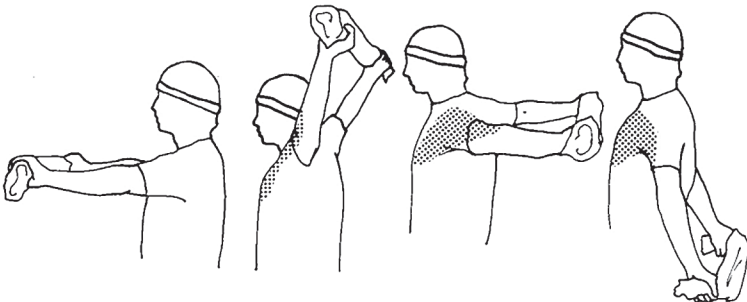
palmas fiquem completamente apoiadas. Faça dos dois lados. Pode-se alongar os dois antebraços ao mesmo tempo.



Alongamentos para o tronco usando toalha

A maioria das pessoas pega uma toalha nas mãos pelo menos uma vez por dia. A toalha pode ajudar nos alongamentos dos braços, ombros e peito.

Pegue a toalha pelas pontas, de modo que possa deslocá-la de braços estendidos à frente, acima e abaixo da cabeça, e nas costas. Não force. As mãos devem estar distantes uma da outra o suficiente para serem possíveis movimentos relativamente livres nas direções acima mencionadas.

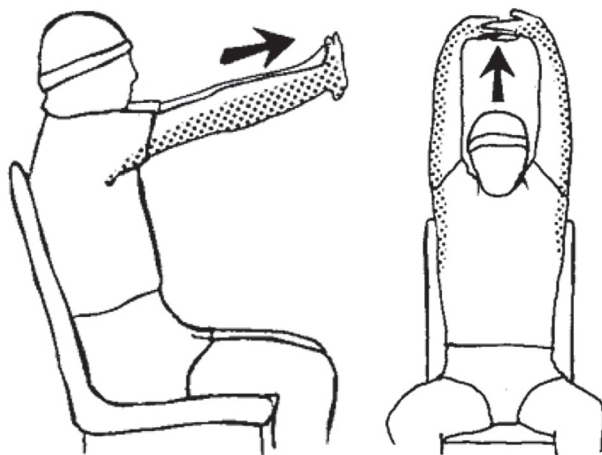


Para intensificar o alongamento, traga as mãos um pouco mais para perto uma da outra e, de braços estendidos, repita os movimentos. Faça-os devagar, sentindo os alongamentos. Não exagere! Se você não conseguir executar os movimentos para cima, atrás e para baixo completamente, com os braços estendidos, é porque as mãos estão juntas demais. Afaste-as um pouco.

É possível permanecer no alongamento em qualquer uma das fases deste movimento. Assim você irá isolar os músculos de áreas particulares, intensificando os alongamentos. Por exemplo: se seu peito estiver tenso e dolorido, é possível isolar o alongamento nessa parte do corpo segurando a toalha, na altura dos ombros, com os braços estendidos para trás, conforme mostra a ilustração. Permanência de 10 a 20 segundos.

Alongamentos na posição sentada

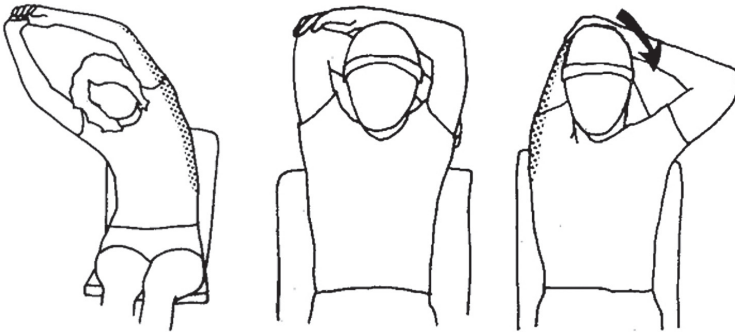
Eis aqui uma série de alongamentos que você pode fazer sentado. São bons para pessoas que trabalham em escritórios ou não podem ficar em pé. Você pode aliviar a tensão e energizar partes de seu corpo que se tornaram tensas por ficar muito tempo nesta posição.



Entrelace os dedos, estenda os braços à sua frente com as palmas viradas para fora. Sinta o alongamento nos braços e no alto das costas (escápulas). Permaneça pelo espaço de 20 segundos. Faça pelo menos duas vezes. Depois, entrelace os dedos novamente, vire as palmas para fora, acima da cabeça, estendendo os braços. Pense em alongar os braços sentindo o alongamento pelos braços e alto da caixa torácica. Permaneça só naquele alongamento que proporcionar conforto. Faça por três vezes. Permanência de 10 segundos.

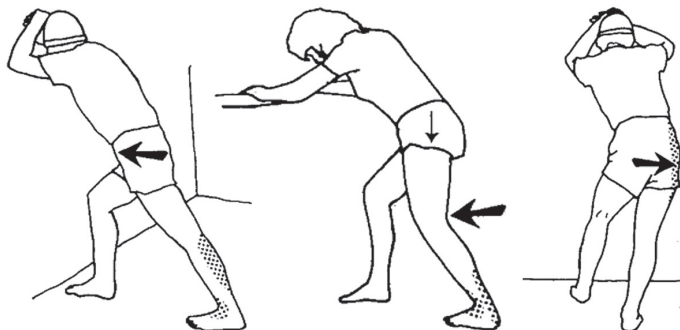
Com braços estendidos para cima, pegue a borda externa da mão esquerda com a direita e puxe o braço esquerdo para o lado. Estenda os braços tão confortavelmente quanto possível. Este movimento irá alongar o braço e a parede lateral do corpo e ombros. Permaneça por 15 segundos e faça de ambos os lados.

Segure o cotovelo direito com a mão esquerda e depois puxe-o delicadamente por trás da cabeça até sentir uma tensão suave de alongamento no ombro ou parte de trás do braço (tríceps). Mantenha um alongamento suave por 30 segundos. Não exagere.



Alongamentos em pé para pernas e quadris

Esta série de alongamentos ajudará no andar e no correr. Dará flexibilidade e energia para as pernas. Todos os alongamentos seguintes podem ser realizados em pé.

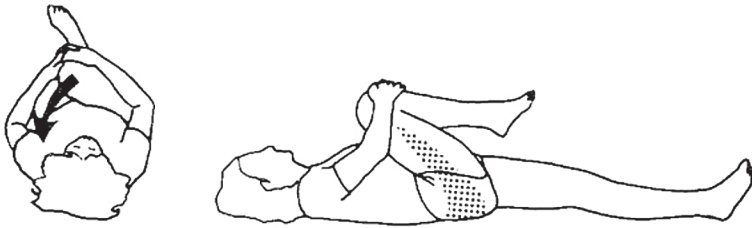


Para alongar a panturrilha, fique um pouco longe de um suporte sólido e apoie os antebraços com a cabeça deitada sobre as mãos. Dobre uma das pernas e leve o pé à frente, apoiado no chão, enquanto a outra perna fica reta e atrás. Leve os quadris lentamente à frente, enquanto a parte de baixo das costas fica reta. Faça com que o calcanhar da perna estendida não saia do chão, com os artelhos (dedos) apontados para frente ou no máximo ligeiramente voltados para dentro, na permanência do alongamento. Permaneça num alongamento suave por 30 segundos. Não faça balanceios. Alongue a outra perna.

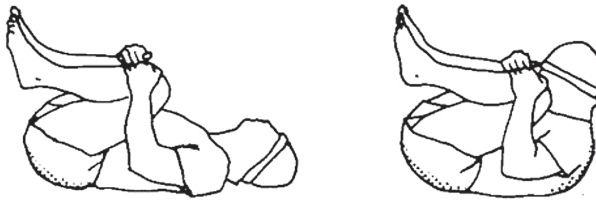
Para criar um alongamento que pegue a panturrilha e o tendão de Aquiles, abaixe os quadris na direção do chão enquanto o joelho se flexiona (dobra) um pouco. Fique sempre com as costas retas. O pé de trás deve ficar voltado um pouco para dentro ou então bem reto à frente, durante o alongamento. Mantenha o calcanhar abaixado. Este é um bom alongamento para desenvolver a flexibilidade do tornozelo. Permaneça no alongamento por 25 segundos. A área do tendão de Aquiles só precisa de uma pequena sensação de alongamento.

Para alongar a parede lateral dos quadris, comece da mesma posição que no alongamento da panturrilha. Alongue o lado direito de seu quadril virando-o ligeiramente para dentro. Projete para o lado a parede lateral do quadril direito ao apoiar-se bem de leve sobre os ombros, na direção oposta dos quadris. Permaneça num alongamento suave por 25 segundos. Faça dos dois lados. O pé da perna estendida deve estar apontado exatamente à frente e o calcanhar apoiado no chão.

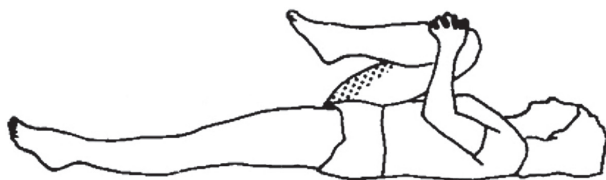
Alongamentos na posição deitada



Segure o joelho na direção e sentido do peito e depois suavemente puxe-o na direção do ombro oposto, para criar o alongamento na parte lateral do quadril direito. Sustente um alongamento suave durante 20 segundos. Faça dos dois lados.

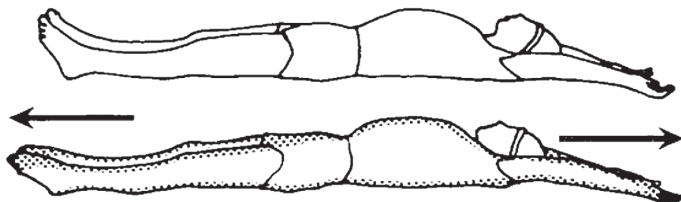


Nesta posição, depois de puxar para o peito uma perna de cada vez, segure as duas ao mesmo tempo. Desta vez concentre-se em manter abaixada a parte de trás da cabeça e só depois trazê-la enrolada para cima, em direção dos joelhos.

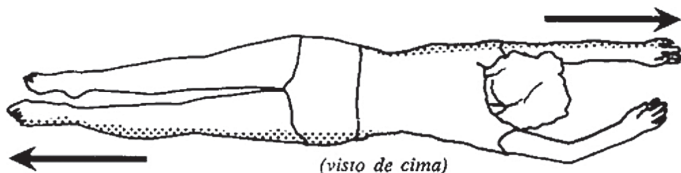


Traga a perna direita para o peito. Para fazer o alongamento acima, mantenha a parte de trás da cabeça no chão ou colchão, se possível, mas sem tensões. Mantenha um alongamento suave durante 30 segundos. Repita, trazendo a perna direita em direção do peito. Certifique-se de manter a parte baixa das costas apoiada totalmente no chão. Se você não sentir mesmo nenhum alongamento, não fique preocupado. Se gostar de ficar nessa posição, utilize-a, é boa para pernas, pés e costas.

Agora estenda novamente as duas pernas. Alongue-se e relaxe.

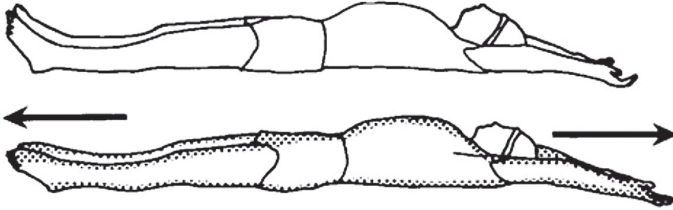


Agora estenda novamente as duas pernas. Alongue-se e relaxe.

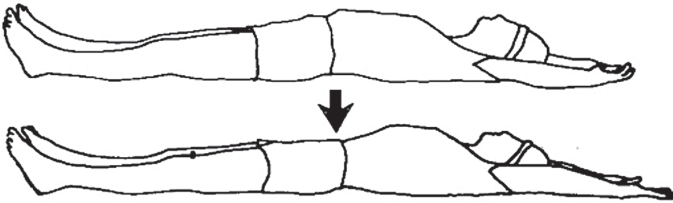


Agora se exercite na diagonal. Estenda os artelhos (dedos) do pé esquerdo enquanto os dedos da mão direita e todo o braço também se alongam. Alongue-se até onde for confortável. Fique

por 5 segundos e depois relaxe. Agora alongue a perna direita e o braço esquerdo, ao mesmo tempo, de forma semelhante. Mantenha cada alongamento durante pelo menos 5 segundos e depois relaxe.



Voltando à posição, alongue as duas pernas e os dois braços ao mesmo tempo. Fique 5 segundos na postura e depois relaxe. Este é um bom alongamento para os músculos da caixa torácica, abdominais, para a coluna, para os ombros, braços, tornozelos e pés.




Como variação deste alongamento, contraia os músculos abdominais enquanto faz o alongamento. Isto fará com que você se sinta magro. Exercício excelente para as vísceras. Você pode fazer estes alongamentos quantas vezes desejar. Em geral, três vezes são suficientes para reduzir a tensão e a rigidez. São propícios para manter a coluna descontraída e o corpo todo solto, ajudando a reduzir a tensão geral do corpo rapidamente. Você pode fazer estes alongamentos antes de dormir.

Referências

- ANDERSON, B. *Alongue-se*. São Paulo: Summus, 1983.
- BERTHERAT, T.; BERNSTEIN, C. *O corpo tem suas razões: antiginástica e consciência de si*. 7. ed., São Paulo, Martins Fontes, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).
- 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, 2007. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19).
- LOWEN, A.; LOWEN, L. *Exercícios de Bioenergética: um caminho para a saúde vibrante*. Ágora, 1987.
- MACIEL, Marcos Gonçalves. *Atividade Física e Funcionalidade do Idoso* (artigo de revisão). Escola de Educação Física, Fundação Helena Antipoff, Ibitipetá, MG, Brasil. Motriz, Rio Claro, v.16, n. 4, p. 1024-1032, out./dez., 2010.
- MONTAGU, A. *Tocar: O significado humano da pele*. São Paulo: Summus, 1988.
- PINTO, M. E. B.; DEMARZO, M. M. P. *Orientação à atividade física*. In: Gusso, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). *Tratado de medicina de família em comunidade: Princípios, formação e prática*. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2, cap. 65, p. 564-579.



CAPÍTULO 25
AS DOENÇAS
e agravos de
NÃO TRANSMISSÍVEIS
(DANTs)
NO IDOSO



As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) no idoso

*Alana Dantas de Melo
Andressa Vellasco B.Costa
Grasiela Piuvezam*

No mundo, foram registradas 57 milhões de mortes em 2008, das quais 36 milhões (63%) ocorreram devido a complicações decorrentes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Nessa perspectiva, houve predomínio das doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. Desses registros, é válido destacar que aproximadamente 80% das mortes relacionadas às DCNTs ocorreram em países de baixa ou média renda, os quais são constituídos por apenas 29% de pessoas com idade inferior a 60 anos.

No contexto brasileiro, as doenças crônicas não transmissíveis constituem-se como um dos principais problemas de saúde da atualidade. Tais enfermidades configuram-se como causa de morte em uma taxa de 72%, havendo destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). Embora predominem em grupos caracterizados pela elevada vulnerabilidade (como os idosos), elas podem acometer qualquer indivíduo.

O que são as DANTs?

As DANTs constituem um grupo de doenças vasto e heterogêneo cujo controle é de grande importância para a saúde pública, pois são a principal causa de mortalidade em todo o mundo atualmente. Além disso, são responsáveis por elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral.

Quais são as principais DANTs?

- Doenças crônicas não transmissíveis, cuja característica mais comum é a ausência de infecção e/ou contágio clássico: doenças cardíacas e cerebrovasculares (como acidente vascular cerebral, conhecido popularmente como “derrame”), cânceres, diabetes, hipertensão arterial;
- Doenças mentais: depressão, síndrome do pânico, neuroses e psicoses, além do uso de álcool e drogas lícitas e ilícitas;
- Doenças genéticas;
- Agravos causados por acidentes e violências, que possuem como consequência lesões físicas e emocionais além de grande ônus social. Nesse extenso grupo estariam inclusos os traumatismos em geral, os acidentes de trabalho e de trânsito e a violência doméstica.

Como são caracterizadas essas doenças e agravos?

Caracterizam-se por múltiplas causas, podendo ser de longo tempo de evolução ou acontecimentos isolados (acidentes, violência, acidente vascular cerebral). Além disso, podem evoluir para óbito ou para recuperação com sequelas e necessidades de reabilitação e readaptação às novas condições de vida, estando

relacionada ao estilo de vida da população. Muitas delas são decorrentes de hábitos não saudáveis, tais como: alimentação inadequada ou insuficiente (em quantidade e qualidade); falta de atividade física (sedentarismo); tabagismo, álcool e outras drogas (lícitas ou ilícitas).

Por outro lado, certas condições podem favorecer ainda mais o aparecimento de determinadas doenças e agravos, tais como: condições ambientais (poluição atmosférica, convivência com o estresse urbano, violência, exposição à radiação solar e outros elementos cancerígenos), aspectos sociais, discriminação racial ou contra a mulher e outras situações de vulnerabilidade social; aspectos ocupacionais (como situações de estresse no trabalho, subemprego e desemprego).

Como é possível melhorar as condições de quem possui DCNT?

Na perspectiva de obter melhores condições, por sua vez, pode-se afirmar que ações de promoção de saúde (objetivando reduzir os fatores de risco) aliadas a melhorias na atenção à saúde e ao diagnóstico e tratamento precoces favorecem o estabelecimento de uma vida com maior qualidade para quem possui DCNT. Além disso, é necessário conscientizar-se de que os fatores de risco primordiais para o desenvolvimento de DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, o sedentarismo e o consumo exagerado de álcool, os quais são os principais responsáveis pela epidemia de sobrepeso vivenciada atualmente no mundo, bem como pela elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica e pelo aumento na taxa de colesterol.

Qual a importância das DCNTs?

A prevalência de DCNT no contexto atual e o elevado número de mortes decorrentes desse tipo de enfermidade constituem uma temática preocupante para toda a sociedade. A tendência para o surgimento dessas doenças, apresenta um

aumento substancial com o transcorrer do tempo devido ao crescimento e envelhecimento populacional, bem como às transições econômicas e às mudanças do comportamento da sociedade atual, além dos fatores de risco ocupacionais e ambientais.

Qual o papel dos cuidadores no contexto das DANTS?

Devido à sua longa duração e magnitude, as DANTS demandam intensa atuação de cuidadores, projetos terapêuticos e acesso aos serviços de Saúde, sendo necessário um acompanhamento regular para a obtenção de melhores resultados. Trata-se de abordar quadros de sofrimento capazes de prolongar-se, alterando a dinâmica cotidiana dos sujeitos e suas relações, tornando necessário o uso continuado de medicamentos específicos e mudanças nos hábitos de vida.

Nesse contexto de alteração de hábitos, faz-se necessário atentar para a qualidade da alimentação do idoso e os cuidadores possuem participação ativa nesse processo. Acerca desse tema, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) aponta as DCNTs como uma de suas sete diretrizes, afirmando que a promoção de uma alimentação saudável apresenta impacto significativo na prevenção e do controle destas doenças, sendo importante difundir essa ideia para todas as faixas etárias.

Por serem de extensa duração, os pacientes muitas vezes não se adaptam tão facilmente às DANTS, além do fato de elas comporem uma nova realidade que nem sempre está clara para o paciente, constituindo-se, desse modo, como causa de tensão, angústia e contradições. Torna-se necessário, portanto, a presença de cuidadores no processo inicial para conferir uma forma de abordagem compreensível e adaptada à cultura da pessoa, reconhecendo suas singularidades e limites, para promover a compreensão sobre a doença ou agravo. Além disso, o cuidador deve se disponibilizar para apoiar o processo de

adaptação, mostrando-se presente e disponível para o idoso à medida que ocorram possíveis necessidades e demandas.

Outro aspecto essencial na atuação dos cuidadores consiste na manutenção da linha de cuidado e na promoção do autocuidado apoiado. As linhas de cuidado iniciam-se na atenção básica e vão até as ações de média e alta complexidade. No âmbito da atenção básica, estão as mudanças de hábitos alimentares, a prática de atividade física, a avaliação clínica sistemática e o acesso aos medicamentos capazes de manter sob controle os níveis de pressão arterial e glicemia. Nessa configuração, os cuidadores (junto com a família e os amigos) surgem como peças fundamentais para estimular os idosos a mudarem seus hábitos e a utilizarem corretamente os medicamentos.

No tocante ao autocuidado, por sua vez, ele objetiva conscientizar os portadores de condições crônicas sobre sua situação e suas melhores opções, bem como capacitá-los a utilizar os melhores recursos disponíveis para ajudá-los a superar as dificuldades e estabelecer hábitos de vida que favoreçam sua saúde. Para que o autocuidado seja efetivo, o portador da condição crônica precisa do apoio de família, dos amigos, das organizações comunitárias e, muito especialmente, da equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família. Contudo, o destaque deve ser dado aos apoiadores mais próximos: a família, os cuidadores e os amigos.

Em relação ao uso de medicamentos, é pertinente enfatizar que, com o avançar da idade, ocorrem mudanças estruturais e funcionais capazes de alterar a forma como as drogas atuam no organismo, assim como este se comporta, sendo, então, imprescindível, atentar para o uso correto das doses de cada medicamento, bem como a possibilidade de interação com outros medicamentos ou com alimentos. Além de participar desse momento de adequação das drogas utilizadas pelo idoso, o cuidador também será fundamental para que o tratamento seja

feito corretamente, pois diversos aspectos (como a complexidade dos esquemas terapêuticos, o declínio cognitivo, a redução da acuidade visual e a possibilidade de associação de várias DCNTs) contribuem para que ocorram erros no tratamento, tornando-o ineficaz para o seu propósito.

Por fim, é importante lembrar que o desejo de sentir-se cuidado é particularmente importante quando os problemas de saúde são complexos demais para a construção de uma cura. Desse modo, é válido salientar que o cuidado integral não é capaz de eliminar completamente o sofrimento, mas pode interferir de forma bastante positiva na vida do indivíduo, sendo o cuidador um agente significativo no desenrolar do processo saúde-doença do idoso, bem como no controle da progressão e das consequências acarretadas pelos agravos e doenças não transmissíveis.

Referências

- ALWAN, A. *et al.* Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: Progress and capacity in high-burden countries. *The Lancet*, v. 376, n. 9755, p. 1861-1868, nov., 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNTs) no Brasil 2011-2022/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não Transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p.
- LOYOLA FILHO, A. L. *et al.* Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública*. v. 21, n. 2, p. 545-53, 2005.
- MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento

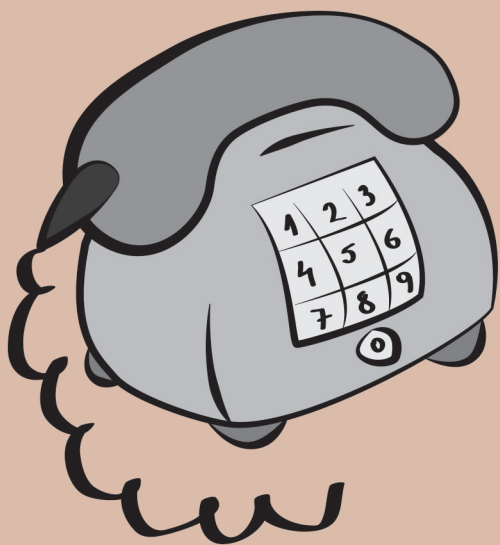
das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 15, n. 3, p. 47-64, 2006.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set., 2010.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

Perguntas mais frequentes em DANT. Iniciativa: Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura de São Paulo. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/index.php?p=6164>. Acesso em: 18 maio 2013.



CAPÍTULO 26

URGÊNCIAS

E EMERGÊNCIAS

NO

IDOSO



Urgências e emergências no idoso

Candice Alves Esmeraldo

Elen Alanne M. Azevedo

Grasiela Piuvezam

A urgência e a emergência são sempre situações graves que acontecem de forma inesperada e que requerem ação imediata com a finalidade de resguardar a vida. Os idosos, de modo geral, necessitam de maior atenção por parte de quem está cuidando deles, pois, devido à sua fragilidade e debilidade, podem, de uma hora para outra, apresentar piora súbita ou sofrer um acidente.

Dessa forma, é necessário estar sempre atento e preparado para lidar com as mais variadas situações da maneira mais segura. Assim, as urgências e emergências requerem ações imediatas, na tentativa de minimizar ao máximo as complicações e riscos para o idoso.

Nessa perspectiva, deixar os números de telefones dos serviços de emergências locais em localização visível e de fácil acesso, como o do SAMU 192, é uma das primeiras regras da urgência e emergência (BRASIL, 2008).

Vale destacar que os problemas clínicos mais comuns do idoso que procura uma unidade de emergência são: trauma (acidentes de trânsito, queimaduras, quedas), doenças cardiovasculares (síndromes coronarianas, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, arritmias, síncope), infecções (pneumonia e infecções urinárias), doenças neurológicas – ataque isquêmico

transitório, acidente vascular cerebral (AVC), convulsões, delírium e abdome agudo (FREITAS, 2011).

Quedas

As quedas na população idosa representam um problema de saúde pública. Apesar da maioria das quedas não levarem à morte, elas estão associadas a um elevado número de lesões e distintas complicações clínicas (FREITAS, 2011).

As causas de quedas são as mais variadas, sendo elas intrínsecas – quando são causadas pelo próprio processo de envelhecimento (diminuição da força dos músculos, equilíbrio e flexibilidade), doenças que podem estar presentes (osteoartrite, osteoporose, Parkinson), além dos efeitos de algumas medicações – ou extrínsecas, quando objetos ou materiais do ambiente tornam-se obstáculos à movimentação e acabam causando a queda (BORN, 2008).

Como ajudar o idoso a se prevenir das quedas?

A adaptação ambiental está relacionada com mudanças no meio ambiente ou no espaço físico que facilitem a acessibilidade e mobilidade de pessoas que tenham algum tipo de dificuldade física, comportamental ou sensorial (visão, audição) (BRASIL, 2008).

Quais são as primeiras medidas a serem tomadas?

Ao atender à pessoa que caiu, observe se existe alguma deformidade, dor intensa ou incapacidade de movimentação, o que sugere fratura. No caso de suspeita de fratura, caso haja deformidade, não tente “colocar no lugar”, procure não movimentar a pessoa cuidada e chame o serviço de emergência o mais rápido possível (BRASIL, 2008).

Riscos domésticos para quedas

Quadro 1

Presença de tapetes pequenos e capachos em superfícies lisas	Móveis instáveis ou deslizantes
Carpetes soltos ou com dobras	Degraus da escada com altura ou largura irregulares
Bordas de tapetes, principalmente, dobradas	Uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com solado escorregadio
Pisos escorregadios	Roupas compridas arrastando pelo chão
Cordas, cordões e fios no chão	Má iluminação
Ambientes desorganizados com móveis fora do lugar, móveis baixos ou objetos deixados no chão	Cadeira, camas e vasos sanitários muito baixos
Objetos estocados em locais de difícil acesso	Animais, entulhos e lixo em locais inapropriados

Fonte: Caderno de Atenção à Saúde n. 19 (BRASIL, 2006).

Infarto agudo do miocárdio

O infarto agudo do miocárdio apresenta-se com maior frequência com o aumento da idade. Por isso, deve-se prestar bastante atenção aos pequenos sinais que os idosos possam demonstrar, pois eles podem sugerir infarto.

Quais são os principais sintomas de um infarto?

Os sintomas mais comuns quando o idoso está sofrendo um infarto são a dor torácica (“dor no peito”), dispneia (“cansaço”)

e confusão mental, além de outros sintomas como sudorese, fraqueza, enjoos e vômitos (FREITAS, 2011).

Pneumonias

As pneumonias nos idosos constituem a principal causa de internações hospitalares, cursando com longos períodos de internação. Apresentam-se de forma mais grave do que no adulto jovem e, geralmente, com sintomas mais vagos, o que retarda a procura por atendimento e, conseqüentemente, o diagnóstico da pneumonia (FREITAS, 2011).

Além disso, vale salientar que a tosse, a expectoração amarelada, febre, dor no peito e falta de ar são as queixas mais comuns na pneumonia. Nesse contexto, é importante ressaltar que devem ser evitados determinados hábitos (como fumar e beber) para evitar alguns tipos de pneumonia (BORN, 2008).

Hipertensão

A hipertensão (ou “pressão alta”, como é popularmente conhecida) é uma doença muito frequente e pouco conhecida. As pessoas idosas são mais sensíveis a essa elevação da pressão e podem apresentar sequelas piores, como o AVC – Acidente Vascular Cerebral. Por isso, a assistência imediata a uma elevação brusca da pressão é imprescindível nos cuidados à pessoa idosa (BORN, 2008).

Como saber se a pressão está elevada?

A única forma de se saber a medida da pressão é aferindo com um aparelho chamado esfigmomanômetro ou através de aparelhos digitais que podem ser encontrados à venda.

Geralmente, a doença apresenta-se de forma silenciosa, mais frequentemente associada a uma leve dor de cabeça. Assim, deve ser rotina para o idoso, no atendimento inicial de qualquer consulta, verificar a pressão arterial (BORN, 2008).

Delirium

O delirium representa um quadro de confusão mental agudo, com alterações de consciência e desorientação do tempo e espaço, prejuízo de memória, alterações da atenção e da percepção em conjunto com ilusões e alucinações visuais (FREITAS, 2011).

O primeiro passo diante de uma pessoa idosa que se encontra muito quieta ou agitada e com confusão mental de início agudo é suspeitar de *delirium* e encaminhá-la, imediatamente, para avaliação médica com o objetivo de confirmação diagnóstica. É válido ressaltar que o delirium é uma condição de emergência médica porque denota uma maior vulnerabilidade da pessoa idosa associada a um comprometimento agudo do seu estado de saúde, o qual pode ser grave (BORN, 2008).

É importante lembrar que a pessoa com delirium não deve ser confrontada quando ela se apresenta confusa e não se deve administrar medicamentos sem autorização médica (BORN, 2008).

Quadro 2 - Fatores de risco para *delirium* e medidas de prevenção

Fatores de risco	Medidas de prevenção
Privação do sono	Abordagem do sono sem uso de medicamento, estratégia para redução de ruídos. Adequação dos horários de medicação e outros procedimentos (p. ex. banho) para possibilitar um período ininterrupto do sono
Deficiência visual e auditiva	Manter óculos e próteses auditivas com o idoso, e que ele possa usá-los
Imobilização	Mobilização precoce (caminhada com auxílio ou exercícios á beira do leito). Evitar o uso de dispositivos imobilizadores (acesso venoso, sondas, coletores)
Medicamentos sedativos ou psicoativos	Restringir o uso de medicamentos sedativo-hipnóticos ou psicoativos. Usar a menos dose possível, diminuir ou descontinuar a medicação não imprescindível, conforme a orientação médica
Desidratação	Identificação precoce e reposição de líquidos, de acordo com a orientação médica

Fonte: Adaptado de Freitas M. P. D & Menezes A. L. Grandes Síndromes Geriátricas – Delirium: Diagnóstico e Tratamento. In: Moraes E. M. (Org.). Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p. 351-58.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64p.
- BORN, T. *Cuidar Melhor e Evitar a Violência* – Manual do Cuidador da Pessoa Idosa/Tomiko Born (organizadora) – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330p.
- FREITAS, E. V.; XAVIER, F. A. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1121-1125.



CAPÍTULO 27

CUIDADOS

PALIATIVOS
NA PESSOA
IDOSA



Cuidados paliativos na pessoa idosa

*Katarine Florêncio de Medeiros
Maria Sueleide Feitosa Pinheiro
Vilani Medeiros de Araújo Nunes*

O que são cuidados paliativos?

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os cuidados paliativos (CP) como “uma abordagem terapêutica que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares em face de problemas associados a doenças que põem em risco a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e de uma avaliação absolutamente precisa e do tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”.

Compreende que são ações realizadas em pacientes quando a doença provoca sinais e sintomas debilitantes causando sofrimento e que não tem objetivo de curar e, sim, de aliviar seu sofrimento melhorando sua qualidade de vida e mantendo sua dignidade.

O que o cuidador pode fazer para melhorar a vida do paciente que está necessitando de cuidados paliativos?

O cuidador deve direcionar suas ações ao bem-estar físico e espiritual, ofertando conforto, aliviando dores e sintomas. Um olhar, um toque, e a espontaneidade no cuidado, o respeito, a

solidariedade, e espiritualidade são peças-chaves no tratamento desses doentes. Podendo realizar algumas medidas tais como:

- Promover alívio da dor e de sintomas desagradáveis;
- Compreender que a vida e a morte são processos naturais do viver;
- Não praticar atitudes que possam adiantar a morte;
- Oferecer cuidados que proporcionem ao paciente viver bem do início do tratamento até o momento da sua morte;
- Melhorar a qualidade de vida do doente e influenciar de maneira positiva no andamento da doença;
- Compreender e atender, na medida do possível, as necessidades e desejos do paciente;
- Respeitar a pessoa cuidada.

Que melhorias esses cuidados paliativos vão proporcionar à pessoa idosa?

Essas ações irão proporcionar a melhoria da qualidade de vida, mantendo assim a dignidade do paciente. Vivendo de forma plena, esses cuidados proporcionam ao doente a diminuição do sofrimento e do desconforto sentido, seja ele, físico, psicológico ou emocional.

O cuidador deve ter em mente que no CP, o cuidador deve ter seu enfoque voltado ao doente, e não à doença, por isso, é importante proporcionar um atendimento humanizado, sabendo escutar, conhecendo os sintomas da doença, suas fragilidades, crenças, preferências, sendo solidário e ético.

Que necessidades o meu paciente tem em seu estágio de doença nos cuidados paliativos?

O tratamento paliativo é necessário na ocorrência de dor e outros sintomas que causam sofrimento e angústia. Os principais cuidados necessários ao idoso nos cuidados paliativos são os cuidados com a higiene, alimentação, medicação, com as visitas e, principalmente, observando a necessidade que é pertinente à pessoa idosa.

Como o cuidador pode se deparar com a perda do paciente?

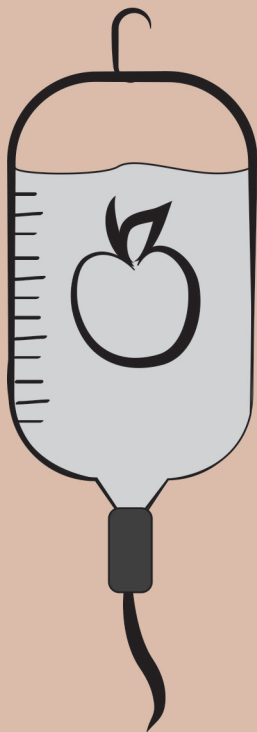
Em nossa vida é normal passarmos por várias situações difíceis, como perdas e mudanças repentinas (separações entre marido e mulher, perda de um ente querido, mudanças de emprego e salário etc.), aceitar a possibilidade de perda de uma pessoa próxima é complicada. Pois, envolve alguns fatores emocionais, nos restando então, quando o luto chega é aprender a lidar com a ausência daqueles que amamos e procurar maneiras que diminuam essa dor.

Referências

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). *Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic. 2009. 320p.
- ARAÚJO, Laís Záu Serpa de; ARAÚJO, Carolina Záu Serpa de; SOUTO, Andreza Karine de Barros Almeida and OLIVEIRA, Maxwell da Silva. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2009, v. 62, n. 1, p. 32-37.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Guia prático do cuidador*. Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 64p.: il. Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. *Cuidar melhor e evitar a violência*. Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Born, Tomiko (Organizadora). Brasília, 2008. 330p.

FONSECA, Anelise Coelho; FONSECA, Maria de Jesus Mendes. *Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: realidade factível*. Scientia Medica (Porto Alegre) 2010; v. 20, n. 4, p. 301-309.

FRATEZI, Flavia Renata; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. *Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol. 16, n. 7, p. 3241-3248.



CAPÍTULO 28

TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

em idosos: 

CONCEITO,
IMPORTÂNCIA E
RECOMENDAÇÕES



Terapia nutricional enteral em idosos: conceito, importância e recomendações

*Gabriella Xavier Barbalho Mesquita
Vanessa Teixeira de Lima*

O conceito e importância da terapia nutricional para o estado nutricional do idoso

A terapia nutricional tem em vista fornecer nutrientes para pacientes com problemas específicos que não conseguem ingerir diariamente a quantidade de nutrientes necessários para atingir suas necessidades nutricionais (MAHAN, 2010).

Quando a alimentação é insuficiente ou impossível de ser realizada, as necessidades nutricionais dos indivíduos podem ser garantidas através da nutrição enteral ou parenteral. A nutrição enteral trata-se de uma alimentação para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, formulada e elaborada para uso por sondas, para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais (BRASIL, 2000).

A Terapia Nutricional é indicada em casos de desnutrição, risco nutricional, ingestão oral inadequada e perda de peso acelerada. O risco nutricional está relacionada com pacientes fragilizados ou seriamente debilitados, com distúrbios de deglutição, pacientes submetidos a grandes intervenções cirúrgicas, com quadros neurológicos comprometendo o estado de alerta,

com distúrbios do humor, como depressão grave, anorexia e demência, e aqueles com neoplasias e úlceras de pressão (CELANO, 2011).

O idoso é mais propenso às alterações do estado nutricional, devido a mudanças que ocorrem em seu organismo com o envelhecimento. E a terapia nutricional enteral é uma ferramenta muito importante para recuperação de um estado nutricional adequado. Esta deve garantir um suporte nutricional adequado, seguro e deve ser feito um acompanhamento periódico desses pacientes pela equipe de saúde (CELANO, 2011).

Recomendações

Existem dois tipos de nutrição enteral: a caseira e a industrializada. A caseira é aquela dieta que pode ser preparada em casa, deve ser liquidificada e coada. A industrializada é uma dieta comprada pronta que é vendida comercialmente nas versões em pó, que deve ser diluída em água, e líquida, pronta para uso (DREYER, 2011). É importante ressaltar que a dieta caseira não é a forma mais indicada para terapia nutricional, pois é mais propensa à contaminação, por necessitar de maior manipulação. Porém, ambas necessitam de alguns cuidados em sua manipulação e administração (BRASIL, 2000).

Cuidados com a manipulação da dieta enteral

- Ao manipular a dieta, o cuidador deve proteger os cabelos com touca;
- Estar com as unhas curtas, limpas e sem esmalte;
- Não usar adornos, como anéis, pulseiras, cordão, brincos e relógio ao manipular a dieta;
- Lavar as mãos e antebraços com água e sabão e passar álcool a 70^o todas as vezes que for manipular a dieta;

- Higienizar a bancada de preparação com água e sabão neutro e, em seguida, passar álcool a 70º, todas as vezes que for manipular a dieta;
- Higienizar os utensílios (liquidificador, copos, colheres etc.) com sabão neutro e borrifar com álcool a 70º (guardar em depósito exclusivo);
- O liquidificador deverá ser desmontado e higienizado com água corrente e sabão. E borrifar com álcool a 70º. Pode também ser desinfetado com água quente;
- Passar álcool a 70º nas embalagens dos produtos todas as vezes que utilizar;
- Guardar em depósitos exclusivos e rigorosamente limpos;
- A esponja que lavar os utensílios deve ser higienizada com sabão, deixar em solução de hipoclorito por 15 minutos, após passar em água corrente espremer bem para retirar o excesso de água, guardar em depósito fechado, protegendo de insetos e sujeiras. Trocar a cada semana;
- No caso da dieta caseira, deve ser preparada apenas o que será consumido no dia;
- Verificar se os ingredientes estão dentro do prazo de validade e se as embalagens não estão danificadas;
- Lavar as embalagens dos ingredientes antes de abri-las;
- Medir cuidadosamente as quantidades dos ingredientes, de acordo com a orientação do nutricionista;
- Liquidificar todos os ingredientes com água filtrada, fervida e fria;
- Coar em peneira limpa;
- Manter sob refrigeração durante o dia;

- No caso da dieta industrializada, o cuidador deve verificar se a embalagem está dentro do prazo de validade, lavar com água e sabão antes de abri-la;
- Atender as recomendações descritas na embalagem e as orientações do nutricionista (BRASIL, 2000; DREYER, 2011).

Cuidados com a administração da dieta enteral

A administração pode ser feita com uma seringa ou com um equipo conectado ao frasco plástico, de acordo com a orientação do nutricionista ou médico:

- O cuidador deve reunir todo o material necessário em uma bandeja ou mesa limpa;
- Lavar bem as mãos;
- Colocar o idoso em posição adequada, mantendo-o sentado ou deitado com as costas elevadas e apoiadas com travesseiros durante a administração da dieta e 30 minutos após.

Administração por seringa:

- Injetar 20ml de água na sonda para limpá-la internamente;
- Encher a seringa de 50ml e injetar lentamente a dieta, até o seu término;
- Injetar novamente 20ml de água na sonda para limpeza e tampar;
- Lavar os recipientes utilizados.

Administração por equipo:

- Conectar o equipo no frasco, pendurar o frasco no gancho, abrir a roleta para encher o equipo de dieta, em seguida conectar o equipo à sonda;
- O gotejamento deve ser lento, sendo recomendado um tempo de aproximadamente 1 hora;
- Ao término da dieta, injetar 50ml de água (mineral ou fervida) com seringa para limpar os resíduos de alimentos que ficaram na sonda;
- Tampar a sonda (BRASIL, 2000; DREYER, 2011).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. *Resolução RCD 63*, de 6 de julho de 2000. Regulamento Técnico para Terapia de Nutrição Enteral.

CELANO, R. M. G.; LOSS, S. H.; NEGRÃO, R. J. N. *Terapia Nutricional para Pacientes na Senescência (Geriatría)*. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Colégio Brasileiro de Cirurgias. Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Associação Brasileira de Nutrologia. 2011.

DREYER, E. *et al.* *Nutrição enteral domiciliar: manual do usuário: como preparar e administrar a dieta por sonda*. Universidade Estadual de Campinas. Hospital das Clínicas da UNICAMP. 2. ed., Rev. Camp. SP, 2011, 33p.

MAHAN, L. Kathleen e Strump Escott Sylvia. *Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 12. ed. São Paulo: Elsevier, 2010. 1358p.

UNIDADE 5
DOENÇAS *da*
VELHICE





CAPÍTULO 29

INSTABILIDADE POSTURAL

E QUEDAS NO IDOSO
PREVENÇÃO E

CUIDADOS



Instabilidade postural e quedas no idoso: prevenção e cuidados

Vítor Guerra Pereira Xavier
Vyna Maria Cruz Leite
Grasiela Piuvezam

O que é queda?

A queda pode ser definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade (BUKSMAN *et al.*, 2008).

Mesmo não sendo uma consequência inevitável do processo de envelhecimento, a queda pode sinalizar o início de fragilidade ou indicar uma doença aguda. Atualmente, as quedas constituem um dos maiores problemas de saúde pública em idosos, devido ao aumento da mortalidade, morbidade, e custos econômicos para a família e à sociedade (RESENDE; RASSI; VIANA, 2008).

O processo de envelhecimento traz várias alterações anatômicas e fisiológicas, levando a maior fragilidade do idoso, ficando mais propenso a sofrer quedas.

Para um adequado funcionamento, o controle da postura necessita da interação e de um eficiente funcionamento dos sistemas neural e musculoesquelético. Tais sistemas sofrem

uma perda funcional com o envelhecimento, contribuindo com o declínio da performance do sistema de controle postural, o qual pode ocasionar quedas nos idosos (ALMEIDA, 2007).

A alteração da postura corporal é um dos problemas mais frequentes relacionados ao envelhecimento, pois há uma dificuldade na execução dos movimentos com rapidez, sendo que, desta forma, o equilíbrio corporal fica mais difícil (SILVEIRA *et al.*, 2010).

Quais são as causas de quedas?

As causas de quedas entre idosos são multifatoriais e envolvem elementos intrínsecos (derivado das alterações fisiológicas decorrentes da idade e de doenças, além dos fatores psicológicos e efeitos colaterais de medicamentos) (LOJUDICE *et al.*, 2010) e extrínsecos, sendo que a probabilidade para ocorrência de queda aumenta à medida que se acumulam os diversos fatores de risco (BUKSMAN *et al.*, 2008).

Quadro 1

Fatores intrínsecos	
Diminuição da massa muscular e da densidade óssea	Deficiência da agilidade, da coordenação motora e equilíbrio
Osteoartrose	Depressão
Dificuldade visual	Demência
Menor número e tamanho dos neurônios	Maior trabalho ventilatório aos esforços
Doenças cardíacas	Doenças neurológicas

A polifarmácia (uso de 5 ou mais medicamentos associados) também é fator de risco intrínseco, uma vez que alterações

no nível da consciência, da frequência cardíaca ou pressão arterial, tontura, sudorese, sonolência excessiva podem ser efeitos colaterais de medicamentos, aumentando o risco de quedas (<http://www.einstein.br>).

Quadro 2

Fatores extrínsecos			
Ambientes desarrumados	Iluminação deficiente	Tapetes em superfícies lisas	Ausência de corrimões
Cama e cadeiras com alturas inadequadas	Uso de sapatos ou chinelos mal ajustados e com solados escorregadios	Presença de degraus de altura ou largura irregulares	Objetos escorregadios espalhados pelo ambiente

Os idosos institucionalizados apresentaram menor mobilidade que os idosos não institucionalizados, podendo estar expostos a maior risco de quedas no dia a dia na instituição. Com a institucionalização do idoso a mudança do ambiente familiar para um ambiente estranho pode predispor a alterações psicológicas, cognitivas e funcionais relacionadas ao isolamento, abandono e inatividade física do indivíduo (FERREIRA; YOSHITOME, 2010), causando uma diminuição da capacidade funcional ao idoso, predispondo a quedas.

O evento queda deve merecer atenção especial pelas possíveis sequelas que pode trazer aos idosos, principalmente quando se refere à população residente em ILPI, pois a mesma se encontra com maiores limitações funcionais e está mais predisposta a esse evento (LOJUDICE *et al.*, 2010). As quedas podem levar sérias consequências físicas e psicológicas, para o idoso, tais como:

Quadro 3

Consequências				
Fraturas	Contusões e feridas	Lesões neurológicas	Sequelas de imobilização	Declínio da capacidade funcional
Limitação na realização de atividade física	Diminuição da mobilidade	Medo de sofrer novas quedas	Isolamento social	Perda da autonomia e da independência

Medidas simples devem ser tomadas, com custos financeiros muito baixos que resultariam em redução da ocorrência de quedas, é importante manutenção da qualidade de vida destas pessoas (GONÇALVES *et al.*, 2008).

Assim, com o objetivo de controlar e prevenir quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência, algumas medidas podem ser realizadas, tais como: o reconhecimento dos idosos que têm maior predisposição às quedas; necessidades de exames periódicos com a finalidade de avaliar os estados da visão, audição e cognição; incentivar o idoso a praticar atividade física, auxiliando na manutenção da força muscular, reduzindo as consequências funcionais negativas que normalmente ocorre no envelhecimento; acompanhamento do uso de medicamentos e reconhecendo o risco da polifarmácia; orientação quanto ao uso apropriado de vestuário e calçados (LOJUDICE *et al.*, 2010); evitar que o idoso se levante subitamente da cama para a posição em pé.

Na ILPI, devem-se desenvolver atividades que estimulem a autonomia diária e a capacidade funcional dos residentes, bem como realizar ações de atividades físicas, como: caminhadas, passeios, participação em grupos de convivência, oficinas de leitura e atividades artísticas como trabalhos manuais (GONÇALVES *et al.*, 2008).

Deve-se ficar atento às situações de maior risco às quais os idosos estão expostos como: tapetes soltos (aumentam o risco de deslizar e escorregar); presença de móveis nos corredores e cômodos; piso do banheiro molhado e escorregadio; ambientes com pouca iluminação; levantar durante a noite e sem fácil acesso para acender as luzes; escadas sem corrimão; uso de escada para alcançar objetos guardados no alto; sapatos de solados escorregadios ou com salto alto (<http://www.einstein.br>).

Prevenção de quedas em idosos (<http://www.einstein.br>):

1. Cozinha

- Luzes com sensor de movimento em locais de pouca luminosidade e barras de apoio;
- Retirar pequenos móveis que podem ser barreiras ao livre acesso entre os locais da casa;
- Não utilizar armários muito altos que necessitem de bancos ou escadas para alcançar os objetos e permitem instabilidade;
- Não deixar pequenos objetos espalhados pelo chão;
- Remover os tapetes que promovem escorregões.

2. Quarto

- Os armários devem ter portas leves e maçanetas grandes para facilitar a abertura, assim como iluminação interna para facilitar a localização dos pertences;
- Colocar uma lâmpada, um telefone e uma lanterna perto da cama;
- O idoso deve dormir em uma cama na qual consiga subir e descer facilmente;

- Dentro do seu armário, arrumar as roupas em lugares de fácil acesso, de preferência evitando os locais mais altos;
- Instalar algum tipo de iluminação ao longo do caminho da cama ao banheiro;
- Não deixar o chão do quarto bagunçado;
- Substitua os lençóis e o acolchoado por produtos feitos por materiais não escorregadios, como por exemplo, algodão e lã.

3. Banheiro

- Colocar um tapete antiderrapante ao lado da banheira ou do box;
- Instalar na parede da banheira ou do box um suporte para sabonete líquido;
- Instalar barras de apoio nas paredes do banheiro;
- Manter algum tipo de iluminação durante as noites;
- Usar dentro da banheira ou no chão do box tiras antiderrapantes;
- Substituir as paredes de vidro do box por um material não deslizante;
- A tranca da porta deve permitir a abertura, também pelo lado de fora.

4. Sala

- Instalar interruptores de luz na entrada das dependências evitando que os idosos andem no escuro;
- Deixar o caminho livre de obstáculos;

- Manter fios de telefone, elétricos e de ampliação fora das áreas de trânsito, mas nunca debaixo de tapetes;
- O idoso deve andar somente em corredores, escadas e salas bem iluminadas.

Em caso de queda do idoso, auxiliar o idoso a levantar, de preferência com ajuda de uma segunda pessoa, suportando a maior parte do peso na região dos quadris e axilas, evitando-se puxar pelos braços, devido ao risco de piorar uma possível lesão, sempre mantendo a calma, e chamar por socorro sempre que julgar necessário.

Referências

- ALMEIDA S. T. de. Análise da estabilidade postural de idosos sedentários, praticantes de exercício físico regular e atletas. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 39-47, jan./jun. 2007.
- FERREIRA D. C. O.; YOSHITOME A. Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, 2010 nov./dez. 63 (6): 991-7.
- GONÇALVES L. G.; VIEIRA S. T.; SIQUEIRA F. V.; HALLAL P. C. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(5):938-45.
- (INTO) Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Ministério da Saúde. *Queda de idosos*. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda_idosos.html>.
- LOJUDICE D. C.; LAPREGA M. R.; RODRIGUES R. A. P.; JÚNIOR A. L. R. *Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados*. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2010; 13(3):403-412.
- SILVA, A. *Prevalência de quedas em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia, Faculdade do Clube Náutico Mogiano, Mogi das Cruzes. São Paulo, 2011.

SILVEIRA M. M. D. A.; PASQUALOTTI A.; COLUSSI E. L.;
WIBELINGER L. M. Envelhecimento humano e as alterações na
postura corporal do idoso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*,
ano 8, n. 26, out./dez. 2010.

Sites consultados

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda_idosos.html>

<<http://www.einstein.br/einstein-saude/bem-estar-e-qualidade-de-vida/Paginas/como-prevenir-a-queda-de-idosos.aspx>>



CAPÍTULO 30

MOBILIDADE NO IDOSO

PREVENÇÃO
DE ÚLCERAS E
ESCARAS



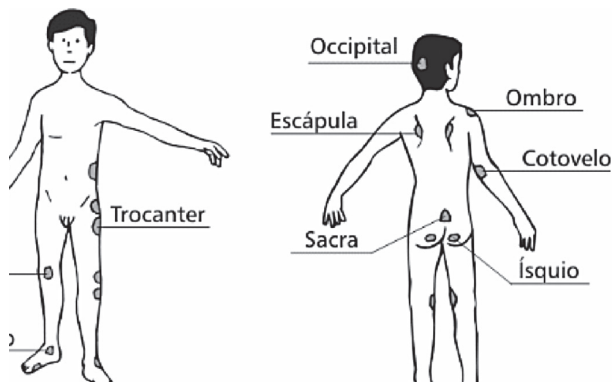
Mobilidade no idoso: prevenção de úlceras e escaras

*Heitor Giovanni Lopes
Mariela Samantha de Carvalho Costa
Maria Helena Pires Araújo Barbosa
Grasiela Piuvezam*

O que é úlcera por pressão?

A úlcera por pressão (UPP) resulta da força contínua e prolongada das partes ósseas sobre a pele de determinado local do corpo. Essa pressão faz com que haja uma diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo no local e é agravada quando o indivíduo permanece em uma mesma posição no leito ou em cadeira de rodas. A Figura 1 aponta as partes mais comuns para apresentarem UPP.

Figura 1 - Locais mais comuns para surgimento de Úlcera por Pressão



Fonte: Imagem pública da internet

O que contribui para o surgimento das UPPs?

O principal fator associado ao aparecimento das UPPs é a idade avançada, que favorece o surgimento de diversas doenças. Porém, diversos fatores contribuem para a formação das úlceras por pressão como o acidente vascular encefálico (AVE), a nutrição inadequada, a restrição ao leito ou cadeira de rodas, a incontinência urinária e/ou fecal, assim como a fratura de fêmur (MENEGON *et al.*, 2012).

Um estudo realizado no ano de 2009 em 6 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPis) na capital do estado de São Paulo mostrou que em torno de 11% dos idosos institucionalizados tinham UPP, resultado semelhante à literatura internacional (CHACON *et al.*, 2009). Tais dados são importantes, pois as UPPs são associadas frequentemente a internações hospitalares e a institucionalização de idosos devido ao aumento do grau de dependência do idoso para realização das atividades diárias.

Para avaliar o risco de desenvolvimento de UPP a partir dos principais fatores predisponentes, a Escala de Braden foi criada. O quadro abaixo apresenta a Escala de Braden e relaciona os fatores de risco descritos com a pontuação prevista.

Quadro 1 - Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras por pressão

	Percepção sensorial	Umidade	Atividade	Mobilidade	Nutrição	Fricção e cisalhamento
1	Totalmente limitado	Completamente molhado	Acamado	Totalmente imóvel	Muito pobre	Problema
2	Muito limitado	Muito molhado	Confinado à cadeira	Bastante limitado	Provavelmente inadequada	Problema em potencial

3	Levemente limitado	Ocasionalmente molhado	Anda ocasionalmente	Levemente limitado	Adequada	Nenhum problema
4	Nenhuma limitação	Raramente molhado	Anda frequentemente	Não apresenta limitações	Excelente	

Fonte: Elaborado pelos autores. Natal/RN. 2013

O resultado em risco baixo, moderado e alto é encontrado a partir da soma dos pontos relacionados à percepção sensorial, umidade da pele, nível de atividade física, mobilidade, nutrição, além de fricção e cisalhamento. O idoso terá alto risco para desenvolver uma UPP se obtiver entre 06 e 11 pontos, risco moderado se for identificado entre 12 e 17 pontos, e apresentará risco baixo quando pontuar entre 18 e 20. Sendo assim, de acordo com esta escala, quanto menor a pontuação, maior será o risco para desenvolver uma UPP.

Como prevenir úlceras por pressão?

As medidas básicas de prevenção das úlceras por pressão são: manutenção de uma nutrição adequada, reposicionamento do idoso e seleção de uma superfície de apoio apropriada para redistribuição da pressão.

Em termos de nutrição, o idoso deve ser avaliado por um instrumento válido, confiável e prático, rápido e fácil de usar, que possa ser aplicado por qualquer profissional da saúde. Após a avaliação, se houver um risco nutricional, o idoso deve ser acompanhado por uma equipe multiprofissional que inclua um nutricionista. Desta forma, poderá ser fornecido um suporte alimentar adequado e o risco de desenvolvimento de úlceras poderá ser potencialmente reduzido.

Outro fator importante é o reposicionamento no leito ou alternância de decúbito. Esse procedimento deve ser realizado em todo idoso que tenha redução da mobilidade corporal, para

assim reduzir a duração e magnitude da pressão exercida sobre as áreas vulneráveis do corpo. A frequência do reposicionamento deverá levar em conta os fatores de risco individuais, a resposta obtida com esses reposicionamentos e a superfície de apoio em uso. Porém, recomenda-se que as mudanças de decúbito não sejam com intervalos superiores a 2 horas.

Ao reposicionar o idoso, deve-se ter cuidado para que a pressão seja corretamente distribuída, ficar atento para impedir a fricção da pele com a roupa de cama e evitar posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas que apresentam úlceras, mesmo que estas sejam do estágio I. Além dessas medidas, o ideal é registrar os regimes de reposicionamento, a frequência, a posição adotada e a avaliação dos resultados obtidos.

A escolha da superfície de apoio adequada deve observar o risco para desenvolvimento da UPP. Os dispositivos como colchões de espuma, de ar, de gel e cheios de água têm um papel importante na distribuição da pressão de partes ósseas sob a pele. Na categoria de úlcera já existente, torna-se necessária a avaliação do nível de mobilidade do idoso, o conforto e a compatibilidade com o local e as circunstâncias da prestação de cuidados.

Porém, alguns idosos irão efetivamente apresentar uma UPP. Por isso, é muito importante que o cuidador possa identificar qual o estágio da úlcera para que juntamente com outros profissionais da equipe, como técnicos de enfermagem e enfermeiros, possam ser prestados os devidos cuidados ao idoso institucionalizado.

Quais são os estágios da UPP?

As UPPs são classificadas em 4 estágios de acordo com a profundidade, e esses serão listados abaixo (MALAGUTTI, 2010).

- **Estágio I:** Pele vermelha que não muda de cor ao toque

Pele sem ferimento com vermelhidão normalmente sobre uma área com uma proeminência óssea. Pode apresentar-se também como coloração escura sem áreas de branqueamento que difere da pele da região próxima. Esta região pode ser dolorosa, firme, macia, mais quente ou mais fria em comparação com o tecido adjacente. Todavia, esse estágio pode ser difícil de identificar em peles mais escuras e indica pessoas em risco.

- **Estágio II:** Perda parcial da espessura da pele

Perda parcial da espessura da pele apresentando uma úlcera aberta, rasa, com o fundo da lesão vermelho ou rosa, sem região amarelada. Além disso, pode se apresentar como uma bolha intacta ou aberta/perfurada preenchida por soro. Esse estágio não deve ser usado para descrever cortes de pele, queimaduras por abrasão, dermatite associado à incontinência, maceração ou escoriações.

- **Estágio III:** Perda completa da espessura da pele

Nessa categoria há completa perda da espessura da pele, dessa forma pode ser observado aspecto amarelado na ferida, que é sugestivo da exposição do tecido adiposo. Porém, ossos, músculos e tendões não são visíveis. Pode haver descamação, no entanto, não é capaz de esconder a profundidade da perda de tecido. A profundidade da úlcera por pressão nesse estágio depende da localização anatômica. Afinal, o nariz, a orelha, a nuca e a região interna e externa do tornozelo, possuem pouco tecido adiposo e, por isso, produzem úlceras rasas. Em contraste a essas regiões, áreas com quantidades mais significantes de tecido adiposo podem desenvolver úlceras mais profundas.

- **Estágio IV:** Perda total da espessura da pele

Nessa fase há exposição de ossos, músculos ou tendões. Da mesma forma que o estágio III, sua profundidade depende da quantidade de tecido adiposo na região em que está formada a úlcera. Como pode se estender até o músculo e/ou outras estruturas de suporte (fáscia, tendão ou ligamento), aumenta o risco de inflamação do osso.

Quais são os cuidados com a úlcera?

O cuidado inicial com a úlcera requer desbridamento, limpeza da ferida, aplicação de curativos e possivelmente uma terapia coadjuvante e, em alguns casos, a cirurgia reparadora pode ser necessária. O desbridamento deve ser realizado para remover o tecido morto, isto é, que está necrosado. Algumas feridas podem ser desbridadas no próprio leito, porém, outras requerem uma sala de cirurgia ou sala de procedimento.

O desbridamento, assim como a limpeza da ferida pode ser realizado usando soro fisiológico com uma pressão adequada (BERGSTROM, 1994). Ademais, não deve ser usado na úlcera, povidine, solução de hipoclorito de sódio, peróxido de hidrogênio e ácido acético, pois são produtos tóxicos para as células e, por isso, não irão contribuir com a cicatrização da pele.

O curativo ideal é aquele que protege a ferida, não provoca novos ferimentos e fornece hidratação adequada para a pele. A regra é manter a úlcera úmida e o resto do tecido que está intacto deve permanecer seco. Manter as bordas secas é importante, pois para favorecer a cicatrização, a pele realiza contrações que não serão tão efetivas se a borda estiver úmida.

Por fim, deve-se ter cuidado para evitar a colonização e infecção bacteriana principalmente em úlceras nos estágios II, III e IV. Desta forma, os curativos devem sempre ser feitos com materiais estéreis. E, a ordem de realização dos curativos deve ser estabelecida a partir do grau de contaminação. Sendo

assim, em um indivíduo com várias úlceras, os curativos devem ser iniciados por aquela lesão que seja menos contaminada (BERGSTROM, 1994).

Referências

BERGSTROM, N. *et al.* *Treatment of Pressure Ulcers*. Clinical Practice Guideline Number 15. Rockville, M. D.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. Publication number 95-0652, december 1994.

CHACON, J. M. F. *et al.* Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. *São Paulo Medical Journal*, v. 127, n. 4, jul. 2009.

MALAGUTTI, William (Org.). *Curativo, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional*. William Malagutti, Cristiano Tárzia Kakahara, (Org.). São Paulo: Martinari, 2010.

MENEGON, D. B. *et al.* Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. *Texto contexto*, v. 21, n. 4, p. 854-861, out./dez. 2012.



CAPÍTULO 31

DEPRESSÃO.

DELIRIUM
E DEMÊNCIA NO
IDOSO



Depressão, *delirium* e demência no idoso

Mônica Larissa Padilha Honório
Grasiela Piuvezam

O que é *delirium*?

Delirium é um quadro agudo de confusão mental, que pode ocorrer em qualquer idade, entretanto, é mais comum no idoso e pode ter várias causas. Inicia-se subitamente (de uma hora para outra) e pode variar seus sintomas ao longo do dia, de forma que a pessoa pode ficar agitada, sonolenta ou até perder a noção do tempo (BORN, 2008).

Figura 1



<https://www.google.com.br/idosofeliz>

Quando suspeitar de *delirium* no idoso?

Deve-se suspeitar de *delirium* quando o idoso apresentar alterações em seu comportamento em um curto período de tempo (geralmente horas a dias), podendo apresentar:

- Desconexão com a realidade.
- Pensamento vago, lento ou acelerado.
- Fala dispersa, incoerente, compulsiva.
- Agressividade, euforia ou apatia.
- Ansiedade ou medo.
- Desorientação (o idoso pode relatar que não sabe onde está, pode não saber em que ano estamos, não reconhecer seu cuidador, familiares e as pessoas que ele costumava reconhecer).
- Incapacidade de manter a atenção.
- Perda de memória.
- Alucinações (o idoso pode, por exemplo, relatar que está vendo animais como cobras, aranhas pela casa, o que na verdade não está acontecendo).

Tais alterações comumente variam ao longo do dia, de forma que, em um momento o idoso pode estar agitado e em outro momento pode estar sonolento.

O que fazer quando suspeitar de *delirium*?

O *delirium* é uma emergência médica, portanto, quando houver suspeita, deve-se encaminhar o idoso imediatamente para a avaliação médica.

Não se deve dar qualquer tipo de remédio sem orientação médica, exceto os medicamentos que o idoso já usa de rotina.

É fundamental que o cuidador ou familiar que conviva frequentemente com o idoso acompanhe a consulta médica para informar ao médico sobre as mudanças no estado de saúde do idoso e sua funcionalidade antes da instalação do quadro. Ou seja, o que o idoso conseguia fazer sozinho e o que deixou de fazer após a instalação do *delirium*, e principalmente, saber fazer a comparação do comportamento do idoso antes e após a instalação do *delirium*, são pontos fundamentais para o diagnóstico.

Como contribuir com o tratamento do *delirium*?

- Reorientação e envolvimento familiar: reorientar o idoso com calendário, relógio, para orientação no tempo e no espaço. Manter um ambiente familiar, perto das pessoas que o idoso gosta.
- Lentes corretivas e próteses auditivas: caso haja déficit visual ou auditivo.
- Evitar restrição física e imobilização.
- Manter mobilidade e autocuidado.
- Evitar ruídos e adequar os horários das medicações, para evitar interromper o sono.
- Evitar a desidratação com oferta adequada de líquidos; não espere a pessoa idosa queixar-se de sede.
- Não confrontar o idoso com delirium quando ele estiver confuso.

(LOPES, 2006; BORN, 2008).

Prevenção do *delirium*

Figura 2



<https://www.google.com.br/idosonocomputador>

O papel do cuidador é fundamental para prevenir o *delírium* e recomenda-se fazer a prevenção em todos os idosos cuidados. As principais medidas preventivas para ocorrência de *delirium* são:

- Evitar ambientes com iluminação excessiva ou precária.
- Evitar ambientes com poluição sonora.
- Manter uso de aparelhos auditivos e óculos para os idosos com déficit de audição e visão.
- Manter o idoso orientado, com relógio e calendário.
- Estimular movimentação e evitar restrição física.
- Evitar a contenção mecânica, pois desencadeia e piora o *delirium*.
- Evitar desidratação
- Manter os medicamentos para controle das doenças crônicas (LOPES, 2006; BORN, 2008).

DEMÊNCIA

O que é demência?

A demência é um conjunto de sinais e sintomas caracterizados por perda de memória, podendo ser associada a prejuízo de linguagem, da capacidade de realizar tarefas complexas ou a alteração de personalidade, que interfere no trabalho ou nas atividades sociais (LOPES, 2006).

Trata-se de uma doença devastadora, pois o idoso que sofre desta doença dependente das outras pessoas, cria conflitos familiares e é uma das maiores causas de estresse e nervosismo por parte de quem cuida.

Várias doenças podem causar demências, mas a principal causa é a doença de Alzheimer (BORGES, 2002).

Quando suspeitar que o idoso tem demência?

Os pacientes com demência podem apresentar perda progressiva da memória, incluindo dificuldade em reter novas informações, alterações de humor, apatia.

Principalmente na doença de Alzheimer, os idosos vão perdendo aos poucos a capacidade de fazer suas atividades de maneira independente, pode perder a capacidade de usar transporte público, fazer contas, tomar seus remédios sozinhos, até perder as atividades básicas de vida diária, como alimentar-se, vestir-se e banhar-se, com o progredir da doença, de forma que nos estágios mais avançados da doença o idoso ficará totalmente dependente e requisitando supervisão 24 horas por dia.

Outros sinais de demência:

- Dificuldades de executar tarefas domésticas.
- Colocar objetos em lugares equivocados.

- Problema com o vocabulário.
- Desorientação no tempo e espaço.
- Problemas com o raciocínio abstrato.
- Alterações de humor de comportamento.
- Alterações de personalidade (BORGES, 2002).

Como cuidar de um idoso com demência?

- Mantenha a rotina: fazer a mesma coisa, na mesma hora, do mesmo jeito, ajuda o idoso a lembrar de suas atividades.
- Mantenha as atividades o mais normal possível: permita que o idoso continue fazendo as atividades que gosta.
- Mantenha o respeito: não trate o idoso como um doente ou como uma criança. Trate-o com respeito, como adulto, como o idoso que é.
- Prevenção de quedas: o idoso com demência tem maior probabilidade de sofrer quedas, então deve-se reestruturar o ambiente para prevenir tais eventos.
- Mantenha a paciência e compreensão: ser cuidador de um idoso demenciado é um trabalho árduo e desgastante, portanto, é preciso exercitar a paciência e para tal é preciso compreender que certas atitudes do idoso são consequências de sua doença. É preciso compreender que o idoso com demência vai perguntar a mesma coisa inúmeras vezes sem lembrar que já tinha perguntado. Em dados momentos ele será agressivo e tratará mal o cuidador, mas isso é apenas consequência da doença.
- Não se pode esquecer que o idoso demenciado poderá precisar do cuidador para realizar atividades muito simples e ter problemas de comunicação.

- Só fazer pela pessoa dependente aquilo que ela não consegue fazer de forma alguma; caso necessite de alguma ajuda, ajudá-la a fazer aquilo de que precise. Nunca fazer por ela o que ela ainda consegue fazer.

DEPRESSÃO

O que é depressão?

A depressão é uma doença mental muito frequente no idoso, associada a elevado grau de sofrimento psíquico, que se não tratada, aumenta o risco de morte, principalmente em idosos hospitalizados e com outras doenças crônicas (STELLA, 2002).

O que contribui para o idoso ter depressão?

- Ser do sexo feminino
- Ter casos de depressão na família ou já ter tido depressão.
- Incapacidades físicas e intelectuais, principalmente por fazer com que o idoso tenha que depender do outro para realizar suas atividades.
- Solidão.
- Perdas, principalmente o falecimento de pessoas queridas.
- Falta de base de apoio social.
- Vivência da debilidade física e intelectual.
- Piora da situação econômica e aposentadoria.
- Menos oportunidades de trabalho.

Quando suspeitar que o idoso tem depressão?

A pessoa com depressão pode ter várias características, como:

- Tristeza na maior parte do tempo.

- Perda do interesse pelas atividades que gostava de realizar.
- Diminuição ou aumento do apetite na maior parte dos dias, com perda ou ganho de peso.
- Insônia ou sonolência excessiva quase diariamente.
- Agitação ou lentificação.
- Indisposição.
- Sentimento de culpa ou de inutilidade.
- Diminuição da capacidade de concentração.
- Desejo de morrer, de forma que a pessoa pode chegar a planejar sua morte ou tentar suicídio.
- Isolamento social.
- Pessimismo: sentimento de que tudo está ruim, tudo vai dar errado e sua situação nunca vai melhorar (BORN, 2008).

Como agir diante do idoso com depressão

Diante da suspeita de depressão, é preciso procurar ajuda médica, já que a depressão é uma doença que precisa receber a devida atenção, podendo ser necessário tratamento medicamentoso.

O cuidador deve dar apoio ao idoso deprimido, incentivando-o a realizar suas atividades, certificar-se que o idoso está tomando corretamente todos os medicamentos receitados. Avisar ao médico quando houver efeitos colaterais. Não suspender as medicações sem orientação médica, mesmo que haja melhora, pois os sintomas podem voltar.

Prestar atenção no comportamento do idoso, pois se o mesmo perder o interesse por tudo e falar insistentemente que deseja morrer, é um sinal de perigo (risco de suicídio), então é preciso não deixá-lo sozinho, retirar os objetos perigosos de perto dele e levá-lo ao médico para uma reavaliação.

Geralmente, também, é necessário o acompanhamento com um psicólogo, que deve ser valorizado pois é muito importante no tratamento (BORN, 2008).

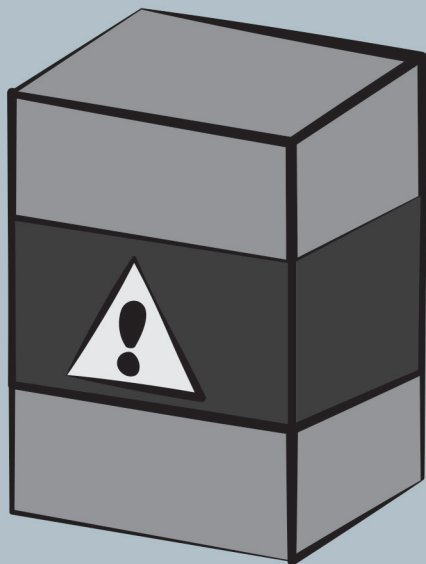
Como diminuir a probabilidade de depressão

É importante lembrar que o envolvimento do idoso em atividades recreacionais, sociais e físicas são essenciais para o bem estar da pessoa idosa, pode ajudá-la a aliviar a tensão, sentir-se mais útil e independente, especialmente quando estimulada a fazer escolhas sozinha.

Portanto, é interessante envolver o idoso em: atividades físicas, atividade que estimulem a mente, atividades em grupo, individuais, voluntárias, culturais, espirituais, atividades de autocuidado, atividades ligadas à manutenção da saúde, dentre outras. Outro fator importante é haver apoio social e familiar para o idoso (BORN, 2008).

Referências

- BORGES, MÁRCIO F. *et al.* Convivendo com o Alzheimer: manual do cuidador – Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz*, Rio Claro, v. 8 n. 3, p. 91-98, 2002.
- BORN, Tomiko (Org.). *Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330p.
- LOPES, Antonio Carlos. *Demências: diagnóstico e tratamento*. v. 2. 1. ed., São Paulo: Manole, 2006. p. 819-824.
- LOPES, Antonio Carlos. *Demências: Diagnóstico e tratamento*. v. 2. 1. ed., São Paulo: Manole, 2006. p. 804-811.
- STELLA, F.; GOBBI, S.; CORAZZA, D. R. C.; COSTA, J. L. R. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, Rio Claro, v. 8 n. 3, p. 91-98, 2002.



CAPÍTULO 32

LATROGENIA

NO

IDOSO



Latrogenia no Idoso

*Rafael Alves da Silva
Grasiela Piuvezam*

Os cuidadores e a medicação

O aumento da expectativa de vida nas últimas décadas fez surgir um cenário populacional diferenciado no Brasil: o número de idosos está crescendo, tornando-se este um grupo bastante importante em relação à população em geral. Devido a isto, cresce também o número de idosos que necessitam de um cuidado maior, oferecido muitas vezes pelas Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs).

Dentre as novas demandas deste grupo, destaca-se o rigoroso fornecimento de medicações capazes de aumentar sua sobrevida e sua qualidade de vida. No entanto, esse verdadeiro arsenal terapêutico deve ser fornecido de maneira bastante correta e controlada, de maneira a permitir que os benefícios advindos destes sejam maiores que os possíveis riscos. É sobre os cuidados em geral com as medicações fornecidas aos idosos institucionalizados que este capítulo trata. Boa leitura!

Iatrogenia: o que é?

O nome acima faz referência à situação em que uma medicação causa riscos e efeitos colaterais a quem está tomando, deixando em segundo plano os benefícios advindos do uso da mesma. Isso mesmo: o remédio que deveria ajudar a melhorar

a vida de quem está fazendo uso, na verdade está causando prejuízos para a saúde.

Como os idosos estão entre a faixa etária com maior utilização crônica de medicamentos, estas pessoas estão mais propensas a sofrerem iatrogenia medicamentosa. É importante ter em mente que esta pode ser encarada de três formas: observar se há polifarmácia; se há prescrição inapropriada; se há subutilização de medicamentos. Falaremos um pouco mais sobre cada um destes, com exceção da subutilização de medicamentos, visto este tópico estar intimamente ligado ao processo de trabalho de profissionais prescritores.

Qual a importância da polifarmácia na iatrogenia?

Há duas maneiras de identificar um idoso que esteja em situação de polifarmácia:

- a. uso de 5 ou mais medicamentos;
- b. uso de mais medicamentos que os clinicamente indicados. Ou seja, caso o idoso ao qual você presta assistência esteja enquadrado em uma dessas situações, é importante que em futuras consultas médicas você ou quem estiver acompanhando-o, comunique ao médico o que ocorre, buscando facilitar o raciocínio clínico do mesmo.

Sempre que for prescrita alguma alteração nas medicações que o idoso está fazendo uso, é fundamental que sejam feitas algumas perguntas como: o motivo da alteração; de que maneira devo administrar os medicamentos; há alguma reação/efeito colateral ao qual devo ficar mais atento; por quanto tempo usar o esquema medicamentoso proposto. Caso isso seja feito, certamente a iatrogenia causada pela polifarmácia será amenizada.

Em relação à prescrição inapropriada, como agir?

Por definição, é inapropriada aquela prescrição em que os riscos de se estar tomando tal medicação são maiores que os benefícios. Tal fato merece muita atenção pelos profissionais da saúde, pois esse contexto contribui para um maior número de hospitalizações, maior ocorrência de reações adversas e também pelo aumento de óbitos.

São considerados medicamentos inapropriados para os idosos aqueles com pequena faixa terapêutica e elevada meia vida (os que ficam agindo por muito tempo no corpo do indivíduo). Isso porque há maior chance de ocorrer interações do remédio com outras medicações ou mesmo com outras doenças que o idoso possua.

Seguem abaixo, dois quadros que podem auxiliá-lo na identificação de possíveis medicamentos inapropriados para idosos. Caso você encontre algum deles fazendo uso de medicações listadas abaixo, ou mesmo que seja prescrito, converse com o médico, procurando saber as indicações daquela medicação, se não há possibilidade de substituí-la por alguma mais segura, se há efeitos colaterais importantes.

Quadro 1 - Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos

Medicamentos	Possíveis consequências
Antidepressivos tricíclicos (ex.: amitriptilina)	Boca seca, constipação intestinal, retenção urinária, hipotensão ortostática
Anti-histamínicos (ex.: prometazina)	Sedação prolongada
Anti-hipertensivos (ex.: metildopa)	Piora de quadros depressivos, bradicardia

Antidepressivos ISRS (ex.: fluoxetina)	Agitação e distúrbios do sono
Anti-inflamatório não hormonal (ex.: indometacina, fenilbutazona)	Distúrbios no sangue, reativação de doença ulcerosa péptica
Hipoglicemiantes orais (ex.: clorpropamida)	Hipoglicemia
Benzodiazepínicos (ex.: diazepam, flurazepam)	Sedação, quedas e fraturas
Digoxina (dose>0,125 mg)	Arritmias, óbito

Adaptado de Fick *et al.*, 2003.

Quadro 2 - Sintomas relacionados com a retirada de medicamentos. Modificado de Bain KT *et al.*, 2008.

Grupo de medicamentos	Sintomas associados à retirada
Analgésicos opioides	Calafrio, ansiedade, agitação, diarreia, insônia
Antidepressivos	Irritabilidade, ansiedade, cefaleia, insônia, mialgia, mal-estar
Antipsicóticos	Discinesias, insônia, náusea, agitação
Corticoides	Hipotensão, náusea, fraqueza, anorexia
Diuréticos	Problemas cardíacos, hipertensão
Antiparkinsonianos	Tremor, hipotensão, rigidez, psicose, embolia pulmonar
Anticonvulsivantes	Ansiedade, depressão, convulsão

Além disso, há algumas interações que não devem ocorrer. Mesmo sendo essa uma das responsabilidades do médico, é importante que o cuidador tenha o conhecimento delas, sendo capaz de reconhecê-las, impedindo assim danos aos idosos que presta assistência.

1. Benzodiazepínicos e anti-histamínicos: risco de sedação prolongada, levando a quedas e fraturas;
2. Varfarina e ácido acetilsalicílico ou anti-inflamatório não hormonal: risco elevado de sangramento gastrointestinal.

Ou seja, é importante que você esteja atento a qualquer novo sintoma que o idoso apresente após alguma alteração em sua rotina de medicamentos. Caso perceba o aparecimento de alguma, comunique imediatamente ao médico assistente.

Agora seguem para você algumas dicas importantes

- Evite alterar a maneira como a medicação foi prescrita. Não aumente, diminua, introduza ou interrompa qualquer medicação para o idoso sem que isso seja por orientação do médico-assistente;
- Informar, durante a consulta médica, se o idoso faz uso de fitoterápicos, chás, vitaminas e/ou laxantes. Esses produtos, embora não pareçam, podem acarretar prejuízos ao paciente;
- Sempre conferir antes de feriados se a quantidade de medicamento é suficiente para o período em que haverá a suspensão da visita médica. Isso permite que haja uma continuidade no tratamento;
- Leve a última receita consigo para a consulta médica. Isso auxilia a sua memória e ajuda o médico no raciocínio clínico. Neste momento, é importante também que se pergunte todas as dúvidas relativas à administração, à

conservação e ao uso de medicamentos: tomadas, efeitos colaterais, misturas.

Pensando sobre...

Diante de tudo o que foi exposto, vale ainda salientar que a Iatrogenia não se refere apenas a medicações em si. Vai além disso! Submeter o idoso a um procedimento desnecessário, que não acarretará em mudanças significativas na maneira de lidar com o mesmo, ou ainda desenvolver ações que prejudiquem-no, também está enquadrado no que se chama de Iatrogenia.

Trazendo este fato para a vida prática de vocês, cuidadores. Ao se recomendar a mudança de decúbito de 2/2 horas, está se evitando o surgimento de lesões de pele, denominadas úlceras de pressão, alterações de difícil controle e cicatrização e de simples prevenção, apenas a mudança de decúbito!

Outro fato que chama atenção é o seguimento correto do horário das medicações. Sabemos que os remédios possuem “tempos”: tempo para começar a agir, tempo agindo e tempo de se tomar novamente a medicação. Seguindo-se corretamente a prescrição, certamente os idosos estarão menos sujeitos aos sinais e sintomas da falta ou excesso de medicamentos, como os demonstrados no quadro anterior. É conveniente lembrar também que NÃO se deve interpretar as prescrições no sentido de querer alterá-las. Os profissionais prescritores estão responsáveis por isso.

Por último, destaca-se o cuidado que se deve ter ao se utilizar cremes e pomadas para a pele. Deve-se fazer o uso com precaução, de preferência, seguindo as recomendações da bula em relação à aplicação (uso de hastes de algodão, espátulas, entre outras). Além disso, mais uma vez se destaca, não se deve fazer uso de qualquer pomada sem a prescrição do médico.

E finalizando...

Podemos perceber durante a leitura que não é simples o manuseio das medicações direcionadas aos idosos institucionalizados. No entanto, também percebemos que algumas medidas básicas de atenção ajudam a evitar que maiores prejuízos ocorram, poupando os idosos de danos. Assim, é possível se atingir o objetivo maior da assistência à saúde: garantia da qualidade de vida.

Cuidador, agora é com você! Então, mãos à obra!

Referências

- BAIN KT, HOLMES H. M.; BEERS M. H.; MAIO V.; HANDLER S. M.; PAUKER S. G *et al.* *Discontinuing medications: a novel approach for revising the prescribing stage of the medication-use process.* JAGS 2008; 56: 1946-1952.
- BRASIL. *Guia prático do cuidador.* Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2. ed., 2009, p. 55.
- DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; BARROSO, Áurea Eleotério Soares. *Manual dos formadores de cuidadores de pessoas idosas.* São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social e Fundação Padre Anchieta, 2009; p. 105-113.
- FICK D. M.; COOPER J. W.; WADE W. E. *et al.* *Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults.* Arch Intern Med 2003; 163: 2716-2724.
- FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* 3. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- MANUAL DO CUIDADOR DO IDOSO, SANTOS. Santos, SP: Secretaria Municipal de Saúde, 2003. p. 19.



CAPÍTULO 33

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

E OUTRAS ALTERAÇÕES DO
SISTEMA URINÁRIO NO

IDOSO



Incontinência urinária e outras alterações do sistema urinário no idoso

*Aline Rochelle Filgueira Dantas
Grasiela Piuvezam*

Incontinência urinária

A incontinência urinária é uma síndrome clínica crônica com elevada incidência entre os idosos, sendo principalmente encontrada no sexo feminino. Essa condição caracteriza-se pela perda involuntária de urina, refletindo-se como um problema higiênico e social (LAZARI, 2009).

Os indivíduos acometidos por tal distúrbio têm os aspectos físico, social, psicológico, ocupacional, doméstico e sexual afetados. Além disso, sentem-se na maioria das vezes constrangidos em falar sobre o assunto e procurar ajuda e terminam por isolar-se, alterando assim o seu convívio social e podendo evoluir para quadros depressivos (HONÓRIO, 2009).

A prevalência habitual da incontinência urinária em pessoas com mais de 65 anos é 15 a 30%. No entanto, quando se trata de idosos que vivem em instituições de longa permanência de idosos (ILPIs), essa condição afeta no mínimo metade de todos os residentes (JR, 2007).

Mesmo que não haja um comprometimento direto dos órgãos do trato urinário é possível que o indivíduo tenha incontinência urinária devido, por exemplo: alterações da motivação, da destreza manual, da mobilidade, da lucidez e a existência de doenças associadas (como diabetes *mellitus* e insuficiência cardíaca). Essas alterações são frequentemente encontradas no idoso e podem agravar ou causar o quadro. Além disso, algumas

alterações que ocorrem no trato urinário inferior relacionadas ao processo de envelhecimento e na ausência de doenças são fatores causais importantes (REIS, 2003).

A assistência a esses pacientes constitui-se em um grande desafio, que vai além do conforto e higiene. Por isso, os cuidadores de idosos devem ficar atentos às mudanças do hábito urinário, nas queixas e em alguns sinais e sintomas que os idosos possam apresentar. Então, atenção para os idosos que perdem urina ao fazer pequenos esforços (rir, tossir, espirrar); que reclamam não conseguir chegar ao banheiro a tempo, perdendo urina antes; perceber se as vestes do idoso estão molhadas quando ele vai trocar de roupa, pois muitos se sentem constrangidos em revelar que são incontinentes, mas esse é um sinal de alerta.

Diante de um paciente com sinais semelhantes aos citados faz-se necessário uma avaliação médica a fim de definir a causa da incontinência e se for possível controlar o fator desencadeante.

Alguns dados estimam que a incontinência urinária transitória seja responsável por 35% dos casos desse distúrbio em idosos residentes em ILPI. Nesses casos, a origem da incontinência urinária localiza-se fora do sistema urinário e é preciso tratar a causa de base para solucionar o problema. Sendo assim, tal patologia pode estar relacionada a infecções, ingestão hídrica excessiva, constipação intestinal crônica, depressão e dificuldade para locomoção, tornando a investigação médica necessária.

A incontinência urinária é muitas vezes erroneamente interpretada como parte natural do envelhecimento. No entanto, é preciso ficar claro que a incontinência urinária é um estado anormal e que se for realizada uma abordagem adequada, é na maioria dos casos resolvida ou minorada (REIS, 2003).

Infecção do trato urinário (ITU)

A população idosa apresenta maior risco de contrair infecções devido às mudanças fisiológicas ocasionadas pelo próprio processo de envelhecimento, resultando em diminuição da capacidade funcional, manifestando-se através de um acréscimo de enfermidades crônicas e debilitantes (CORRÊA, 2010). Focando mais especificamente o sistema urinário, o idoso também possui um declínio da função renal, diminuição das defesas urinárias, com o efeito protetor exercido pela micção prejudicado, em decorrência do esvaziamento vesical incompleto (MOLINARI, 2004). Essas alterações somadas provocam uma maior predisposição dos idosos às infecções, em especial, do trato urinário.

A infecção do trato urinário (ITU), comumente conhecida como infecção urinária, é uma afecção extremamente frequente, que ocorre em todas as faixas etárias, do neonato ao indivíduo da terceira idade (HEILBERG, 2003). A ITU é resultado da invasão e multiplicação de bactérias ou fungos, gerando um processo inflamatório dos órgãos do sistema excretor. Os patógenos podem invadir o trato urinário por via, hematogênica, linfática e ascendente, que é a mais comum. A partir da entrada de bactérias pela uretra, a infecção pode avançar e chegar à bexiga ou até mesmo aos rins (CORRÊA, 2010).

A ITU é mais frequente no sexo masculino nos dois extremos de idade, ou seja, durante o primeiro ano de vida, devido ao maior número de malformações congênitas e a partir da 5ª e 6ª década, quando o prostatismo é mais prevalente. Por outro lado, durante toda infância e vida adulta a incidência de ITU predomina no sexo feminino (HEILBERG, 2003). A incidência de ITUs aumenta, tanto nos homens como nas mulheres, a partir dos 65 anos. Esta incidência é duas vezes superior à da população jovem (ARAÚJO, 2011).

Na população geriátrica, a ITU é a causa mais frequente de infecção bacteriana, sendo a causa mais frequente também de sepsé no idoso (MOLINARI, 2004; DALLACORTE, 2007).

Existem vários fatores de risco relacionados à ITU nos idosos. Alguns deles são: a idade avançada, o gênero, a menopausa, hiperplasia benigna da próstata (HBP), a hospitalização, a imobilização, a incontinência e procedimentos envolvendo o trato urinário (cateterização). Os idosos imobilizados, desidratados ou incontinentes possuem risco superior de desenvolverem ITU. Além disso, algumas condições clínicas aumentam o risco de ITU como é o caso de problemas renais, diabetes, bexiga neurogênica, anemia falciforme, problemas do sistema imune e anomalias do trato urinário. Os idosos institucionalizados é um grupo particularmente predisposto ao desenvolvimento de ITU devido à presença simultânea de vários fatores de risco, em particular a idade avançada, presença de comorbidades, imobilização e intervenções do trato urinário (ARAÚJO, 2011).

A maior proporção das ITUs em idosos são assintomáticas. Além do mais, a ITU pode se apresentar com sintomas típicos ou mais comumente sintomas atípicos. Entre os sintomas clássicos (típicos) estão: urgência miccional (necessidade urgente de urinar), febre, disúria (ardência ao urinar), hesitação (dificuldade/demora para iniciar o jato), incontinência, hematúria (sangue na urina) e piúria (urina turva pela presença de micro-organismos), muitas vezes esses achados são secundários a outras causas que não a ITU (DALLACORTE, 2007). Por outro lado, frequentemente, os sintomas são atípicos, como dor abdominal, alteração do sensorio, aparecimento ou agravo da incontinência urinária declínio abrupto funcional, tais sintomas além de sugerir outros processos, favorece o atraso no diagnóstico e na instituição de terapêutica adequada (MOLINARI, 2004; CORRÊA, 2010; DALLACORTE, 2007).

Diante do exposto, reforçamos que os cuidadores de idosos devem ficar atentos para as queixas deles relacionadas aos sintomas citados e para mudanças comportamentais, alterações do estado mental, para declínio das funções diárias, uma vez que tais sinais podem sugerir um processo infeccioso urinário

ou de outra natureza, ou até mesmo outras patologias. Nesses casos, é necessário solicitar uma avaliação médica para solicitação dos exames necessários e iniciar o tratamento se assim precisar. É importante não retardar essa visita médica para evitar complicações inerentes à doença.

Dessa forma, os cuidadores auxiliados pelos profissionais de saúde devem atentar para maior possibilidade de processos infecciosos na população idosa, assim como, contribuir para orientações da referida população para os métodos de prevenção das infecções (CORRÊA, 2010).

Referências

- ARAÚJO, RITA AMARAL de. *Estudo dos factores de risco associados a infecções do tracto urinário em idosos institucionalizados*. 2011. Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior.
- CORRÊA, E. F.; MONTALVÃO, E. R. Infecção do trato urinário em geriatria. *Goiânia estudos*, v. 37, n. 7/8, p. 625-635, 2010.
- DALLACORTE, R. R.; SCHNEIDER, R. H.; BENJAMIN, W. W. Perfil das infecções do trato urinário em idosos hospitalizados na Unidade de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS. *Scientia Medica*, v. 17, n. 4, p. 197-204, 2007.
- HEILBERG, I. P.; SCHOR, N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário-ITU. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 49, n. 1, p. 109-16, 2003.
- HONÓRIO, MO; SANTOS, SMA dos. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 62, n. 1, p. 51-6, 2009.
- JR, WFSB; MENDES, FM. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: Relação com mobilidade e função cognitiva. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 36, n. 4, 2007.
- LAZARI, ICF; LOJUDICE, DC; MAROTA, AG. Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em instituição de longa permanência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 12, n. 1, p. 103-12, 2009.

MOLINARI, KM. *Infeção do trato urinário em idosos institucionalizados*. Dissertação de mestrado, Faculdades Integradas FAFIBE, 2004.

REIS, R. B *et al.* Incontinência urinária no idoso; Urinary incontinence in the elderly. *Acta cir. bras*, v. 18, n. supl. 5, p. 47-51, 2003.

Colaboradores

Alana Dantas de Melo, Acadêmica do 5º período do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Diretora Científica da Liga Acadêmica de Pediatria da UFRN (LAPED UFRN), participante do Programa de Educação Tutorial de Medicina da UFRN (PET-Medicina UFRN), monitora da disciplina de Genética Humana ministrada no curso de graduação de Medicina da UFRN, ex-bolsista do Projeto de Pesquisa “Conhecendo os Sujeitos de Pesquisa”, participante do Projeto de Pesquisa “Glicogenose hepática na infância: aspectos clínico-laboratoriais, nutricionais, histopatológicos e genéticos” e bolsista do Projeto de Ações Associadas “Envelhecer com saúde: rastreamento cognitivo em idosos residentes em instituições de longa permanência, Natal/RN”. Bolsista do Projeto de Ações Integradas “Projeto Envelhecer com Saúde: rastreamento Cognitivo em Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Idosos, Natal, RN”. (alanadantas@gmail.com).

Alcides Viana de Lima Neto, Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte – FATERN. Especializando em Gestão em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Bolsista do Projeto de Ações Integradas “Projeto Envelhecer com Saúde: rastreamento Cognitivo em Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Idosos, Natal, RN”. (alcides.vln@gmail.com).

Aline Rochelle Filgueira Dantas, Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Integrante da Base de Pesquisa em Saúde Coletiva, área Saúde do Idoso do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. Voluntária de Iniciação Científica. Monitora em Técnica operatória. Integrante da Base de Pesquisa em Cirurgia Experimental. Estagiária em Infectologia no Hospital Giselda Trigueiro (HGT).

Integrante no projeto de extensão “Educação permanente direcionada a cuidadores de idosos institucionais: cuidando de quem cuida”. Integrante da Liga Acadêmica de Nefrologia do Rio Grande do Norte (LANEFRO-RN). (**alineroche@gmail.com**).

Amanda Karolina Torres de Medeiros Alves, Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Integrante da iniciação científica em saúde coletiva UFRN, com abordagem no cuidador de idosos institucionalizados no Brasil. Monitora nas disciplinas de Neuroanatomia Humana e Anatomia Topográfica Humana. Integrante das Ligas Acadêmicas de Anatomia Clínico-Cirúrgica (LAACCS), de Neurocirurgia (LANCRN), de Urgência e Emergência em Traumatologia (LAUET), de Ortopedia e Traumatologia da UFRN (LAOT), de Otorrinolaringologia Clínica e Cirúrgica (LIOTO). Estagiária da Neurocirurgia no Pronto Socorro Clóvis Sarinho do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (PSCS-HMWG) e de Cirurgia geral e trauma em Hospital José Pedro Bezerra RN (LAUET/HJPB). Integrante no projeto de extensão “Educação permanente direcionada a cuidadores de idosos institucionais: cuidando de quem cuida”. Membro da equipe “Aperfeiçoando o ensino da anatomia patológica em cursos de graduação e pós-graduação da UFRN com utilização de ferramentas multimídia”. (**amandaalves.med@gmail.com**).

Anna Carolina Soares de Souza Cruz, Fisioterapeuta formada pela Universidade Potiguar; Formação em Pilates pela Physio Pilates com certificação da Polestar USA; Formação em RPG Especializando em Osteopatia; Formação em Osteopatia Funcional e Estrutural – EBOM (Escola Brasileira de Osteopatia); Formação em Osteopatia Craniana e Visceral – EBOM (Escola Brasileira de Osteopatia); Monitora da EBOM; Formação em CoreAlign – Physio Pilates; Mentora em Treinamento de Pilates Rehab da Physio Pilates. (**acsscruz@hotmail.com**).

Ana Helena S. Maia, Acadêmica do 5º período na graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Atua nas linhas de pesquisa: Metabolismo e Nutrição Infantil e Saúde do Idoso. Participa dos projetos de extensão: Liga Acadêmica de Pediatria da UFRN e Aplicação de Protocolos na Urgência e Terapia Intensiva do Hospital Promater. Colaboradora do Projeto de Ações Integradas “Projeto Envelhecer com Saúde: rastreamento Cognitivo em Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Idosos, Natal, RN”. (**anahelenasmaia@gmail.com**).

Andressa Vellasco Brito Costa, Acadêmica do 5º período do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Bolsista do Projeto de Pesquisa “Conhecendo os Sujeitos de Pesquisa”, participante do Projeto de Pesquisa “Mortalidade por Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) em idosos: série histórica no Brasil” e do Projeto de Ações Associadas “Envelhecer com saúde: rastreamento cognitivo em idosos residentes em instituições de longa permanência, Natal/RN”. (**andressa_vellasco@hotmail.com**).

André Geysson de Souza e Silva, Acadêmico do 4 período do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Colaborador do Projeto de Ações Integradas “Projeto Envelhecer com Saúde: rastreamento Cognitivo em Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Idosos, Natal, RN”. (**andregeyson@gmail.com**).

Bárbara Coeli Oliveira da Silva, Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte – FATERN. (**barbaracoelioliveira@gmail.com**).

Danilo Silveira Seabra, Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Integrante da Base de Pesquisa em Saúde Coletiva, área Saúde do Idoso do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. Aluno bolsista de Iniciação Científica, vinculado ao projeto de pesquisa “Mortalidade por Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) em Idosos: série histórica no Brasil”. (**danilossea@gmail.com**).

Candice Alves Esmeraldo, Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Integrante da Base de Pesquisa em Saúde Coletiva, área Saúde do Idoso do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. Integrante da Base de Pesquisa em Cirurgia Experimental. Estagiária em clínica médica no Hospital da Polícia Militar de Natal. Participa da liga de gastroenterologia clínica e cirúrgica da UFRN. Monitora voluntária das disciplinas de Epidemiologia I e II e de Técnica Operatória. Bolsista do Projeto de Extensão “Educação permanente direcionada a cuidadores de idosos institucionais: cuidando de quem cuida”. (**candice_alves@hotmail.com**).

Elen Alanne Medeiros Azevedo, Acadêmica do 5º período do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista do Projeto de Ações Integradas “Projeto Envelhecer com Saúde: rastreamento Cognitivo em Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Idosos, Natal, RN”. (**elen.m.azevedo@gmail.com**).

Francisco Ademar Fernandes Júnior, Acadêmico do 5º período do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Colaborador do Projeto de Ações Integradas “Projeto Envelhecer com Saúde: rastreamento Cognitivo em Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Idosos, Natal, RN”. (**ademar13@gmail.com**).

Felipe da Fonseca Emerenciano, Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Integrante da Base de Pesquisa em Saúde Coletiva, área Saúde do Idoso do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. Aluno bolsista de Iniciação Científica, vinculado ao projeto de pesquisa “Mortalidade por Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS) em Idosos: série histórica no Brasil”. Membro da Liga Acadêmica de Anatomia Aplicada à Clínica (LAACC). Natal/RN. (**felipe-fonseca@hotmail.com**).

Gabriella Xavier Barbalho Mesquita, Acadêmica do Curso de Nutrição pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte(UFRN). Membro do Centro Acadêmico de Nutrição da UFRN e colaboradora voluntária no projeto de extensão “Educação permanente direcionada a cuidadores de idosos institucionais: cuidando de quem cuida” do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. (**gabriellaxbm@hotmail.com**).

Gilson Cassiano de G. Neto, Acadêmico do 4 período do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Colaborador do Projeto de Ações Integradas “Projeto Envelhecer com Saúde: rastreamento Cognitivo em Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Idosos, Natal, RN”. (**gilson-cassiano@hotmail.com**).

Grasiela Piuvezam, Doutora e mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Saúde Coletiva pela UFRN. Graduada em Odontologia pela Universidade Metodista de Piracicaba. Professora Adjunta II (DE) do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da UFRN. Membro efetivo do NESC/UFRN (Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva). Integrante da base de Pesquisa em Saúde Coletiva – Saúde do Idoso (CNPq). Atua na área da Saúde Coletiva e Epidemiologia

com ênfase nos temas: epidemiologia, envelhecimento humano e políticas públicas de saúde. (**gpiuvezam@yahoo.com.br**).

Heitor Giovanni Lopes, Acadêmico do 5º período de Medicina UFRN, membro fundador da Liga Acadêmica de Pediatria da UFRN, bolsista do projeto “OS ENSAIOS CLÍNICOS: CONHECENDO OS SUJEITOS DE PESQUISA 2” e membro do grupo de pesquisa “Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente”. Colaborador do Projeto de Ações Integradas “Projeto Envelhecer com Saúde: rastreamento Cognitivo em Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Idosos, Natal, RN”. (**heitorgl@gmail.com**).

Hipólito Virgílio Magalhães Jr., Mestre em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia e graduado em Fonoaudiologia pela Universidade de Fortaleza. Professor Assistente II do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Atua na linha de pesquisa “Saúde do Idoso” com propostas de validação de protocolos, deglutição, motricidade orofacial e distúrbios neurológicos. (**h.vmagalhães@gmail.com**).

Isabel Cristina Araújo Brandão, Enfermeira, Professora Substituta do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN, Colaboradora do Projeto de Ações Integradas “Projeto Envelhecer com Saúde: rastreamento Cognitivo em Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Idosos, Natal, RN”. (**isabrandao_ab@hotmail.com**).

Isabela Dantas Torres de Araújo, Estudante do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Bolsista de iniciação científica do Programa Nacional de

Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Integrante no projeto de extensão “Educação permanente direcionada a cuidadores de idosos institucionais: cuidando de quem cuida”. (isabeladantas@globocom.com).

Isaiane da Silva Carvalho, enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – PGENf/UFRN. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. (isaianesc@gmail.com).

Jussara de Paiva Nunes, Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família/SMS/Natal e da UTI do Hospital Giselda Trigueiro. (jussarapaiva1@hotmail.com).

Katarine Florêncio de Medeiros, Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte – FATERN. Colaboradora do Projeto de Ações Integradas “Projeto Envelhecer com Saúde: rastreamento Cognitivo em Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Idosos, Natal, RN”. (katarinefmedeiros@hotmail.com).

Laianne Shirley de A. Araújo, Acadêmica do 5 período do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Colaboradora do Projeto de Ações Integradas “Projeto Envelhecer com Saúde: rastreamento Cognitivo em Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Idosos, Natal, RN”. (laianneshirley@gmail.com).

Lívia Maria de Azevedo, Aluna especial do mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especializanda em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Faculdade Integrada de Patos (FIP). Graduada

em Enfermagem pela Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte (FATERN). Integrante do projeto de pesquisa Envelhecer com Saúde: Rastreamento cognitivo em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência, Natal/RN. Colaboradora do Projeto de Ações Integradas “Projeto Envelhecer com Saúde: rastreamento Cognitivo em Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Idosos, Natal, RN”. (li.azevedom@gmail.com).

Luana Gabriele G. de Souza, Aluna do curso de graduação em fonoaudiologia pela UFRN, Colaboradora do Projeto de Ações Integradas “Projeto Envelhecer com Saúde: rastreamento Cognitivo em Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Idosos, Natal, RN”. (luana.gabriele@gmail.com).

Luis Eduardo Fonseca Dantas, Advogado pela UFRN, especialista em Direito Civil e Processo Civil (UFRN).

Marcelo de Barros Dantas, Advogado trabalhista militante. Especialista em Direito e Processo do Trabalho pela Universidade de Franca – SP. Doutorando pela Universidade dos Países Bascos, Espanha. Professor dos cursos de Graduação e Especialização do Centro Universitário do RN, Uni-RN. Professor do Curso de Especialização da Escola Superior de Magistratura do Trabalho do RN, ESMAT-RN. Autor de obras de Direito e Processo do Trabalho. (marcelobdantas@yahoo.com.br).

Maria Helena Pires Araújo Barbosa, Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (2010). Concluiu especialização em Gestão Hospitalar e de Saúde na Uni-RN e cursa especialização em Educação na Saúde para Formação de Preceptores no SUS. Atualmente, é docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, tutora de aulas

práticas da Universidade Potiguar e responsável técnica do Instituto Juvino Barreto. (**mariahelenapab@hotmail.com**).

Maria Sueleide Feitosa Pinheiro, Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte – FATERN. Pós-graduanda em Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica pela Universidade Potiguar. Colaboradora do Projeto de Ações Integradas “Projeto Envelhecer com Saúde: rastreamento Cognitivo em Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Idosos, Natal, RN”. (**msueleidef@gmail.com**).

Mariana Coelho Costa, Acadêmica de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, coordenadora de comunicação do Centro Acadêmico de Medicina Nelson Chaves (CANECA), Coordenadora Local do Comitê Permanente em Saúde Reprodutiva e AIDS da International Federation of Medical Students’ Associations (IFMSA), participando de base de pesquisa em cirurgia experimental e Colaboradora do Projeto de Ações Integradas “Projeto Envelhecer com Saúde: rastreamento Cognitivo em Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Idosos, Natal, RN”. (**marianacoelho@gmail.com**).

Mariela Samantha de Carvalho Costa, Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Integrante da Base de Pesquisa em Saúde Coletiva, área Saúde do Idoso do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. Integrante dos projetos de extensão “Educação permanente direcionada a cuidadores de idosos institucionais: cuidando de quem cuida” e “Perfil das afecções mais comuns em dermatopatologia”. Monitora bolsista das disciplinas de Epidemiologia I e II. Participante da Liga Acadêmica de Dermatologia (LADERM). (**marielasamanta@gmail.com**).

Mônica Larissa Padilha Honório, Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Integrante da Base de Pesquisa em Saúde Coletiva, área Saúde do Idoso do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. Monitora da disciplina de Anatomia Topográfica, do curso de Medicina da UFRN. Integrante da Liga Acadêmica de Gastroenterologia Clínica e Cirúrgica. Integrante da Liga Acadêmica de Neurocirurgia. Integrante da liga acadêmica de medicina de urgências clínica e cirúrgica. Estagiária em Medicina Intensiva no Hospital de Guarnição de Natal (HGuN). Integrante do projeto de extensão “Educação permanente direcionada a cuidadores de idosos institucionais: cuidando de quem cuida”. (**monicalarissa14@gmail.com**).

Monise Santos de Carvalho, Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Integrante da Base de Pesquisa em Saúde Coletiva, área Saúde do Idoso do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. Integrante do grupo PET (Programa de Educação Tutorial) de Medicina da UFRN. Monitora da disciplina de Bioética. Participa das Ligas de Gastroenterologia Clínica e Cirúrgica e de Neuropsiquiatria. Integrante do projeto de extensão “Educação permanente direcionada a cuidadores de idosos institucionais: cuidando de quem cuida”. (**monise.sc@gmail.com**).

Myla Marilana Freire da Cunha, Estudante do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Voluntária de iniciação científica do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Integrante no projeto de extensão “Educação permanente direcionada a cuidadores de idosos institucionais: cuidando de quem cuida”. (**myla53@hotmail.com**).

Priscilla Brenda Fonseca Dantas, Acadêmica do 4º período do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Colaboradora do Projeto de Ações Integradas “Projeto Envelhecer com Saúde: rastreamento Cognitivo em Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Idosos, Natal, RN”. (prisbfonseca@gmail.com).

Rafael Alves da Silva, Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Integrante da Base de Pesquisa em Saúde Coletiva, área: Saúde do Idoso do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. Monitor nas disciplinas de Anatomia Humana e Iniciação ao Exame Clínico. Participante das Ligas Acadêmicas de Neurocirurgia, Urgência e Emergência em Traumatologia (LAUET). Estagiário em Neurocirurgia no Pronto Socorro Clóvis Sarinho do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (PSCS-HMWG). Estagiário em Cirurgia Geral e Trauma no Hospital José Pedro Bezerra (LAUET/HJPB). Estagiário em Infectologia no Hospital Giselda Trigueiro (HGT). Integrante do projeto de extensão “Educação permanente direcionada a cuidadores de idosos institucionais: cuidando de quem cuida”. (ralves.ras@gmail.com).

Rebeka Souto Brandão Pereira, Formada em administração de empresas pela Unp (2010). Atualmente, acadêmica do curso de Direito da Uni-RN e cursando especialização em Direito Penal pela Faculdade Internacional Signorelli (FIS). Integrante do projeto de extensão “Educação permanente direcionada a cuidadores de idosos institucionais: cuidando de quem cuida”, do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Integrante da Base de Pesquisa em Saúde Coletiva, área: Saúde do Idoso do DSC-UFRN. (rebekasbrandao@gmail.com).

Renata Cristina dos Santos, Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Integrante da Base de Pesquisa em Saúde Coletiva, área: Saúde do Idoso do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. Aluna de Iniciação Científica voluntária, vinculada ao projeto de pesquisa “Mortalidade por Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS) em Idosos: série histórica no Brasil”. (re84nataaaa1987@yahoo.com.br).

Rhomy Guimel Pereira, Profa. de Educação Física – OMEC / Especilista Fisiologia do Exercício – Escola Paulista de Medicina / Especialista Saúde da Família – Estácio/FATERN. Paulista, residente em Natal desde 2000, atuou em várias áreas como natação e hidroginástica terapêutica direcionada à pessoas com necessidades especiais e terapia corporal. Desde 2006 Coordena Projeto Direcionado à População em Geral de Atividade Física e Práticas Integrativas Complementares do Município de Tibau do Sul. (rhomyguimel@gmail.com).

Roseneide Dantas Torres de Araújo, Mestre em Sexologia pela Universidade Gama Filho (UGF). Especialista em Ensino de Ciências pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e em Análises Clínicas pelo Instituto de Desenvolvimento das Ciências da Saúde (INDECS) e graduada em Biologia pelo Centro Universitário Celso Lisboa. Professora aposentada da Secretaria de Ciência e Tecnologia – FAETEC. (rdta@globo.com).

Vanessa Teixeira de Lima Oliveira – Mestre em Ciências Farmacêuticas/Bioanálises pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Bioquímica Aplicada à Saúde pela UFRN e graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora Assistente II da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, atuando na área de nutrição e dietética. Tem experiência

nas áreas de envelhecimento e avaliação nutricional em diferentes fases da vida. (**vanessatlima@uol.com.br**).

Vilani Medeiros de Araújo Nunes, Professora do Departamento de Saúde Coletiva/UFRN, Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre em Enfermagem (PPGenf/UFRN). Especialista em Saúde Coletiva (UFRN), Vigilância Epidemiológica e Sanitária (UNAERP), Saúde da Família (UFRN) e Capacitação em Geriatria e Gerontologia (UnB). Professora Adjunta I (DE) do Departamento de Saúde Coletiva (DSC/UFRN). Integrante da base de Pesquisa em Saúde Coletiva – Saúde do Idoso (CNPq). Atua na área da Saúde da Família e Saúde Coletiva com ênfase nos temas: envelhecimento humano, saúde da família e vigilância em saúde. (**vilani.nunes@gmail.com**).

Vitor Guerra Xavier, Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Integrante da Base de Pesquisa em Saúde Coletiva, área Saúde do Idoso do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. Estagiário em Infectologia no Hospital Giselda Trigueiro (HGT). Integrante do projeto de extensão “Educação permanente direcionada a cuidadores de idosos institucionais: cuidando de quem cuida”. (**vitorguerra90@gmail.com**).

Vyna Maria Cruz Leite, Fisioterapeuta pela UEPB; Sanitarista pela UECE; Especialista em Saúde do Idoso pela UECE; Mestre em Saúde Pública pela UECE; Terapeuta Comunitária – MSMCBJ/UFC; Mestre REIKE pela ANEPS CE; Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva NESC/UFRN. (**vynaleite@gmail.com**).

Zenewton André da Silva Gama, Graduado em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte UFRN (Brasil), mestre em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde pela

Universidad de Murcia (Espanha) e doutor pela Universidad de Murcia (Espanha). Ocupa o cargo de Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN, ensinando na graduação aos cursos de Medicina e Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde. Na pós-graduação, é orientador no programa Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud da Universidad de Murcia e no programa em Saúde Coletiva da UFRN. Tem experiência nas áreas de Fisioterapia e Saúde Coletiva, com ênfase em Gestão em Serviços de Saúde e Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Gestão da Qualidade e Segurança em Serviços de Saúde e Gerontologia. (**znewtongama@hotmail.com**).



Este livro foi projetado pela equipe
editorial da Editora da Universidade
Federal do Rio Grande do Norte.

