PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA – SP

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

MANUAL DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

SAÚDE DO IDOSO

PIRACICABA/SP

2019

MANUAL DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
SAÚDE DO IDOSO - 2. ED. REVISÃO 2019

BARJAS NEGRI
PREFEITO DE PIRACICABA

PEDRO ANTONIO DE MELLO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE PIRACICABA

TATIANA DO PRADO LIMA BONINI
COORDENADORA DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA

ELABORAÇÃO
Equipe Departamento da Atenção Básica
Dr. Luís Fernando de Lima Nunes Barbosa
Elaine Regina Defavari
Karina Corrêa
Luciana Maria Pavan
Tatiana do Prado Bonini

Vigilância Epidemiológica
Fernanda Lopes Menini
Cibele Melo dos Reis

Colaboradores
Núcleo de Atenção à Saúde do Idoso (NASI)
Enf. Mariana Cabau Marques Lemes
Drª Fabíola Maria Stolses Bergamo Machado

Coordenação de Programa de Alimentação e Nutrição
Márcia Juliana Cardoso

Coordenação Saúde Bucal
Dirce Aparecida Valério da Fonseca

REVISÃO / MAIO 2019
Equipe Departamento da Atenção Básica
Mariana Cabau Marques Lemes
Gislene Nicolau dos Santos

ORGANIZAÇÃO / FORMATAÇÃO
David Richard Luzetti

APRESENTAÇÃO

A Atenção Básica (AB) tem por finalidade estar próxima do indivíduo, sua família, seu território e a partir do conhecimento epidemiológico da população local, das condições de vida e determinantes sociais, desenvolver atividades visando à melhoria dos índices de saúde e trazendo aumento da qualidade de vida a todos. Ela deve ser a porta de entrada do sistema e a referência em saúde aos cidadãos.

Assim sendo, tem a função de coordenar e promover ações de atenção integral a saúde da pessoa adulta, atuando nos cuidados primários de saúde junto a essa população, sendo responsável também pela ordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde do adulto.

Nesse contexto, a educação continuada é fundamental, pois, além de atualização de novas tecnologias e procedimentos em saúde, permite a discussão entre os trabalhadores quanto às possíveis mudanças na organização dos trabalhos, como por exemplo, a assistência a população adulta deve ser organizada em caráter multidisciplinar, que o profissional reconheça o adulto saudável, os fatores de risco, o grau de vulnerabilidade e a partir deste ponto, planejar ações e serviços a serem prestados.

O envelhecimento populacional é uma realidade, sendo assim, os serviços de saúde, bem como os seus profissionais, necessitam estruturar-se para atender à demanda vigente.

O conhecimento de aspectos do processo de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem com o envelhecimento (senescência) e das modificações determinadas pelas afecções que frequentemente acometem a pessoa idosa (senilidade) é fundamental para a prestação de uma assistência de qualidade nos níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Este manual tem como objetivo orientar as ações de enfermagem na atenção à Saúde da Pessoa Idosa nas Unidades de Atenção Básica, Unidade de Referência a Saúde do Idoso, apontando peculiaridades a serem abordadas, visando um atendimento diferenciado, promovendo o máximo da autonomia e independência desta população.

Considerando-se os princípios e doutrinas do Sistema Único de Saúde, o Estatuto da pessoa idosa – Lei nº10.741/03 e as diretrizes do Pacto pela Saúde

(ANEXO 1), este trabalho vem corroborar na organização de referência e contra referência, prestando uma assistência voltada para a promoção da saúde da pessoa idosa, encaminhando o indivíduo para outros equipamentos de saúde da rede básica, bem como para nível secundário e terciário quando a indicação for preconizada.

Este documento não tem a intenção de atender todos os aspectos relativos ao tema, mas se constitui como um norteador importante para a prática diária do enfermeiro, respaldado pela Lei do Exercício Profissional nº 7498/86, Decreto Lei nº 94.406/87, e todas as demais Legislações pertinentes em vigência.

SUMÁRIO

1 CONHECENDO O CLIENTE 9

1.1 ENVELHECIMENTO E VELHICE 9

1.2 ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E ENVELHECIMENTO.....10

1.3 ATIVIDADE FÍSICA 11

1.4 SEXUALIDADE.....13

1.5 IMUNIZAÇÕES 15

1.6 SAÚDE BUCAL DA PESSOA IDOSA.....17

2 AVALIAÇÃO GERONTO – GERIÁTRICA 23

2.1 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A PESSOA IDOSA 24

2.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM.....25

2.2.1 Primeira Consulta de Enfermagem 25

2.2.2 Exame Físico Geral e Específico 26

2.2.3 Avaliação Laboratorial.....30

2.2.4 Consulta de Enfermagem para Acompanhamento 31

2.2.5 Orientações realizadas durante as consultas 31

2.2.6 Tratamento Medicamentoso e Não Medicamentoso.....32

2.3 DESENVOLVIMENTO DE TRABALHO EM GRUPOS.....34

2.4 CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....37

2.5 VISITA DOMICILIAR À PESSOA IDOSA 38

3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A AGRAVOS E DEMAIS ACOMPANHAMENTOS GERONTO-GERIÁTRICOS.....41

3.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM EM AGRAVOS À SAÚDE DA PESSOA IDOSA 41

3.1.1. Quedas 41

3.1.2 Demências.....43

3.1.3 Incontinência urinária.....46

3.1.4 Hipertensão Arterial 48
3.1.5 Hipotensão Postural ou Ortostática 50
3.1.6 Diabetes Mellitus....50
3.1.7 Osteoporose 52
3.1.8 Adesão ao tratamento medicamentoso....54
3.1.9 Disfunções sexuais na pessoa idosa 57
3.1.10 Violência 59
4 ANEXOS 64
4.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA (modelo) 64
4.2 PACTO PELA VIDA....65
4.3 ESCALA DE RISCO NUTRICIONAL....67
4.4 RECOMENDAÇÕES PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA AS PESSOAS IDOSAS 68
4.5 MINIEXAME DO ESTADO MENTAL 71
4.6 GENOGRAMA OU A ÁRVORE FAMILIAR 73
4.7 AVALIAÇÃO DOS RECURSOS FAMILIARES E COMUNITÁRIOS - ECOMAPA 75
4.8 MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES....77
4.9 ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE ...80
4.10 ÍNDICE DE KATZ 81
4.11 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (AVD) 83
4.12 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD) 85
4.13 AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL....87
4.14 AVALIAÇÃO DA ACUIDADE AUDITIVA 89
4.15 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA 90
4.16 AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS....91
4.17 FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO 92

4.18 ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE DOMICILIAR.....93

4.19 FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....94

4.20 ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTO AO NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO (NASI).....96

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....97

1

CONHECENDO O CLIENTE

1 CONHECENDO O CLIENTE

1.1 ENVELHECIMENTO E VELHICE

No Brasil, é definido como idoso a pessoa que tem 60 anos ou mais. Assim como no Brasil, na cidade de Piracicaba, a população idosa tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais, chegando a 11,36% aproximadamente da população total (IBGE, 2019).

O rápido crescimento da população idosa, em poucos anos, mudará completamente o atual quadro demográfico, trazendo efeitos significativos em todos os níveis da sociedade, principalmente na saúde pública e consequentemente para os profissionais da saúde, requerendo cada vez mais qualificação e excelência no atendimento deste segmento etário.

O IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - tem afirmado que o contingente populacional da pessoa idosa tem indicadores expressivos em termos absolutos e de crescente importância no conjunto da sociedade brasileira, demandando novas exigências de políticas públicas de saúde e inserção ativa das pessoas idosas na vida social. A saúde pode exercer forte impacto na qualidade de vida das pessoas idosas na medida em que se oferece um maior acesso aos serviços de saúde.

Além dos aspectos demográficos e epidemiológicos devemos destacar a questão cultural, pois, cada sociedade vive de forma diferente esta fase da vida. O envelhecimento é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento relativo do número das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice.

Os incontáveis modos de envelhecer podem ou não, garantir o envelhecimento saudável e ativo. A velhice possui também a dimensão existencial, definida pela relação que o sujeito tem do mundo e com a sua própria história. Viver é envelhecer e envelhecer é viver.

O processo de envelhecer é sem dúvida algo natural e gradual no ciclo de vida, diferindo de um ser para outro, refletindo uma experiência heterogênea.

O envelhecimento, a velhice e as pessoas idosas, revelam a necessidade de discussões mais aprofundadas. Envelhecer com dignidade é um direito humano fundamental. Toda a sociedade deve reunir esforços para a garantia desse direito.

Para tanto, torna-se necessário o processo contínuo de formação dos profissionais da área de saúde para que a melhoria da qualidade da assistência possa ser garantida.

Há várias palavras e expressões para designar as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

Nas políticas públicas tem sido praxe designá-las como PESSOAS IDOSAS. Não existe nenhuma resolução formal que oriente esta iniciativa. A expressão Pessoa Idosa atende as discussões de gênero, contemplando dessa forma, homens e mulheres que se encontram nesta faixa etária, garantindo o respeito à diversidade dos papéis sociais conquistados ao longo da trajetória histórica dos cidadãos e cidadãs que vivem o envelhecimento.

Outra expressão que foi muito utilizada e que tem perdido espaço é “Terceira Idade”. Trata-se uma expressão traduzida do francês e que foi na última década muito utilizada nos serviços públicos, a mesma exclui as pessoas que se encontram na quarta idade (80 a 100 anos), ou na quinta idade (acima de 100 anos).

Há vários profissionais que designam as pessoas idosas de “Melhor Idade”. A expressão pode representar um eufemismo para suavizar ou desconsiderar as situações desiguais que muitas pessoas idosas vivem. Ao mesmo tempo, a expressão pode representar uma avaliação de um determinado grupo e não se pode generalizar para todas as pessoas idosas brasileiras, que em inúmeras situações não se encontram na sua melhor idade.

Há vários mitos sobre o envelhecimento. Um dos mitos bastante absorvido pelos profissionais é aquele que afirma que as pessoas idosas voltam a ser crianças. Por considerarem isso uma verdade, muitos profissionais da saúde se referem às pessoas idosas como palavras no diminutivo.

São exemplos: vovozinha, senhorinha, velhinha. Outros profissionais, ao efetivar um procedimento com o sujeito idoso, pedem, por exemplo, para que ele “abra a boquinha” ou “deixe-me ver a sua perninha”, as pessoas idosas não voltam a ser crianças, isso é um mito que precisa ser desconstruído. Precisamos tratar os mais velhos como sendo sujeitos de direito e respeitando a sua individualidade.

1.2 ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo normal, fisiológico. Entretanto as alterações que podem ocorrer no organismo em decorrência desse processo, juntamente com outras que são patológicas, interferem na alimentação e nas necessidades nutricionais da pessoa idosa. As necessidades nutricionais são específicas para cada pessoa e devem ser avaliadas individualmente.

A composição corporal do indivíduo muda com o envelhecimento, havendo uma diminuição da massa magra e aumento da massa gorda acarretando menores necessidades calóricas, o que pode causar aumento do peso corporal. Este aumento de peso pode ocorrer em determinada fase e um declínio no peso corporal, tanto nos homens quanto nas mulheres, ocorrerá em torno de 65 a 70 anos.

É de suma importância que o enfermeiro identifique valores que possam interferir na condição nutricional da pessoa idosa, tais como:

- Situação social, econômica e familiar em que vive;
- Condições físicas e mentais para desempenhar as atividades diárias;
- Presença de doenças e uso de múltiplos medicamentos;
- Aspectos culturais, religiosos e disponibilidade de alimentos;
- Alterações fisiológicas que ocorrem com o avanço da idade.
- Perda de dentes e uso de prótese.

Fazendo-se necessário um olhar diferenciado durante a sua avaliação.

A Escala de Risco Nutricional (ANEXO 2) é um instrumento que poderá ajudar na classificação da pessoa idosa com riscos, indicando as intervenções cabíveis, não devendo ser utilizado para a identificação de diagnósticos médicos.

Para as pessoas idosas que apresentem risco moderado poder-se-á melhorar a qualidade da alimentação, contidas no ANEXO 3, sempre observando a necessidade de adaptação da dieta conforme o contexto, gosto e possibilidades da pessoa idosa e do cuidador.

Para as pessoas idosas que apresentem alto risco, orienta-se discussão do caso em equipe e possível encaminhamento.

1.3 ATIVIDADE FÍSICA

Os avanços tecnológicos dos tempos atuais permitiram uma vida com relativo conforto para a sociedade, escadas comuns foram substituídas por escadas rolantes

e elevadores e a caminhada até o mercado da esquina foi substituída por uma pequena jornada motorizada.

Problemas graves e comuns passaram a fazer parte de nossas vidas com maior frequência, devido à diminuição de atividades em nosso cotidiano.

Estudos em gerontologia vêm demonstrando que a atividade física junto com a hereditariedade, alimentação adequada e hábitos de vida apropriados, podem melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa.

A atividade física regular não é somente um recurso para minimizar a degeneração provocada pelo envelhecimento, mas possibilita a pessoa idosa a manter uma qualidade de vida ativa.

A prática regular de atividade física, obedecendo a determinados princípios, conduz a uma série de adaptações morfofuncionais no organismo. Ocorrem em nível cardiovascular, osteomuscular esquelético, pulmonar, endócrino, hematológico e imunológico, determinando a melhora na capacidade funcional, laborativa e redução da mortalidade cardiovascular em geral.

Podemos apresentar três termos frequentemente usados como sinônimos, mas que possuem significado técnico distinto:

- ATIVIDADE FÍSICA

Pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético, não se preocupando com o nível desse gasto de energia.

- EXERCÍCIO FÍSICO

Caracteriza-se como uma atividade física em que há intencionalidade de movimento, sendo uma atividade planejada, estruturada e repetitiva, tendo como propósito a manutenção da saúde ou a otimização do condicionamento físico ou ainda da aptidão física.

Exemplo: caminhadas sistemáticas de 30 minutos, três vezes na semana.

- ESPORTE

É uma atividade física onde se pressupõe a existência de adversários e uma maior organização, normalmente representada por um conjunto de regras. Exemplo: ao vermos quem consegue nadar 400 metros em um menor tempo, teríamos uma competição desportiva.

A pessoa idosa deve escolher a atividade física que mais lhe agrade, até porque precisa de motivação para frequentar um programa. Esse programa deve ser de, no mínimo, 30 minutos por dia, com intensidade leve ou moderada, se possível todos os dias da semana. Entre as atividades escolhidas devem estar as que envolvem grandes grupos musculares, como: caminhada, hidroginástica, dança, esportes em geral, adequados à faixa etária (voleibol adaptado, por exemplo), natação, atividades recreativas, entre outras.

Quanto à roupa deve ser: uma malha confortável, que não seja muito justa, de preferência de algodão, pode ser uma camiseta e um shorts, ou calça curta, por exemplo. Importante que seja cômoda, elástica, não aperte, e não atrapalhe, ou impeça o movimento.

No que diz respeito ao calçado, deve-se dar a preferência para uso de tênis com sola de borracha e macio, que se adapte ao pé e dê mobilidade ao tornozelo.

Em relação as meias, usar limpas e macias, de preferência algodão e não náilon (que aprisiona o calor e a umidade, causando coceira ou irritação).

Devem ser evitados: cintas, elásticos de saias ou calças que apertem e acessórios como joias, bolsas e cachecóis.

A atividade física escolhida requer vestimenta adequada, e não pode ser realizada com saias e sapatos com salto.

De acordo com Geis (2003), não há horário específico do dia em que se deva, ou se recomende, realizar a atividade. Mas sim, evitá-la em jejum ou em plena digestão. Caso seja realizada pela manhã, é conveniente tomar um desjejum rápido e de fácil digestão. O mesmo deve ser feito se a atividade for realizada nas primeiras horas da tarde.

É importante sempre orientar o cuidado com a exposição aos horários de sol forte, onde deverá ser recomendado o uso de protetor solar e aumento da hidratação.

1.4 SEXUALIDADE

A crença de que o avançar da idade e o declinar da atividade sexual estejam inexoravelmente interligados, desvia a atenção a uma das atividades mais fortemente associadas à qualidade de vida, como é a sexualidade.

Muitas pessoas, na oitava década de vida, continuam sendo sexualmente ativas, e mais da metade dos homens maiores de 90 anos, referem manter o interesse sexual. Mas apenas menos de 15% deles podem ser considerados sexualmente ativos. Infelizmente, o desconhecimento, o preconceito e a discriminação fazem com que o comportamento sexual no envelhecimento seja visto como: inadequado, imoral ou anormal, não só pela equipe de saúde que o atende, mas muitas vezes pelas próprias pessoas idosas.

Embora a frequência e a intensidade da atividade sexual possam mudar ao longo da vida, problemas na capacidade de desfrutar prazer na relação sexual não devem ser considerados como parte normal do envelhecimento. Comparado ao adulto jovem, a pessoa idosa tem uma maior necessidade de tempo para atingir a excitação sexual e completá-la, sendo maior também seu período de latência para uma nova excitação.

No homem ocorre a diminuição parcial da tumescência peniana, mas ainda suficiente para uma relação sexual satisfatória; assim como há uma diminuição da quantidade de sêmen ejaculado e a força com que ele é expelido.

Na mulher, após a menopausa, tanto pode ocorrer à diminuição da libido quanto à exacerbação dela, por não mais haver o desconforto relacionado aos períodos menstruais e nem o medo de uma gravidez indesejada. Além disso, também há diminuição da lubrificação vaginal, daí a importância de ser orientado o uso de lubrificantes (M.S., 2006).

No entanto, o enfermeiro durante o atendimento a pessoa idosa deve:

1. Estimular a pessoa idosa a relatar questões que podem interferir na sua vida sexual;
2. Orientar as alterações normais que ocorrerão em sua sexualidade;
3. Orientar sobre a existência de fatores que podem piorar o quadro de disfunção;
4. Sensibilizar quanto às questões sociais e culturais que possam interferir na diminuição do desejo sexual;
5. Sensibilizar a pessoa idosa para que evite a autocobrança quanto ao seu desempenho sexual;
6. Sensibilizar a pessoa idosa quanto a melhoria do desempenho sexual quando realizado no período da manhã, quando está descansada e disposta;

7. Sensibilizar quanto à automedicação, sempre procurando um profissional de saúde quando necessário. É importante ressaltar que nem sempre será necessário o uso de medicamentos;
8. Sensibilizar e orientar a utilização de preservativo;
9. Orientar sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (como sífilis e gonorréia) e Aids.

1.5 IMUNIZAÇÕES

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a utilização de três vacinas básicas na população idosa: Influenza, Pneumocócica 23-Valente e Tétano-Difteria, mas devemos também dar atenção às outras vacinas.

- Vacina contra a Influenza:

O vírus da influenza, conhecida como gripe, é transmitido por inalação, através de gotículas de saliva suspensa no ar e incuba por um período de 1 a 4 dias. A vacina produzida para o Brasil é atualizada anualmente, de acordo com as características dos vírus em circulação no nosso hemisfério, e por isto é muito específica para a população de vírus existentes. A via de administração é a intramuscular ou subcutânea profunda conforme orientação do SIPNI (Sistema de informação do Programa Nacional de Imunização).

As indicações para a vacina contra a influenza são:

1. Idade superior a 60 anos;
2. Portadores de doenças crônicas pulmonares como enfisema e asma, cardiopatias, diabetes e hipertensão;
3. Pessoas idosas com doenças renais;
4. Pessoas com a imunidade deprimida por doenças como AIDS ou que tomam medicamentos que causam diminuição da imunidade como quimioterápicos e tratamento para o câncer.
5. Pessoas que mantêm contato com indivíduos que apresentem risco para complicações da gripe, como cuidadores de pessoas idosas, profissionais da área da saúde e familiares.

Os efeitos colaterais são leves e tendem a desaparecer em 24 a 48 horas após a vacinação. As reações gerais são mialgias, mal estar geral, cefaleia, febre baixa com início após 6 horas da vacina e regredindo no máximo em dois dias. No local da aplicação pode haver dor, vermelhidão, enduração e prurido. Dificilmente há alergia à vacina.

Pacientes com histórico de alergia a ovo ou reação à vacina, seguir recomendação do SIPNI (de acordo com alterações de 2019).

- Vacina Pneumocócica 23 - Valente:

A Pneumonia Pneumocócica é a mais comum na comunidade, e a transmissão acontece de pessoa a pessoa por inalação.

A via de administração da vacina é intramuscular ou subcutânea, conforme orientação do fabricante.

A indicação da vacina é para pessoas com 60 anos e mais pertencentes aos seguintes grupos:

-Hospitalizados e residentes em instituições (asilos, casa de repouso);
-Pessoas com doenças crônicas: cardiovasculares, pulmonares, renais, hepáticas, diabéticos, com asplenia, imunossuprimidos (transplantados, com neoplasias, infectados pelo HIV).

Esquema vacinal:

-Apenas 2 doses com intervalo de 5 anos;
-Pessoas com 65 anos ou mais, apenas uma dose.

- Vacina contra Difteria e Tétano:

A incidência de tétano aumenta durante os meses quentes e apesar do número de casos ter diminuído no total, a incidência entre as pessoas acima de 65 anos permanece constante, correspondendo a quase metade dos casos. Isto mostra que as metas preventivas nesta faixa etária ainda não estão sendo atingidas, além disto, a doença é mais grave na pessoa idosa e a mortalidade é muito alta.

Todas as pessoas idosas devem completar uma série de vacina da difteria combinada com a vacina de tétano.

Esta série consiste em três doses do preparado contendo toxóide diftérico e tetânico, sendo a segunda dose 2 meses após a primeira dose e a terceira dose 4 meses após a primeira dose.

Após o calendário básico completado, a revacinação deve ser feita com uma dose a cada dez anos.

A vacina deve ser feita por injeção intramuscular profunda e as reações podem ser enduração e vermelhidão no local da aplicação. Reações gerais como febre e urticária são raras.

A vacinação completa previne a difteria em 85% e o tétano em 95%. As reações alérgicas após a primeira dose ou febre alta e infecção grave seriam as únicas contraindicações para a vacinação.

O calendário de vacinas está sujeito a inserções de imunobiológicos e ou modificações.

1.6 SAÚDE BUCAL DA PESSOA IDOSA

As condições de saúde bucal dos indivíduos refletem as suas condições de vida. Sendo assim, as doenças bucais se diferenciam, dependendo da inserção social à qual pessoa idosa pertenceu e/ou pertence. Neste contexto encontramos situações diferenciadas, que necessitam ser bem avaliadas e encaminhadas ao dentista, conforme a necessidade.

Orientações Gerais:

Na pessoa idosa, independente da presença dos dentes, é necessário higienizar a cavidade bucal (dentes e próteses, língua, palato duro, bochechas e gengivas).

A higiene dos dentes deve ser realizada com escovação utilizando uma pequena quantidade de creme dental fluoretado e uso de fio dental.

Em clientes desdentados totais a cavidade bucal pode ser higienizada com escova de dente comum ou quando não se tem a escova, com gaze enrolada no dedo ou em palito de sorvete.

A língua também pode ser limpa com limpadores de língua ou mesmo com uma solução feita com 1/2 colher de chá de bicarbonato de sódio em ½ copo de água. Não é preciso aplicar força para se obter uma boa higiene.

Na pessoa idosa com dependência total, usar gaze enrolada em palito de sorvete ou o cabo da própria escova dental umedecida em solução de clorexidina 0,12% para realização da higiene bucal.

A) Recomendações básicas para pessoas idosas que necessitam/usam próteses totais (dentadura)

A adaptação com uma prótese total ou removível pode requerer algum tempo. Próteses que provocam incômodo deverão ser avaliadas pelo cirurgião dentista para

que se verifique o motivo. Clientes com mais idade normalmente levam um pouco mais de tempo para se adaptar; algumas vezes porque o rebordo é muito fino, outras vezes porque a redução da salivação provoca secura bucal e pode dificultar o uso da prótese. Recomenda-se aos clientes com próteses totais:

1. Para se alimentar, o cliente deve realizar movimento de abrir e fechar a boca, evitando movimentos laterais, até que ocorra a adaptação com a prótese;
2. Usar somente os dentes posteriores na mastigação, para que as próteses não se desloquem;
3. Retirar as próteses para higiene após cada refeição;
4. Na hora da higienização segurar as próteses com firmeza;
5. Escová-las sobre uma bacia ou sobre a cuba da pia do banheiro com água para evitar que caiam e quebrem;
6. Caso ocorra quebra da prótese procurar um dentista, não consertá-las em casa;
7. Escovar as próteses do lado de dentro e do lado de fora com escova média (escova dental ou escova específica para prótese) com sabão ou detergente líquido, e se não for possível creme dental não abrasivo;
8. Recomenda-se que o cliente durma sem a prótese para dar “descanso” às mucosas;
9. Caso a pessoa use prótese superior e inferior e prefira dormir com as próteses, recomenda-se retirar uma delas. Preferencialmente intercalar ora superior e ora inferior;
10. A boca pode mudar suas características, por isso é importante que se consulte um cirurgião dentista quando houver lesões na mucosa (ulceradas ou nodulares) que não regridem em até 3 semanas ou quando se perceber redução da eficiência mastigatória;
11. Aconselha-se a troca das próteses a cada 5 anos. Os dentes sofrem desgastes e há perda da eficiência mastigatória, por isso, indica-se a troca periódica das próteses.

B) Recomendações básicas para pessoas idosas com dentes

A escova deve ser macia de cabeça pequena para alcance de todos os dentes. Recomenda-se uma quantidade de creme dental fluoretado do tamanho de um grão de ervilha seca, colocado transversalmente sobre as cerdas da escova.

A escova deve ser posicionada com as cerdas direcionadas para a raiz do dente, na altura do limite entre dente e gengiva, fazendo movimentos vibratórios. O movimento deve ser repetido para cada dente, inclusive na superfície interna do dente.

A superfície de mastigação deve ser escovada com movimentos de vai e vem.

A língua também deve ser escovada.

Lembrando-se da importância do fio dental, cada superfície dental deve ser limpa separadamente.

Com o fio enrolado e esticado na extremidade dos dedos médios, passar cuidadosamente entre os dentes, deslizando sobre a superfície, penetrando ligeiramente na gengiva para remover a placa.

Os movimentos de escovação devem ser feitos de forma sequencial em todos os dentes superiores e inferiores, nas superfícies vestibulares (superfície visível, “lado de fora” dos dentes) e nas superfícies linguais e palatinas (porção interna, “lado de dentro” dos dentes).

C) Uso de Fio Dental

1. O fio dental mal utilizado não aumenta a eficiência da higiene bucal. Ele deve ser utilizado para limpeza do espaço ao redor dos dentes (sulco gengival).
2. O fio dental deverá ser utilizado em todos os dentes, iniciando o uso na superfície posterior do último dente do arco dentário, independente de haver contato entre os dentes.

Somente clientes com amplos espaços interdentais (entre os dentes) podem recorrer ao uso de palitos de madeira macia de secção triangular para limpeza dos espaços entre os dentes. Palitos de outros materiais podem provocar ferimentos nos tecidos gengivais.

Enrolar aproximadamente 50 cm de fio dental na extremidade dos dedos médios.

Com o fio esticado passar cuidadosamente, entre os dentes, deslizar sobre uma das superfícies para cima e para baixo, penetrando ligeiramente no espaço entre a gengiva e o dente (sulco gengival) para remover a placa.

D) Recomendações Básicas para pessoas idosas com uso combinado de dentes e pontes móveis

1. Higienizar os dentes que suportam os grampos da prótese com extremo cuidado, removendo completamente toda placa bacteriana. Os grampos não “estragam” os dentes, tampouco provocam cáries. O que provoca cárie é a placa bacteriana que não foi removida adequadamente. As pessoas idosas devem ser orientadas a retirar as próteses após cada refeição para serem higienizadas.
2. Usar uma escova média para prótese e uma macia para os dentes naturais. As próteses deverão ser higienizadas com sabão ou detergente líquido. Não

se recomenda o uso de creme dental fluoretado para limpeza das próteses. Escovar os grampos das próteses por dentro.

3. Escovar dentes, língua e mucosa bucal sem as próteses.

4. Para os portadores de próteses fixas deve-se fazer uso de passadores de fio dental para que se remova a placa bacteriana sob a prótese fixa.

5. As próteses removíveis e totais que possuem porções metálicas (grampos, arco palatino ou barras) não devem ser colocadas em hipoclorito (água sanitária) pois oxidam.

E) Cuidados para evitar lesões cancerizáveis

Diagnóstico precoce de lesões cancerizáveis:

Examinar a boca periodicamente, a cada 4 meses, para procurar possíveis lesões na língua (embaixo e dos lados). Nas gengivas, nas bochechas, no pescoço e nos dentes. Tanto o autoexame quanto o exame realizado pelo Cirurgião Dentista tem o intuito de identificar possíveis alterações nos tecidos bucais (lábios, língua, gengivas, bochechas, assoalho da boca, palato duro e palato mole) Clientes que apresentarem lesões brancas, vermelhas ou enegrecidas, erosivas ou nodulares, que perduram por mais de 15 dias devem ser encaminhados para um cirurgião dentista para diagnóstico e tratamento.

As chances de cura são maiores quando se diagnostica precocemente.

F) Orientações para usuários de prótese

Prótese ou está na boca ou está na água. Na gaveta ou no bolso NUNCA.

APÓS as refeições escovar: DENTES, LÍNGUA e a PRÓTESE.

Encher o fundo da pia com água e escovar a prótese com as mãos bem próximas, quase dentro da pia.

Você pode dormir ou não com a prótese

Caso não durma com a prótese, colocá-la durante a noite em um copo de água com uma colher de água sanitária e depois esfregar bem com escova sem pasta em água abundante. Após escovar, passar vinagre para neutralizar o gosto e o cheiro e enxaguar.

Quando dormir com a prótese, uma vez por semana deve-se colocá-la em meio copo de água com meio copo de água sanitária por 1h. Depois esfregar bem com vinagre para neutralizar o gosto e cheiro e para finalizar enxaguar.

Usar sempre protetor labial (batom ou manteiga de cacau), para manter os lábios hidratados, para que o lábio não parta ao colocar a prótese.

Caso a prótese comece a pegar ou machucar, entrar em contato com o serviço.

2

AVALIAÇÃO E ASSISTÊNCIA GERONTO – GERIÁTRICA

2 AVALIAÇÃO GERONTO – GERIÁTRICA

A Avaliação Geronto - Geriátrica realizada de forma sistematizada tem como maior objetivo desenvolver um plano adequado de tratamento considerando-se as especificidades relacionadas aos processos de senescência e senilidade. Fato que auxilia na redução de exposição e fatores de risco de agravos à saúde, visando à manutenção do estado funcional e cognitivo.

Define-se como senescência a diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, sendo no entanto fisiológica; já senilidade é definida como uma condição patológica que requeira assistência (BRASIL, 2007).

Este atendimento deve ser subsidiado pelo Processo de Enfermagem, conforme descrito na Resolução COFEN nº 358/09, podendo-se utilizar o instrumento de Consulta de Enfermagem como norteador. Neste, serão obtidos os dados do Histórico (Entrevista e Exame Físico), Levantamento de Problemas e/ou Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e com eles traçado um Plano de Cuidados (ANEXO 2) - Modelo de Ficha para consulta de Enfermagem à Pessoa Idosa.

O Diagnóstico de Enfermagem vai além do enunciado, pois ele é composto de fatores relacionados a sinais e sintomas. Só é possível sua construção completa diante da pessoa idosa, quando são levantados os problemas que sofrerão a nossa intervenção.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) -> Atividade privativa do enfermeiro
O DE provém da identificação clara e específica do enfermeiro sobre fatores de risco e/ou alterações das necessidades humanas básicas encontradas durante o histórico de enfermagem (coleta de dados e exame físico).
Sua descrição exige um pensamento critico e profundo podendo ser registrado em até três partes: - Nome da alteração encontrada; - a causa que levou esta alteração; - e os sinais e sintomas que a define.

LUNA, 2011

Obs: O Enfermeiro deverá utilizar uma taxonomia, que tenha reconhecimento internacional, para registrar seu diagnóstico.

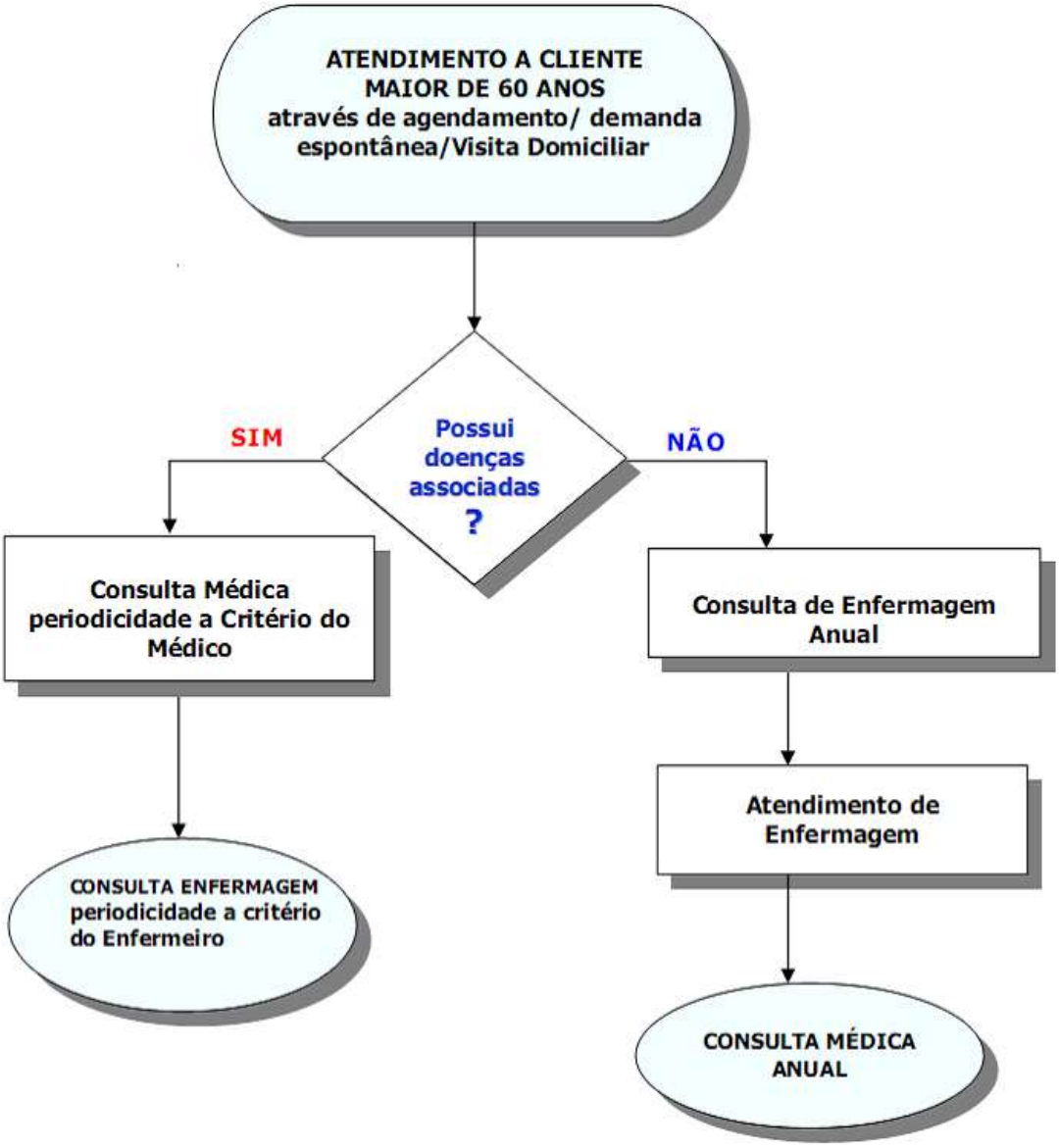
Durante a consulta, a ação do enfermeiro deve estar centrada na educação para a saúde, no “cuidar” tendo como base o conhecimento do processo de senescência e senilidade e na busca da recuperação da capacidade funcional para a

realização de atividades, auxiliando assim o retorno da independência da pessoa idosa.

Na primeira consulta de enfermagem, o enfermeiro não deve ter a pretensão de levantar e sanar todos os problemas, mas sim, construir um vínculo que poderá ser duradouro e produtivo para ambos.

Portanto, apesar deste manual apresentar na íntegra a consulta de enfermagem, o enfermeiro poderá aplicar os instrumentos de auxílio, sugeridos conforme sua necessidade e o vínculo construído com o seu cliente.

2.1 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A PESSOA IDOSA



2.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM

2.2.1 Primeira Consulta de Enfermagem

- ENTREVISTA
- IDENTIFICAÇÃO: sexo, idade, estado civil (tempo), ocupação atual (tempo), profissão, escolaridade, o conhecimento sobre sua saúde e os fatores de risco relacionados a agravos à saúde;
- HISTÓRIA ATUAL E PREGRESSA: queixa principal, doenças, tratamentos, cirurgias, internações, vícios, quedas, sintomatologia;
- IMUNIZAÇÃO
- USO DE MEDICAMENTOS: prescritos, autoadministrados, conhecimentos, dificuldades (econômica, deglutição, visual, memória, manipulação, outras);
- PERFIL FISIOLÓGICO:
    - Aspectos cardiovasculares e metabólicos;
    - Nível pressórico, colesterol, triglicérides, glicemia de jejum.
- PERFIL NUTRICIONAL: Alimentação: composição, número de refeições, quem prepara a comida, conservação, deglutição, mastigação, IMC, hábitos alimentares e presença de sarcopenia.
- ASPECTOS SENSORIAIS:
    - Acuidade auditiva;
    - Acuidade visual;
    - Paladar, olfato, tato.
- PERFIL PSICOLÓGICO:
    - Dependências: álcool, drogas, tabaco.
    - Cognição/memória (Sugerimos a aplicação da Escala mini-mental para avaliação da cognição ANEXO 4);
    - Sono e repouso.
- PERFIL FAMILIAR:
    - Riscos familiares: obesidade, hipertensão, infarto, artrose, diabetes, câncer;
    - História Familiar (Sugerimos a utilização do genograma e ecomapa para uma melhor compreensão e diagnóstico da família e sua relação com a comunidade a qual vive (ANEXO 5 e 5.1) e/ou, o uso do Mapa Mínimo de Relações (ANEXO 5.2);

- Situação familiar: composição, necessidade/disponibilidade de cuidador.

- PERFIL SÓCIO-CULTURAL:

- Lazer, atividades laborais, ocupação do tempo livre (frequência, tipo, satisfação);
- Espiritualidade: crenças, atividades, frequência;
- Ansiedade, estresse, depressão. (Sugerimos a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para a identificação de um possível quadro de depressão (ANEXO 6);

- AUTOCUIDADO:

- Atividades de vida diária (Sugerimos a aplicação do Índice de Katz para avaliação das Atividades Básicas de Vida Diárias (AVD) - ANEXO 7 e Escala de Lawton para Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD));
- Hábitos de higiene corporal e bucal (frequência, dificuldades);
- Vestuários (adequação/temperatura ambiente, autonomia).

- PERFIL DE AMBIENTE: tipo de moradia, utilização de tapetes, corrimão, banheira, iluminação, animais domésticos, condições de higiene e segurança.

- SEXUALIDADE: parceiro, dificuldades/queixas, sexo seguro etc.

- HÁBITO INTESTINAL E URINÁRIO: frequência, queixas, perdas urinárias e/ou dificuldade de urinar e aspecto das eliminações.

2.2.2 Exame Físico Geral e Específico

- PRESSÃO ARTERIAL: Nas posições: sentada, deitada e em pé.

- MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: peso, altura, estabelecer índice de massa corpórea e circunferência abdominal.

- CABEÇA:

Fácies: simétricas, cicatrizes, erupções da pele, lesões etc. (Também podem sugerir doença renal ou disfunção glandular).

Couro cabeludo: lesões, assimetrias, condições de higiene etc.

Olhos: acuidade visual, uso de óculos, sensibilidade à luz, edema, congestão, lacrimejamento, secura, catarata, movimentos extraoculares, queda palpebral, movimentos não usuais, coloração da esclera etc.

Para avaliação da acuidade visual pode ser utilizado a Escala Optométrica de Snellen (ANEXO 8) na ausência deste material o enfermeiro pode pedir para que pessoa idosa leia a manchete de um jornal e uma frase da reportagem. No caso de pessoas idosas analfabetas, pesquisar sobre a dificuldade para enxergar detalhes em um pequeno objeto.

Ouvido: acuidade auditiva, cerúmen, secreções, dor, prurido, cuidados com o ouvido etc.

Para avaliar a acuidade auditiva sugestão consultar o ANEXO 9.

Nariz/narina: desvios, secreções, lesões, olfato, sangramento nasal, sensação de obstrução, dor e outros sintomas.

Cavidade oral: condições de dentição e/ou próteses, mucosa, odor à respiração, higiene, lesões, umidade, cor, infecções etc.

- PESCOÇO: Presença de nódulos, palpação da glândula tireóide, veias jugulares.
- PELE E ANEXOS:

Coloração, cicatrizes, icterícia, lesões.

Hidratação: turgor, xerodermia etc.

Unhas: onicomicose, deformidades.

- TÓRAX:

Forma, expansão simétrica a respiração, cicatrizes, anormalidades estruturais etc.

Ausculta cardíaca: frequência, ritmo, pulso apical, arritmias, sopros, etc.

Ausculta pulmonar: frequência respiratória, ritmo, expansividade e ressonância. Qualidade dos sons respiratórios (estertores, roncos e sibilos).

Mamas/mamilos: simetria, presença de massas/nódulos e secreções.

Conforme Protocolo de Rastreamento para câncer de mama recomenda-se exame clínico das mamas anual e mamografia a cada 2 anos na faixa etária de 50-69 anos (BRASIL, 2014).

- ABDOME:

Inspeção: simetria, hérnias, cicatrizes, veias dilatadas, saliências, distensões, contrações fortes.

Ausculta: ruídos hidroaéreos e sons vasculares.

Palpação: massas, pulsações e órgãos (fígado, baço).

Percussão: timpânico e/ou maciço.

- APARELHO GENITOURINÁRIO:

Avaliação da região escrotal: simetria dos testículos, dor e massas.

Avaliação da próstata: urgência miccional, disúria.

Avaliação da região vulvar e vaginal: inflamações, presença de secreções, lesões e prolapso.

Avaliação perianal: fissuras, hemorróidas.

Coleta de citologia oncótica (Papanicolau), preferencialmente na faixa etária dos 25 a 64 anos. (Brasil, 2014).

- APARELHO MÚSCULO-ESQUELÉTICO (MMSS E MMII):

Postura, força muscular, claudicação, hemiparesias, deformidades, dor articular; uso de órtese e prótese.

- AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA:

O exame na pessoa idosa é de extrema importância e não deve ser omitido, pois, as principais causas de incapacidade nesta faixa etária se dão pelos distúrbios neurológicos existentes.

Para se evitar as frequentes mudanças de posição para avaliação da pessoa idosa, o que poderá ser intolerável em alguns casos. Recomendamos alguns passos da avaliação mais sistematizada:

Pessoa idosa sentada: examina-se estado mental, o pescoço, os nervos cranianos, movimentos, a sensibilidade, os reflexos profundos.

Pessoa idosa em pé: avaliar a postura, o equilíbrio e a marcha.

Pessoa idosa deitada: avaliar o tonus muscular, a força, a presença de movimentos anormais, os sinais meningorradiculares (rigidez de nuca, Brudzinski, Kerning e Lasègue).

Aspectos da avaliação neurológica: abaixo citamos alguns aspectos da avaliação neurológica considerada significativa no cliente idoso, uma vez que o exame utilizado é o mesmo do cliente adulto.

A) Nível de consciência: avaliar a orientação fazendo perguntas sobre: nome próprio, profissão, nomes de pessoas próximas e sua ocupação; lugar: onde a pessoa está; cidade e estado; tempo: dia da semana, mês e ano.

B) Função motora: verificar o movimento voluntário de cada extremidade através de comandos específicos. Por exemplo: peça à pessoa para levantar as sobrancelhas, franzir a testa, mostrar os dentes, apertar as mãos. Para as extremidades inferiores, solicite que faça o levantamento da perna estendida.

C) Resposta pupilar: avaliar tamanho, forma e simetria de ambas as pupilas. Observar o reflexo direto e o consensual à luz.

D) Reflexos tendinosos profundos: pesquise os reflexos do bíceps, tríceps, braquiorradial, patelar, aquileu e plantar.

E) Coordenação: teste a função cerebelar das extremidades superiores usando o teste dedo-nariz.

F) Postura e Marcha:

- TIMED UP AND GO TEST

Proposto por Podsiadlo e Richardson, no ano de 1991, o teste *Timed up and go test* avalia o equilíbrio sentado, transferência de sentado para posição em pé, estabilidade na deambulação e mudanças de curso da marcha (FIGUEIREDO et al. 2007).

A vantagem deste teste é rapidez e facilidade para realizá-lo em qualquer lugar, além das importantes informações sobre a força das pernas, a capacidade de equilíbrio e as estratégias de que se vale o idoso para executar os movimentos, que são aspectos determinantes para a realização adequada das atividades de vida diária (MORAES, 2008).

O paciente deve levantar-se de uma cadeira de braço, sem o apoio de braços, caminhar três metros com passos seguros e confrontáveis, girar 180°, retornar, sentando-se na cadeira. O tempo no qual o idoso realiza essa tarefa é cronometrado. Algumas recomendações são necessárias na aplicação do teste:

- A altura aproximada do assento da cadeira é de 46 cm;
- O paciente inicia o teste recostado e com os braços repousados na cadeira;
- Sempre que possível, o paciente deverá ser treinado no teste, previamente;
- O tempo é cronometrado a partir do comando de partida até o paciente assentar-se novamente na cadeira;
- O paciente deve usar calçado usual e, até mesmo, seu dispositivo de ajuda;
- O trajeto deve ser sinalizado no chão com uma faixa colorida (MORAES 2008).

Pacientes que conseguem realizar o teste sem se desequilibrar e com um tempo inferior a 10 segundos, ainda que apresente um distúrbio da marcha, tem risco de queda mínimo. Assim, não se justifica qualquer avaliação adicional. Pacientes com tempo entre 10 e 19 segundos são, em geral, independentes e na ausência de história de quedas ou padrão de marcha típico, não necessitam ter sua propedêutica estendida. Teste com duração igual ou superior a 20 segundos é indicativo de

instabilidade postural e alto risco de quedas. Este idoso deverá ser encaminhado para consulta médica para avaliação específica de instabilidade postural (MORAES, 2008).
- VASCULAR PERIFÉRICO:

Dilatação venosa, circulação colateral, ingurgitamento jugular, varizes.

Pulso pedioso e perfusão periférica: enchimento capilar, cor e temperatura das extremidades.

Dor, claudicação intermitente, edema, cor, alterações cutâneas (pele fina, atrófica, lustrosa, queda de pelos, coloração acastanhada no terço inferior das pernas, dermatite, fibrose, úlcera).

2.2.3 Avaliação Laboratorial

Alguns exames laboratoriais (listados abaixo) devem ser solicitados uma vez no decorrer de cada ano (pelo médico ou pelo enfermeiro), para acompanhamento da pessoa idosa.

Exames que poderão ser solicitados pelos enfermeiros:

- Hemograma completo;
- Colesterol total e frações;
- Glicemia jejum;
- Uréia;
- Creatinina;
- Sódio;
- Potássio;
- Ácido úrico;
- Urina I;
- Oferecer sorologias (Anti HIV, VDRL, Anti HCV, HBSAg);
- Hemoglobina glicada (se DM);
- Microalbuminúria (se DM e HAS);
- PPF com Kato/ Hoffman;
- Fundoscopia (Rastreamento de Retinopatias, DM e HAS).

IMPORTANTE:

Eticamente a solicitação de exames pelo enfermeiro tem por objetivo orientar a sua conduta e é amparado legalmente pela Resolução COFEN Nº 195/97; e Parecer COREN – SP 007/2014 – CT.

2.2.4 Consulta de Enfermagem para Acompanhamento

Diante da complexidade da Consulta de Enfermagem para a pessoa idosa sugerimos uma avaliação mais rápida nas consultas subsequentes, que pode ser feita através da Avaliação Multidimensional rápida da pessoa idosa (ANEXO 10).

Esta avaliação tem como objetivo identificar problemas de saúde, condicionantes do declínio funcional na pessoa idosa, além de indicar a utilização de instrumentos mais complexos quando necessário. Portanto a avaliação é apenas um instrumento de identificação dos problemas, sendo necessário à investigação posterior de cada problema encontrado seja durante uma consulta de enfermagem ou com outros profissionais que a pessoa idosa for encaminhada.

→ Entrevista direcionada a aspectos de relevância (Sugestão: ANEXO 11 e ANEXO 12);

→ Exame físico;

→ Avaliar os cuidados prescritos e resultados obtidos conjuntamente com o cliente e/ou familiares/cuidadores;

→ Avaliar resultados de exames e fazer encaminhamentos necessários para os demais profissionais da equipe de saúde.

2.2.5 Orientações realizadas durante as consultas

- Hábitos saudáveis (evitar fumo, álcool, drogas);
- Exames preventivos;
- Tratamentos, uso de medicações prescritas e automedicação;
- Atividade física regular;
- Alimentação saudável;
- Ingestão de líquidos;
- Higiene pessoal e vestuário;
- Cuidados com pele e anexos;
- Cuidados com os pés;
- Prevenção de quedas/segurança ambiental;
- Imunizações;
- Participação em ações de socialização e exercício da cidadania;
- Recursos comunitários;

- Sexualidade / DST x AIDS;
- Preenchimento da Caderneta da Pessoa Idosa;
- Entre outras.

2.2.6 Tratamento Medicamentoso e Não Medicamentoso

O enfermeiro, assim como os outros integrantes da equipe de saúde, atuam na sensibilização da pessoa idosa quanto à manutenção da qualidade de vida, bem como da autonomia e independência, especialmente durante a fase de envelhecimento.

Portanto, o objetivo principal do tratamento não medicamentoso é diminuir a morbidade e mortalidade por meio de modificações do estilo de vida, como: reeducação alimentar, estimulação a prática de atividades físicas, dieta hipossódica, hipocalórica, controle glicêmico, entre outras.

É importante que o enfermeiro solicite a pessoa idosa e/ou familiar que traga os remédios e prescrições que estão sendo usadas, inclusive as antigas. Sugestão (ANEXO 12).

Também trazer aqueles indicados pela vizinha, àqueles que usam comumente para o intestino funcionar, os para dormir, entre outros.

No município de Piracicaba foi aprovado um Projeto de Lei nº 069/13, qual dispõe sobre a utilização dos critérios de *Beers-Fick* no atendimento a idosos nos equipamentos da rede pública.

Entende-se por critérios de *Beers-Fick* uma lista de fármacos potencialmente inapropriados a adultos com 60 (sessenta) ou mais anos de idade.

Sendo assim, é uma ferramenta importante que permite ao enfermeiro identificar a polifarmácia e discutir com o médico o uso desses medicamentos.

Quadro 1 – Lista PRISCUS[17] de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos adaptada à farmacopeia brasileira

Anti-inflamatórios	**Anti-histamínicos**	**BZDs longa ação**
Cetoprofeno	Clemastina	Bromazepam
Etoricoxib	Clorfeniramina	Clobazam
Fenilbutazona	Dimetindeno	Clorazepato
Indometacina	Hidroxizina	Clordiazepóxido
Meloxicam	Tripolidina	Diazepam
Piroxicam	**Antieméticos**	Flunitrazepam
Anti-hipertensivos	Dimenidrato	Flurazepam
Clonidina	**Ergotamina e derivados**	Nitrazepam
Doxazosina	Di-hidroerocriptina	**BZDs curta-média ação**
Metildopa	Ergotamina	Alprazolam
Nifedipina	**Neurolépticos (a) típicos**	Lorazepam >2mg
Prazosina	Clozapina	**"Agentes Z"**
Reserpina	Flufenazina	Zolpidem > 5 mg
Terazosina	Haloperidol > 2 mg	Zopiclona > 3,75 mg
Antiagregantes plaquetas	Levomepromazina	**Outros sedativos**
Ticlodipina	Olanzapina > 10 mg	Difenidramina
Antiarrítmicos	Tioridazina	**Anticonvulsivantes**
Digoxina	**Antidepressivos tricíclicos**	Fenobarbital
Quinidina	Amitriptilina	**Opioides**
Sotalol	Clomipramina	**Laxantes**
Antibióticos	Imipramina	**Diversos**
Nitrofurantoína	Maprotolina	Pentoxifilina
Miorrelaxantes	**Inibidores recap serotonina**	Naftidrofuril
Baclofeno	Fluoxetina	Nicergolina
Antiespasmódicos	**Inibidores da MAO**	Piracetam
Oxibutinina	Tranilcipromina	
Tolterodina		

Recap, recaptação; MAO, mono amino oxidase; BZDs, benzodiazepínicos.

Quadro 2 – Medicamentos não recomendados para idosos, independentemente do diagnóstico ou da condição clínica, em função do alto risco de efeitos colaterais e com opções à prescrição de outros fármacos mais seguros pelos critérios de Beers – Fick[13] e comercializados no Brasil

Tioridazina	Amiodarona	Clorpropamida
Barbitúricos (exceto fenobarbital)	Digoxina > 0,125 mg/dia (exceto em arritmias atriais)	Estrogênios não associados (via oral)
Benzodiazepínicos	Disopiramida	Extrato de Tireoide
Lorazepam > 3,0 mg/dia	Metildopa	Metiltestosterona
Alprazolam > 2,0 mg/dia	Clonidina	Nitrofurantoína
Clordiazepóxido	Nifedipina	Sulfato ferroso
Diazepam	Doxazosina	Cimetidina
Clorazepato	Dipiridamol	Cetorolaco
Flurazepam	Ticlopidina	Ergot e ciclandelata
Fluoxetina (diariamente)	**Anti-inflamatórios não hormonais**	**Miorrelaxantes e antiespasmódicos**
Amitriptilina	Indometacina	Carisoprodol
Anti-histamínicos	Naproxeno	Clorzoxazona
Clorfeniramina	Piroxicam	Ciclobenzaprina
Difenidramina	**Laxantes**	Orfenadrina
Hidroxizina	Bisacodil	Oxibutinina
Ciproeptadina	Cascará sagrada	Hiosciamina
Tripelenamina	Óleo mineral	Propantelina
Dexclorfeniramina	**Anoréxicos**	Alcaloides da Belladonna
Prometazina	**Anfetaminas**	Meperidina

Uma discussão entre médico e enfermeiro sobre o uso desses medicamentos favorece o diagnóstico de possíveis queixas relacionadas ao fármaco, por exemplo, benzodiazepínicos aumenta o risco de quedas, bem como Ciprofloxacin aumenta o risco de delirium.

2.3 DESENVOLVIMENTO DE TRABALHO EM GRUPOS

A pessoa idosa durante o decorrer de sua vida transita por vários grupos: família, amigos, escola e trabalho tendo a necessidade de se filiar a um grupo de pessoas que se aproxime de sua faixa etária.

É no grupo que o indivíduo reconhece valores e normas, tanto os seus como os dos outros, embora possa ser diferente dos seus ou mesmo, opostos.

A pessoa idosa por várias razões acaba perdendo seus contatos, sejam familiares, de trabalho, de lazer ou outros, tornando-se sozinha, por isso, a importância de fazê-la participar de novos grupos e ajudá-la a se encontrar naqueles que mais lhe satisfaz.

Um grupo é constituído a partir de interesses e temas comuns, com discussões de temas vivenciadas no dia a dia. Permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade e, consequentemente, eleva a autoestima.

É importante que os profissionais envolvidos na elaboração dos grupos para as pessoas idosas estabeleçam alguns objetivos a serem alcançados, como:

- Proporcionar a oportunidade de formação e fortalecimento de amizades e o desenvolvimento do companheirismo;
- Proporcionar a oportunidade de compartilhar e valorizar experiências vividas;
- Proporcionar a possibilidade do aprendizado de novas habilidades, ampliando o interesse pelo mundo à sua volta;
- Oferecer atualização de conhecimentos;
- Criar oportunidades para a realização de passeios, viagens excursões;
- Proporcionar momentos de reflexão a respeito do processo de envelhecimento;
- Proporcionar capacitação física e recreativa através do lazer, atividades lúdicas, sociais e culturais;
- Desenvolver intercâmbio de gerações, favorecendo o convívio e troca de experiências com outras faixas etárias;
- Desenvolver ações que possibilitem uma melhor convivência familiar;
- Incentivar o exercício da cidadania e o acesso às políticas públicas, direitos, benefícios, voltados para o envelhecimento ativo;
- Informar sobre serviços destinados ao envelhecimento ativo, com custos baixos e fácil acesso (Programas Municipais, Estaduais e Federais, Universidade da Terceira Idade entre outros).

Além disso, é importante traçar estratégias que possam contribuir para o sucesso do grupo, como:

Divulgação: Cartazes, folhetos, boca a boca, durante as consultas e visitas etc.

Temas a serem abordados: As temáticas e as atividades a serem propostas devem ser discutidas com os participantes de forma a estarem mais adequadas às demandas e às realidades locais.

Local de realização dos grupos: Devem-se privilegiar locais próximos às moradias, como escolas, associações comunitárias, igrejas e a própria unidade de saúde, entre outros.

Coordenador do grupo: Pessoa responsável pelo grupo, ele organiza o encontro a partir do planejamento da equipe e, quando necessário, convida alguém para discutir um assunto específico. Os profissionais que coordenam os grupos devem ter uma definição clara dos objetivos, serem dinâmicos e principalmente gostar de trabalhar com pessoas idosas.

Contrato: É importante que no primeiro dia do grupo seja viabilizado um acordo ético de funcionamento entre os participantes. (Ex.: Horário de início e término, sigilo etc.)

Denominação/categorização de grupos:

Os grupos podem ser divididos em diferentes categorias:

- Interesse físico: caminhada, *Lian Gong*, alongamento etc;
- Interesse prático: tricô, crochê, fuxico, biscuit, culinária, jardinagem etc;
- Interesse artístico: pintura em tecido, pintura em tela, mosaico etc;
- Interesse intelectual: palestras sobre assuntos de interesse para faixa etária, coral, teatro, alfabetização para adultos, grupo de memória etc;
- Interesse social: Passeios, bailes, viagens, jogos recreativos etc.

Participantes: Toda a equipe pode participar do grupo, tomando-se o devido cuidado para o número de profissionais não ser excessivo, isso pode vir a inibir a participação das pessoas.

Metodologia: Sugere-se uma metodologia problematizadora que parte da realidade das pessoas envolvidas. O relacionamento coordenador/participantes do grupo se estabelece sem hierarquia, na medida em que todos têm um conhecimento próprio.

Linguagem: A equipe deve ficar atenta a alguns erros de linguagem, como:

A infantilização da linguagem – “tomar o remedinho”, “todos trouxeram o cartãozinho?;

A intimidação para a obtenção da adesão ao tratamento, conhecimento das doenças e suas complicações;

Falas com cunho autoritário;

Interrupção da fala de alguém do grupo;

Não considerar, ignorar ou desvalorizar a participação de algum membro do grupo;

Utilizar termos técnicos sem esclarecer o significado. Isso pode causar um distanciamento entre os profissionais e os participantes, provocando uma separação daqueles que detêm o conhecimento e as demais pessoas, além de, muitas vezes, provocarem a compreensão errônea do que está sendo dito.

Dinâmicas: A dinâmica de grupo é um instrumento educacional valioso, que pode ser utilizado para trabalhar o ensino-aprendizagem quando opta-se por uma concepção de educação que valoriza tanto a teoria como a prática e considera todos os envolvidos no processo como sujeitos.

Para tanto, podem ser utilizados jogos, brincadeiras, dramatizações, técnicas participativas, oficinas vivenciais em um ambiente descontraído, discutir temas complexos, polêmicos e até estimular que sejam externados conflitos (do indivíduo e do grupo), buscando estimular os participantes à alcançar uma melhoria qualitativa na percepção de si mesmo e do mundo.

Para o trabalho com dinâmica ter um desenvolvimento pleno, é recomendável que os grupos tenham, no máximo 20 participantes. Isto, porém não impossibilita que se faça o uso dessa metodologia educacional em grupos maiores, em congressos, em seminários e outros.

Obs: Lembre-se que o trabalho em grupo possibilita a ampliação do vínculo entre os profissionais e a pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde.

2.4 CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) é um instrumento para a organização da atenção à saúde da população idosa.

Ela é um valioso recurso para os profissionais da saúde, principalmente para a enfermagem, uma vez que propicia o acompanhamento periódico de determinadas condições do indivíduo idoso e outros aspectos que possam interferir no bem-estar desse segmento etário.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa deve ser preenchida no momento da realização da visita domiciliária, onde haja um morador com 60 anos ou mais de idade, ou na unidade de saúde no momento da consulta.

Antes do adoecimento orgânico, a pessoa idosa apresenta alguns sinais de risco e é função do profissional de saúde, por meio do registro na caderneta, identificar esses sinais para que as ações possam ser assumidas de maneira precoce, contribuindo não apenas para a melhoria da qualidade de vida individual, mas também para uma saúde pública mais consciente e eficaz. O preenchimento da Caderneta se dá a partir da própria fala do indivíduo.

Não é um miniprontuário, mas um documento que a pessoa idosa deve carregar sempre consigo e que pode, eventualmente, ser acessada por outras pessoas. Cada item da caderneta tem sua função e o seu preenchimento correto poderá ajudar a equipe multiprofissional a estabelecer critérios de risco para a priorização do atendimento.

É fundamental que os profissionais da enfermagem incorporem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na rotina. É preciso preencher e solicitar aos idosos a apresentação da Caderneta nas consultas.

Lembramos que é de responsabilidade de todos os profissionais da equipe o preenchimento da Caderneta, entretanto, a equipe de enfermagem pode contribuir muito na divulgação e no acompanhamento da implantação e execução da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

2.5 VISITA DOMICILIAR À PESSOA IDOSA

A visita domiciliária faz parte da estratégia da Atenção à Saúde, que engloba mais do que o simples fornecimento de um tratamento padronizado. É um método aplicado à pessoa idosa que enfatiza sua autonomia e esforça-se em realçar suas habilidades funcionais dentro de seu próprio ambiente.

O enfermeiro no contexto domiciliário deve trabalhar com o fato da sua inserção no domicílio do cliente devendo, portanto, ficar atento para cuidar sem invadir, observando os princípios éticos e legais que sempre nortearam a profissão.

Desta forma, para que a visita possa ser realmente efetiva, é necessário o seu planejamento cuidadoso e sistemático.

A visita à pessoa idosa tem como objetivos gerais:

- Acompanhar a pessoa idosa e seu familiar, no ambiente em que vivem através de visita e de preferência com a participação de familiares e cuidadores formais ou informais;
- Avaliar o ambiente em que a pessoa idosa vive: onde dorme, em qual quarto costuma ficar, qual posição ocupa dentro da família etc;
- Avaliar o ambiente em que a pessoa idosa vive estabelecendo um plano assistencial voltado à recuperação e ao autocuidado (ANEXO 13);
- Promover, proteger e reabilitar a saúde da pessoa idosa, mediante ações profiláticas;
- Fornecer as orientações relativas aos cuidados necessários, que serão realizados por pessoa responsável pelo cuidado da pessoa idosa no contexto domiciliar;

- Avaliar se as quedas recorrentes estão reacionadas ao ambiente ou ao uso de benzodiazepínicos.

A programação das visitas dependerá de vários fatores:

- Do território;
- Da adstrição da clientela;
- Da necessidade do cliente.

Estes fatores poderão ser levantados na primeira visita e/ou decidida em reunião de equipe.

É de competência da equipe, definir quais as pessoas idosas que deverão ser visitadas com maior assiduidade pelos profissionais de equipe, como também, qual será a frequência desta visita.

3

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A AGRAVOS E DEMAIS ACOMPANHAMENTOS GERONTO-GERIÁTRICOS

3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A AGRAVOS E DEMAIS ACOMPANHAMENTOS GERONTO-GERIÁTRICOS

3.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM EM AGRAVOS À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

3.1.1. Quedas

As quedas representam um importante problema para as pessoas idosas e estão associadas a elevados índices de morbimortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce.

O enfermeiro em todas as consultas deve questionar a ocorrência e frequência de quedas, essa informação possibilita a identificação do risco, além das visitas domiciliárias, onde o enfermeiro pode observar se o ambiente em que a pessoa idosa vive está propício para o risco de quedas (Sugestão ANEXOS 10 e 13).

Exemplo:

Presença de escadas, ausência de sinalização do término de degraus, ausência de corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos, obstáculos como: fios elétricos, pisos mal conservados no local de circulação e comportamento de risco (subir em banquinho) estes são alguns dos riscos comuns que podem ser observados durante a visita a fim de prevenir futuros eventos, e aplicação de intervenções adequadas.

As causas mais comuns relacionadas às quedas são:

- Ambientais;
- Fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha;
- Tontura/vertigem;
- Alteração postural/hipotensão ortostática;
- Lesão no Sistema Nervoso Central;
- Síncope;
- Redução da visão.

A Instabilidade postural e as quedas são importantes marcadores de diminuição de capacidade funcional e fragilidade, por isso devemos sempre valorizar os relatos sobre queda.

As principais complicações das quedas são lesões de partes moles, restrição prolongada ao leito, hospitalização, institucionalização, risco de doenças iatrogênicas, fraturas, hematoma subdural, incapacidade e morte.

Durante a Consulta de enfermagem ou Visita, o enfermeiro poderá utilizar a Avaliação Multidimensional Rápida da pessoa idosa (ANEXO 10) e o teste para avaliação do risco de quedas (ANEXO 13), a fim de ter um instrumento auxiliar na identificação do risco de quedas.

Também é importante investigar:

- Sobre algum local da residência que não é frequentado e qual o motivo;
- O local onde passa a maior parte do tempo;
- A atividade desenvolvida e os problemas;
- Investigar o uso de benzodiazepínicos.

Ao final da ação orientar, treinar e adaptar as atividades cotidianas e a modificação do ambiente.

Medidas práticas para minimizar as quedas e suas consequências:

- Educação para o autocuidado;
- Orientar a utilização de dispositivos de auxilio à marcha (quando necessário) como bengalas, andadores e cadeiras de rodas;
- Verificar o uso de medicamentos que podem causar hipotensão postural;
- Orientar sobre a acomodação de gêneros alimentícios e de outros objetos de uso cotidiano em locais de fácil acesso, evitando-se a necessidade do uso de escadas e banquinhos, bem como a necessidade de abaixar para retirada dos mesmos;
- Orientar a reorganização do ambiente interno à residência;
- Sugerir a colocação de um diferenciador de degraus nas escadas bem como iluminação adequada da mesma e corrimãos bilaterais para apoio;
- Orientar a retirada de tapetes principalmente no início e final da escada;
- Orientar a colocação de pisos antiderrapantes e barras de apoio nos banheiros e evitar o uso de banheiras;
- Orientar o banho sentado quando da instabilidade postural;
- Orientar a deixar a porta do banheiro destrancada.

• Na ocorrência de quedas, não esquecer de registrar: o local da queda, horário e data, o que fazia no momento da queda, medicamento em uso, local afetado, consequências e o encaminhamento.

3.1.2 Demências

O Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-V) define demência como uma síndrome (causada por diversas doenças) caracterizada pelo prejuízo de um nível intelectual previamente mais alto.

O comprometimento envolve memória e pelo menos mais uma outra área cognitiva (incluindo linguagem, orientação, habilidades construtivas, pensamento abstrato, resolução de problemas e práxis) e deve ser severo suficientemente para interferir no desempenho profissional e social, ou em ambos, causando prejuízo funcional.

A causa mais comum de demência é a Doença de Alzheimer, responsável por 50-60% de todos os casos, e sua prevalência duplica a cada cinco anos após os 60 anos de idade.

- Tipos de Demência

Vários são os tipos e as causas de demência. As demências são classificadas em reversíveis ou irreversíveis. Abaixo temos os tipos mais comuns de demências irreversíveis com suas características principais:

TIPO DE DEMÊNCIA	CARACTERÍSTICAS
Doença de Alzheimer	Início insidioso, perda de memória e declínio cognitivo lento e progressivo, a pessoa apresenta dificuldade para lembrar-se de fatos recentes e para aprender coisas novas, e lembra-se de coisas que ocorreram num passado mais distante.
Demência Vascular	Início abrupto, geralmente, após um episódio vascular, com deterioração em degraus (alguma recuperação depois da piora) e flutuação do déficit cognitivo (dias de melhor e pior performance). Apresenta sinais focais, de acordo com a região cerebral acometida.
Demências dos corpúsculos de Lewy	Flutuação na cognição, alucinações visuais recorrentes bem formadas (ex: a descrição de uma pessoa, produto da alucinação, com detalhes) e parkinsonismo precoce (rigidez, acinesia e fácies amímica)
Demências Frontotemporais: Doença de Pick	Início pré-senil (a partir de 45 anos) apresenta mudanças na personalidade e no comportamento e/ou alteração da linguagem como características iniciais bem marcantes. É comum alterações do comportamento sexual. Com desinibição, jocosidade e hipersexualidade, além de hiperoralidade, hiperfagia com ganho de peso e obsessão em tocar objetos. O comprometimento da memória é geralmente mais tardio.

São causas reversíveis de demência:

- Neurológica (hidrocefalia de pressão normal, tumor e hematoma sub-dural crônico);
- Infecciosas (Meningite crônica, Aids, neurossífilis);
- Colágeno-Vascular (lúpus eritematoso sistêmico, arterite temporal, vasculite reumatóide, sarcoidose e púrpura trombocitopênica trombótica);
- Endócrinas (doença tireoidiana, doença paratireoidiana, doença da adrenal e doença da pituitária);
- Nutricionais (deficiência de vitamina B12, ácido fólico, tiamina e niacina);
- Alcoolismo crônico;
- Outras (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, insuficiência cardíaca congestiva e apneia do sono).

O enfermeiro como integrante de uma equipe deve estar atento para as causas de demências reversíveis, que se tratadas precocemente, podem reverter o quadro demencial.

Caso seja confirmada a possibilidade de demência, através de entrevista com a família ou cuidador mais próximo, é necessário à discussão do caso na equipe ou que esta pessoa idosa seja encaminhada para avaliação especializada.

- Intervenção Farmacológica

O tratamento das pessoas com demência deve ser iniciado assim que é feito o diagnóstico, havendo maior possibilidade de resposta. A pessoa idosa com suspeita de demência, após avaliação na Unidade Básica de Saúde, deverá ser encaminhada

para a atenção especializada, respeitando-se os fluxos de referência e contra-referências locais e mantendo sua responsabilização da Unidade Básica de Saúde pelo acompanhamento.

No caso da doença de Alzheimer que não tem cura, atualmente, o tratamento farmacológico específico consiste na indicação de drogas inibidoras da acetilcolinesterase que lentificam a progressão da doença, estabilizando seu curso por um tempo maior. Vários estudos têm demonstrado que a medicação pode, em alguns casos, melhorar a função e o comportamento.

Os sintomas não cognitivos, como as alterações de humor e comportamento, que podem estar presentes no curso da doença são, quando necessário, controlados através do uso de antidepressivos e antipsicóticos atípicos.

Este tratamento medicamentoso é disponibilizado em alguns Centros de Referência (Núcleo de Atenção à Saúde do Idoso - NASI), onde a pessoa idosa é avaliada por uma equipe especializada.

- Intervenção Não-Farmacológica

Trata-se de um suporte que pode ser oferecido por equipe multidisciplinar que tem sido extremamente valorizado pela comunidade científica mundial.

O impacto da demência, do ponto de vista pessoal e social na estrutura familiar, gera profundas sobrecargas ao cuidador direto, como por exemplo, a sobrecarga objetiva, caracterizada pelo alto nível de estresse emocional vivenciada por estas famílias.

Por se tratar de doenças progressivas, que em suas fases mais tardias, levam a níveis importantes de dependência cognitiva e funcional, a assistência não farmacológica deve englobar aspectos biopsicossociais, e trabalhar com enfoque preventivo no que diz respeito a comorbidades bem como, o controle de outras doenças que coexistem com a síndrome demencial.

Alguns instrumentos de avaliação são fundamentais para nortear as ações sistematizadas de enfermagem, além disso, permitem e facilitam a prática. O MEEM - mini-exame do estado mental (ANEXO 4) possibilita um breve rastreio do comprometimento cognitivo, permitindo orientações quanto ao adequado estímulo às funções que ainda encontram preservadas.

O Índice de Katz (ANEXO 7) avalia as dependências para atividades de vida diária que envolve o autocuidado, oferecendo um bom parâmetro para as intervenções de enfermagem neste nível de comprometimento.

3.1.3 Incontinência urinária

Incontinência Urinária é a incapacidade de controlar a eliminação da urina da bexiga. Vale lembrar que não se trata de uma doença, mas sim de um sintoma. Em adultos hígidos a bexiga tem a capacidade de reter um volume de 250 a 400 ml. Quando esse volume é atingido, o reflexo da micção faz com que a bexiga se contraia. Nas pessoas idosas, a capacidade da bexiga diminui, assim como o tônus muscular.

Isso faz com que haja uma maior dificuldade de retardar a micção.

Se, além disso, houver também fraqueza do esfíncter uretral, ou uso de certos medicamentos com ação relaxante da musculatura lisa do esfíncter (como por exemplo, os beta-bloqueadores), poderão ocorrer episódios de incontinência urinária.

São várias as causas da incontinência urinária e elas variam de acordo com o gênero, as mais frequentes são:

- Instabilidade do músculo detrusor (camada muscular da bexiga);
- Fraqueza do assoalho pélvico;
- Hiperplasia prostática benigna;
- Infecção urinária;
- Impactação fecal;
- Neuropatia diabética;
- Doença neurogênica adquirida;
- Cistocele;
- Retocele;
- Prolapso Uterino;
- Sequelas pós-operatórias (lesão de esfíncter);
- Alterações cognitivas.

Os efeitos psicológicos da incontinência urinária podem levar a pessoa idosa a isolar-se socialmente, a sentir-se constrangido e até a um quadro de depressão. Pode

também ocasionar erupções cutâneas na região do períneo, úlceras de decúbito e também fraturas consequentes às quedas por acidente.

Erroneamente a incontinência urinária é considerada uma consequência normal do envelhecimento, mas em muitos casos ela é reversível. Por isso, é importante identificar as causas e instituir alguma modalidade de tratamento.

O tratamento da incontinência urinária inclui estratégias comportamentais, uso de medicamentos e também procedimentos cirúrgicos.

- Intervenção de Enfermagem

A incontinência urinária pode restringir a independência da pessoa idosa, assim como comprometer sua aceitação social e convívio familiar. Por isso, na assistência ao incontinente é fundamental a cooperação do mesmo e o envolvimento dos familiares nas medidas a serem implementadas:

• Manter uma rotina de atividades para pessoa idosa, como caminhadas, exercícios leves, contatos sociais com outras pessoas e programas de terapia ocupacional, evitando assim deixá-lo confinado em casa.

• Estimular a higiene corporal e manter adequadamente vestida e não em trajes de dormir, pois assim ela melhora a autoestima e se sente estimulada a manter a continência urinária.

• Dar oportunidades frequentes para urinar (a cada 2 ou 3 horas), levando-a ao banheiro ou colocando-a à sua disposição e em locais próximos, dispositivos coletores de urina como comadres e papagaios.

• Facilitar a locomoção da pessoa idosa até o banheiro, eliminando escadas, mobílias em excesso no trajeto, retirando tapetes, colocando barras e corrimãos e melhorando a iluminação, para, assim, diminuir o tempo para chegar até lá e diminuir o risco de quedas. Dependendo da condição da pessoa idosa, pode-se propor a elevação da altura do vaso sanitário.

Uma grande parte das pessoas idosas com incontinência urinária pode ser condicionada a controlar a micção através do treinamento sistemático do hábito. Para isso é necessária a ingestão diária de 2000 ml de líquidos a intervalos regulares, diminuindo o consumo antes do anoitecer para minimizar a ocorrência de nictúria.

Estimular pessoa idosa a urinar inicialmente a cada 30 minutos, aumentando gradativamente esse intervalo, até chegar a um período de 2 a 3 horas entre as

micções. Durante a noite, pode-se utilizar um despertador para lembrar a pessoa idosa na hora de urinar. Pode ser necessário estimular a micção com massagens sobre a bexiga (pressão na região suprapúbica) ou orientando a pessoa idosa a molhar as mãos, abrir a torneira da pia para ouvir o barulho da água e usar a postura normal para urinar: homens em pé e mulheres sentadas no vaso sanitário.

Existem, também, os Exercícios de Kegel que são usados para promover a continência. Eles são indicados para fortalecer os músculos do assoalho pélvico. A técnica consiste em contrair esses músculos de 6 a 10 vezes por 5 a 10 segundos. Essas contrações e relaxamentos são feitos 4 a 6 vezes ao dia. Se possível, a pessoa idosa deve realizar até 20 contrações a cada sessão.

Os cuidados de higiene com o períneo devem ser constantes e devem ser realizados após cada episódio de incontinência. O enfermeiro deve orientar o cuidador que, durante a higiene da pessoa idosa, o mesmo deve estar atento à ocorrência de hiperemia ou descamação na região perineal, que podem indicar a presença de dermatites ou lesão por pressão. O uso de fraldas deve ser evitado, pois o seu efeito psicológico negativo acarreta uma regressão do quadro de incontinência.

Deve-se monitorar qualquer sinal indicador de infecção urinária, uma vez que a incontinência pode ser causada ou agravada por quadros de infecção na urina. O enfermeiro deve orientar os familiares para observar a ocorrência de calafrios, febre, disúria, micção frequente, urina turva, dores nas costas e sensibilidade na região suprapúbica e no caso de acamados a prática tem demonstrado, confusão e agitação, informar a equipe que acompanha a pessoa idosa.

Por fim, o enfermeiro deve incentivar a pessoa idosa a conversar sobre os problemas da incontinência, e encorajá-lo a procurar tratamento específico.

3.1.4 Hipertensão Arterial

Dentre as doenças que acometem as pessoas idosas, a Hipertensão Arterial é a mais frequente, acometendo 60 a 70% desta população.

Na pessoa idosa a progressiva deposição de cálcio, maior deposição de colágeno e menores quantidades de elastina nas camadas das artérias contribuem para menor distensibilidade e maior rigidez das artérias e em consequência aumento da resistência vascular periférica, levando à hipertensão arterial.

Estima-se que 60% das pessoas idosas brasileiras são hipertensas e a maior parte delas apresentam elevação isolada ou predominante da Pressão Arterial Sistólica. Isso acarreta elevação na pressão de pulso, que mostra intensa relação com eventos cardiovasculares.

Além disso, existem situações que promovem a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, implicando na maior retenção de sódio e água, além de promoverem a constrição do leito arterial vascular.

Também, não se deve esquecer das alterações genéticas, distúrbios metabólicos e o próprio acometimento endotelial que podem gerar um quadro hipertensivo.

Muitas pessoas idosas normotensas, durante a vida adulta, devido às alterações vasculares que se instalam de maneira lenta e insidiosa, podem tornar-se hipertensas sem apresentar nenhum sinal clínico clássico, como cefaleia, escotomas visuais, tonturas e zumbidos.

O enfermeiro deve estar atento também à utilização de medicamentos como anorexígenos, antiinflamatórios não hormonais ou esteróides, descongestionantes nasais e antidepressivos tricíclicos, que podem vir interferir nos valores pressóricos.

Na pessoa idosa o quadro de Pseudo-hipertensão é um fenômeno comum, que ocorre na presença de processos arterio-escleróticos severos, onde nem a insuflação do manguito consegue colabar a artéria radial, neste caso, poderá ser utilizada a Manobra de Osler.

A Manobra de Osler consiste na insuflação do manguito no braço até o desaparecimento do pulso radial; se a artéria for palpável após esse procedimento, o cliente deve ser considerado Osler positivo.

O objetivo do tratamento no hipertenso é a redução gradual da pressão arterial para valores abaixo de 130/ 85 mmHg (segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão) no caso da pessoa idosa.

Na pessoa idosa o tratamento não medicamentoso é de extrema importância para o controle da hipertensão, e deverá ser sempre frisado em todas as consultas. No caso da terapia medicamentosa é importante que o enfermeiro atente para a baixa dosagem nos tratamentos iniciais. O tratamento da hipertensão na pessoa idosa reduz a incidência do déficit cognitivo e demência.

O tratamento não medicamentoso consiste nas mudanças no estilo de vida:

- Evitar o excesso de peso;
- Limitar o consumo de álcool;
- Parar de fumar;
- Redução de ingestão de sal;
- Consumir alimentos ricos em potássio, magnésio e cálcio (são encontrados nas frutas, vegetais e derivados do leite);
- Redução do consumo de gordura saturada;
- Aumento da atividade física.

3.1.5 Hipotensão Postural ou Ortostática

Atinge cerca de 6 a 33% das pessoas idosas, está associada geralmente a queixas de tontura ou instabilidade, visão borrada e peso nas pernas ao levantar de repente.

Considera-se hipotensão postural a queda de 10 mmHg ou mais da pressão sistólica após 2 minutos de mudança de decúbito clinostático para ortostático.

O uso crônico de medicação anti-hipertensiva pode exacerbar a hipotensão postural e levar a quedas, por isso a necessidade de atenção a estes casos.

3.1.6 Diabetes Mellitus

Na população adulta espera-se encontrar uma prevalência de 13% de pessoas portadoras de diabetes.

Com o avanço da idade encontramos um aumento desta prevalência podendo chegar a 19% na faixa etária acima de 60 anos, sendo maiores entre as mulheres, obesos e aqueles com história familiar de diabetes. Cerca de 90% das pessoas idosas que são portadores de diabetes mellitus possuem a diabetes do tipo 2.

A sintomatologia do portador de diabetes idoso é em geral de pequena intensidade, predominando sintomas menores como prurido vulvar, infecções repetidas, fraqueza em grupos musculares, confusão mental, delirium e incontinência urinária.

Cerca de 50% das pessoas idosas desconhecem a sua condição de portador de diabetes. A pessoa idosa apresenta particularidades que o profissional de saúde deve levar em conta para proporcionar-lhe a melhor assistência possível.

A história clínica convencional, não é o bastante, é necessário indagar sobre o que a pessoa sabe, seus hábitos de vida e seu ambiente familiar e social.

Por este motivo, recomenda-se que toda pessoa idosa seja “rastreada”, a fim de serem levantados sinais de depressão, distúrbio cognitivo, incontinência urinária, queda e dor persistente que não apresente causa aparente, mas que possa ter ligações com esta doença.

A hiperglicemia na pessoa idosa não deve ser considerada como uma condição normal, sendo assim é fundamental o seu controle, a fim de evitar lesões macro e microvasculares, que poderão piorar com a idade. Neste caso, os objetivos de compensação devem ser individualizados e adaptados pessoalmente, de acordo com as características de cada um e o seu potencial de risco para hipoglicemia, que na pessoa idosa pode estar aumentada.

Na elaboração de um programa terapêutico racional de longo prazo para um portador de diabetes, deve-se levar em consideração os seguintes aspectos:

- A expectativa de vida remanescente;
- A presença de complicações do diabetes;
- A presença de comorbidades e de distúrbios neuropsiquiátricos;
- Desejo e capacidade da pessoa idosa de aderir ao plano proposto.

O controle do diabetes na pessoa idosa é fundamental e pode ser alcançado por meio de:

- Educação alimentar para o indivíduo e sua família;
- Orientação da prática de exercícios físicos regulares adaptados às suas condições;
- Adesão medicamentosa oral ou insulinoterapia;
- Prevenção, avaliação e tratamento das complicações.

Na pessoa idosa portadora de diabetes as intervenções dietéticas com o objetivo de redução de peso, devem ser o modo inicial do tratamento.

No caso da atividade física, deve ser indicada a realização de caminhada e natação.

Para portadores de diabetes com complicações microvasculares com pequena melhora das lesões ou doenças associadas à diabetes como as cardiovasculares, cerebrovasculares, neuropsiquiátricas, assim como aqueles que demonstram incapacidade de seguir as orientações prescritas, orienta-se que o controle da glicemia de jejum seja de até 126 mg/dL e uma glicemia de 2 horas pós- prandial de até 140 mg/dl. (Nível de normalidade: inferior a 99 mg/dL, intolerância a glicose: entre 100 e 125 mg/dL e Diabetes: superior a 126 mg/dL em 2 dias diferentes).

3.1.7 Osteoporose

Definida como um distúrbio osteometabólico de origem multifatorial, caracterizado por diminuição da massa óssea e deteriorização da microarquitetura do tecido ósseo, sem alterações significativas da proporção entre matriz mineral e não mineral.

A perda progressiva da massa óssea e a deteriorização do tecido esquelético favorecem a porosidade óssea tornando-os quebradiços e frágeis, o que acarretará um maior risco de fraturas, sendo que as mais comuns são as fraturas do quadril, vertebral e punho.

As fraturas comprometem, muitas vezes, a capacidade funcional da pessoa idosa aumentando a mortalidade, a morbidade e complicações.

As consequências das fraturas nas pessoas idosas, frequentemente são acompanhadas por: trauma psicológico, perda da autoconfiança, diminuição das atividades, aumento das complicações circulatórias, pulmonares, osteoarticulares, isolamento social e imobilidade.

Os fatores de risco para osteoporose consistem em:

- Mulheres pós-menopausa (80% dos casos), brancas ou asiáticas, baixas, magras e com antecedentes familiares positivos.
- Tabagismo;
- Excesso de álcool ou cafeína;
- Sedentarismo;
- Fratura anterior causada por pequeno trauma;
- Baixa massa óssea;
- Idade avançada em ambos os sexos;

- História familiar de osteoporose ou fratura do colo do fêmur;
- Menopausa precoce (antes dos 40 anos) não tratada;
- Uso de corticoides em dose elevada (20mg/dia);
- Deficiência androgênica.

- EXAME FÍSICO

Os seguintes itens são de fundamental importância para avaliação física da pessoa idosa com osteoporose:

- Estatura;
- Peso Corporal;
- Hipercifose dorsal;
- Abdome protuso;
- Outras deformidades esqueléticas;
- Sinais físicos de doença associadas a osteoporose (edema articular ou deformidade, exoftalmia etc.)

- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Cálcio

O cálcio pode ser pouco absorvido na presença de alimentos ricos em oxalato, como o espinafre, a batata doce e o aspargo; ou ricos em fitato, como o farelo de trigo. A presença de magnésio, além de outros minerais, é fundamental para absorção do cálcio. Orientar a suplementação prescrita pelo médico.

Vitamina D

A vitamina D pode ser adquirida por meio da alimentação e exposição ao sol, no mínimo 15 minutos, em horários e durante períodos adequados (início da manhã e final da tarde).

Práticas Corporais/Atividades Físicas

Hábitos saudáveis como uma regular prática corporal/atividade física (Ex.: caminhada), são de grande importância para a manutenção da densidade mineral óssea e para o tratamento da osteoporose.

Especificamente, os exercícios aeróbicos e com peso (musculação), têm sido associados com manutenção e ganho da massa óssea em mulheres na pós-menopausa, tanto na coluna vertebral, como no quadril observando sempre as possibilidades de cada uma. Nas pessoas idosas onde a osteoporose está estabelecida, deve-se evitar exercícios de alto impacto, pelos riscos de fraturas que podem acarretar.

Sinais e Sintomas

- Vários graus de quedas;
- Desconforto ou dor na região dorsal;
- Nenhum sintoma, somente descoberto com a fratura.

Prevenção

Vários estudos sugerem que se medidas preventivas forem adotadas, a incidência de osteoporose pode cair drasticamente. A prevenção deve começar na infância com o estímulo para a realização de exercícios com frequência regular, associada a uma dieta rica em cálcio e exposição regular ao sol (vitamina D), além da melhoria das condições de equilíbrio e visão. O que garante o pico de massa óssea até os 30 anos.

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

Além disso, medidas preventivas contra quedas são de extrema importância nestes casos. Portanto, a orientação se faz importante não somente em consulta ou visita domiciliária, mas também nos grupos sejam eles de interesse intelectual, social, artístico etc. O abandono do tabagismo e limitar a ingestão de bebidas alcoólicas, também fazem parte da prevenção.

3.1.8 Adesão ao tratamento medicamentoso

Esta população, muitas vezes, submete-se a diferentes tratamentos, com diferentes profissionais, o que pode acarretar dificuldades para administrar todos os tratamentos medicamentosos.

A definição do termo adesão medicamentosa, segundo Stewort e Caranasos (1989), é “a magnitude com que o comportamento de um indivíduo (como tomada de medicamentos, obediência a dietas ou mudanças de estilo de vida) coincide com o aconselhamento médico ou de saúde.”

Além de se considerar o efeito da idade na absorção, distribuição, metabolismo e eliminação das drogas, faz-se necessário prestar assistência holística a pessoa idosa, encarando-o como um indivíduo que se encontra em uma fase que apresenta peculiaridades próprias do processo de envelhecimento.

Vários fatores influenciam a não adesão ao tratamento medicamentoso, sendo que podemos assim classificá-los:

- Fatores Técnicos: apresentação de drogas, dificuldade de deglutição, quantidade diária consumida, tipo de medicação, sabor da medicação, polifarmácia.

- Fatores Biológicos: alterações funcionais e orgânicas que condicionam o comprometimento da absorção, distribuição, metabolismo e excreção de medicamentos, acarretando manifestações colaterais tóxicas e idiossincrásicas.

- Fatores Predominantemente Psicológicos: depressão, negação ou medo da doença, autoestima diminuída, ideias de suicídio, necessidade de sofrimento/ autopunição, relação médico-cliente.

- Fatores Predominantemente Sociais: dificuldade econômica, conselhos de terceiros, baixa percepção do custo-benefício da terapêutica, suspensão da medicação para ingestão de bebidas alcoólicas, interrupção do tratamento antes do retorno subsequente.

- Fatores Mistos: Esquecimento, desconhecimento da doença e do tratamento, número de serviços utilizados pelo cliente, nível educacional e cultural do cliente, automedicação.

O diagnóstico da não adesão nem sempre é imediato, podendo-se utilizar alguns recursos: questionamentos diretos, contagem de comprimidos, frequência de requisição de receitas.

Deve-se lembrar também que o trabalho de adesão ao tratamento nos remete, muitas vezes, a conscientizar o cliente quanto à necessidade de deixar de tomar drogas, as quais fazem uso indiscriminado, acarretando custo desnecessário e riscos de efeitos colaterais.

- Métodos para Promoção da Adesão Medicamentosa:

Além das normas para terapêutica medicamentosa já referida, serão citadas algumas sugestões que poderão influenciar positivamente na promoção da adesão medicamentosa, tais como:

- Dar preferência por doses únicas;
- Procurar evitar prescrições em dias alternados, que podem causar equívocos. As pessoas idosas podem confundir os dias que tomam ou não o medicamento;
- Quando este tipo de prescrição for inevitável, pode-se utilizar um calendário para orientação, assinalando-se os dias de uso da medicação;
- Dedicar maior tempo nas consultas para as instruções que se fizerem necessárias, as quais devem ser claras, objetivas e em menor número possível. Sugere-se a utilização do Formulário -> Avaliação da Adesão ao Tratamento Medicamentoso (ANEXO 11), para uma abordagem mais completa do assunto;
- Analisar as prescrições anteriores, pois muitas vezes não há referências quanto à necessidade de continuidade ou suspensão de medicações, as quais continuam sendo tomadas indiscriminadamente;
- Providenciar, sempre que possível, o fornecimento de medicamento suficiente até o retorno à consulta, sendo fundamental estar atento à quantidade que deverá ser consumida no período, respeitando o prazo de validade das receitas, que no município de Piracicaba é de seis meses.

Desenvolvimento e estímulo para participação em atividades de grupos educativos para promoção da adesão:

- Realizar visita domiciliária de orientação e supervisão do uso adequado das medicações;
- Esclarecer as orientações, utilizando-se sistemas de lembranças, como transcrição para esquemas com horários;
- Painéis e/ou colagens de comprimidos, para facilitar a identificação para pessoas idosas analfabetas;

- Colocação da medicação em local visível;
- Utilizar cartazes ou desenhos;
- Associar o uso de medicamentos às rotinas diárias, utilizar despertador;
- Envolver familiares, separar diariamente as medicações a serem utilizadas, mantendo-as em invólucro original para não mudar a estabilidade;
- Fazer acompanhamento sistematizado, tanto em consultas médicas, como em consulta de enfermagem, preferencialmente sincronizadas.

3.1.9 Disfunções sexuais na pessoa idosa

A sexualidade modifica-se com o tempo, mas faz parte de todas as etapas da vida, e sua expressão saudável é fundamental para a felicidade e a realização do ser humano. Sendo assim, é primordial que o enfermeiro possa identificar durante a consulta o surgimento de algum problema que possa interferir na sexualidade da pessoa idosa acompanhada. Portanto, durante a consulta de enfermagem alguns fatores causadores de disfunção sexual na pessoa idosa devem ser pesquisados:

- Transtornos vasculares;
- Uso de polifarmácia (responsável por 25% das disfunções eréteis nesta idade);
- Uso de medicamentos com anti-hipertensivos, ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos, diuréticos, digoxina, estrógenos, andrógenos ou anticonvulsivantes;
- Uso de álcool e tabaco;
- Transtornos metabólicos e endócrinos;
- Transtornos psicológicos e
- Transtornos neurológicos.

- DISFUNÇÃO ERÉTIL

É a incapacidade de obter e manter a ereção peniana suficiente para uma relação sexual satisfatória.

Suas principais causas estão relacionadas a doenças crônicas que possam causar a diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo (aterosclerose, insuficiência vascular) ou comprometer a inervação do pênis (neuropatia diabética, esclerose múltipla, traumatismo medular), além de alterações hormonais (hipogonadismo,

hipotireoidismo e outros), efeitos colaterais de medicamentos e procedimentos médicos (por exemplo: prostatectomia radical).

As principais drogas associadas à disfunção erétil são o álcool, os opióides, os benzodiazepínicos, os antidepressivos, os neurolépticos, os anti-hipertensivos e cetoconazol.

É importante orientar a pessoa idosa que o receio de apresentar disfunção erétil não deve ser empecilho para o uso da medicação anti-hipertensiva, pois o descontrole crônico da pressão não apenas acarretaria aterosclerose (e consequente disfunção erétil de tratamento mais difícil), como outros graves riscos à saúde.

Entre os anti-hipertensivos, a metildopa e os diuréticos estão bastante implicados, ao passo que os inibidores da enzima conversora de angiotensina parecem ter menos efeitos colaterais sexuais.

O enfermeiro deve sempre considerar que a depressão e a ansiedade são causas muito frequentes de várias disfunções sexuais e que seu acompanhamento também é fundamental.

O efeito adverso mais comum dos antidepressivos é a diminuição da libido e o retardo na ejaculação.

Priapismo é um efeito adverso possível, porém não é comum.

Hoje já existem medicamentos que promovem o relaxamento dos corpos cavernosos, com consequente aumento do fluxo sanguíneo peniano e ereção, auxiliando desta forma o tratamento da disfunção erétil.

Cabe ao enfermeiro a orientação quanto à possibilidade de tratamento através do uso dos inibidores da fosfodiesterase e a existência de efeitos adversos a sua ação vasodilatadora e hipotensora aumentando o risco de queda, cefaleia, hiperemia facial, turvação visual, vômitos e diarreia.

- DISPAREUNIA

Na mulher pode haver a redução da lubrificação vaginal e a perda da elasticidade da vagina levando à dispaurenia (dor na relação sexual). A dispaurenia também pode estar associada à atrofia vaginal, doenças ginecológicas, como infecções e distopias ou transtornos afetivos.

Durante a consulta é muito importante que o enfermeiro fique atento às queixas de sensação de secura, estreitamento, irritação e queimação vaginal durante o coito, pequenos sangramentos e queixas de dor durante as relações sexuais na fase da

pós-menopausa, orientando sobre o uso de hormônios tópicos, quando prescrito pelo médico e indicar o uso de lubrificantes à base de água.

3.1.10 Violência

A violência contra pessoa idosa não é um fenômeno novo.

Entretanto, apenas nas últimas duas décadas é que esta questão começou a despertar o interesse, reconhecendo que a pessoa idosa é também vítima das diversas violências presentes na nossa sociedade. Muito mais frequente do que se pensa, a violência contra a pessoa idosa manifesta-se de forma velada e subnotificada.

As diversas manifestações da violência ou maus tratos contra as pessoas maiores de 60 anos expressam-se também nas tradicionais formas de discriminação, principalmente na forma cultural existente de que “as pessoas idosas são velhas e descartáveis e, portanto, representam um peso para sociedade”.

O resultado desta forma equivocada de compreender o envelhecimento resulta na desconsideração por parte do Estado, da família, da sociedade e também de muitos profissionais da saúde, o fato das pessoas idosas serem também vítimas de violência.

A violência contra a pessoa idosa é considerada qualquer ato único ou repetitivo, ou omissão que ocorra em qualquer relação supostamente de confiança, que cause dano ou incômodo à pessoa idosa. A violência pode se manifestar das seguintes formas:

- Física:

Podem ser atos únicos, repetitivos ou situação prolongada. Estas últimas incluem qualquer restrição ou confinamento impróprio que provoque dor ou lesões corporais. As consequências deste tipo incluem manifestações físicas e sociais visíveis, como uma diminuição da mobilidade, confusão ou outras alterações de comportamento.

- Psicológica:

• Agressões verbais crônica, incluindo palavras depreciativas que possam desrespeitar a identidade, dignidade e autoestima;

- Falta de respeito à intimidade;
- Falta de respeito aos desejos, negação do acesso a amizades, desatenção a necessidades sociais e de saúde;
- Manifestações: medo, dificuldade para decidir, apatia, isolamento e depressão.

- Financeira/Patrimonial:

Uso ilegal e indevido, apropriação indébita da propriedade e dos bens financeiros, falsificação de documentos jurídicos, negação do direito de acesso e controle dos bens, administração indevida do cartão do segurado do INSS.

- Abandono/Negligência:

Falta de atenção para atender às necessidades da pessoa idosa.

Exemplos:

- Não provimento de alimentos adequados, roupa limpa, lugar seguro para morar, ausência de atenção à saúde e higiene pessoal, privação de contatos sociais;
- Não prover recursos auxiliares quando necessário;
- Não supervisionar as necessidades de forma a impedir danos físicos.

- Sexual:

É todo contato sexual sem o consentimento, incluindo o estupro e atentado ao pudor.

Ocorre principalmente quando a vítima não pode estabelecer contato e é incapaz de se proteger.

- Autonegligência:

É aquela violência que ameaça a sua própria saúde ou segurança e se manifesta com a recusa ou o fracasso de prover a si mesmo um cuidado adequado.

- Medicamentosa:

É administração dos medicamentos por familiares, cuidadores e até mesmo profissionais, de forma indevida, aumentando, diminuindo ou excluindo medicamentos prescritos.

Pesquisas realizadas indicam que as mulheres, acima de 75 anos, que apresentam dependência física e com déficit cognitivo ou com alteração do sono,

incontinência urinária, dificuldade de locomoção e que necessitam da ajuda de outras pessoas para desenvolver as atividades básicas de vida diária (AVD) são as principais vítimas da violência. Quanto mais velho e mais dependente, maior será a possibilidade de uma pessoa ser vítima da violência.

Por outro lado, o agressor é sempre um membro da família da vítima. Os filhos e filhas representam mais de 50% dos agressores, em seguida são os genros, noras e netos. Geralmente os agressores moram no mesmo espaço físico da vítima e apresentam em muitos casos, problemas de transtorno mental, são alcoolistas ou dependentes de drogas.

Prevalece ainda o isolamento social dos familiares e das pessoas idosas. Esta é uma questão muito importante, pois a pessoa idosa vítima da violência tem muita dificuldade em denunciar a violência sofrida, pois ele tem medo de denunciar seu próprio familiar.

O papel do profissional da saúde que atua com a pessoa idosa é muito importante e amplo, mas destacamos alguns cuidados necessários na intervenção:

- A habilidade na detecção de maus tratos requer treinamento, educação e atenção para o problema, sem os quais situações óbvias de abuso possam não ser detectadas;
- Os profissionais devem estar cientes da possibilidade da violência contra a pessoa idosa;
- Mais importante que confirmar a ocorrência de violência ou atribuir culpa a alguém é fornecer suporte à família do cliente, para que possa prover os cuidados de maneira adequada;
- Decidir quando e de que maneira intervir nos casos de violência na pessoa idosa é muito difícil para a equipe que assiste ao mesmo, não apenas pela pobreza de conhecimento acumulado referente às causas e fatores de risco, mas também porque questões éticas e legais devem ser consideradas na decisão;
- As vítimas, quando cognitivamente competentes, têm o direito de determinar o curso da intervenção, inclusive podendo optar por permanecerem em situações de risco;
- Profissionais de saúde devem deixar de lado seus preconceitos tornando-se mais alertas para o problema;

- A abordagem na violência contra a pessoa idosa requer uma equipe multidisciplinar, onde todos os membros da equipe têm importância na compreensão e intervenção necessária;
- Os esforços devem ser concentrados para manter, dentro do possível, a pessoa idosa no ambiente domiciliar. A institucionalização deve ser considerada como alternativa e não como fim;
- O atendimento deve ir além das evidências físicas, observando os sinais e sintomas presentes;
- No caso de suspeitas, realizar visitas domiciliárias para recolher maiores informações;
- Investir no cuidado à pessoa idosa em todos os níveis de atenção do setor saúde.

Segundo Minayo (2003), é preciso que os profissionais, tanto os dedicados à atenção primária, como os do setor de emergência, se preparem cada vez melhor para a leitura da violência nos sinais deixados pelas lesões e traumas que chegam aos serviços ou levam a óbito.

O caso de violência deverá ser notificado pelo Impresso Ficha de Notificação de Casos Suspeitos e Confirmados (Anexo 15).

Em casos de violência e ou suspeitas, existe a necessidade da formação de uma rede de apoio para assistência.

ANEXOS

4 ANEXOS

4.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA (modelo)

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PIRACICABA

SECRETARIA DE MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

IDENTIFICAÇÃO

Unidade de Saúde: _____ Coordenadoria: _____ Data: _____
Nome _____ Sexo _____ Cor referida _____

Nº Prontuário _____ Cartão SUS _____ Religião _____ Idade: _____ Onde mora _____ Com quem? _____

Perfil da Moradia: Térrea Sobrado ☐ Apartamento ☐ Muitas escadas ☐ Uso de itens de segurança ☐
Outros _____
Estado civil: Casado ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Companheiro ☐ Ha quanto tempo _____
Escolaridade _____ Ocupação atual _____
Anterior _____
Tem cuidador? Familiar ☐ Profissional ☐ outros _____
Demais informações familiares _____

Observações _____

Data da consulta Anterior _____ Profissional que atendeu _____
Médico que acompanha _____
Data do último Papanicolaou _____ Data da última Mamografia _____ Data do último PSA _____

MOTIVO DA PROCURA

Consulta de rotina ☐ Consulta eventual ☐
Queixa principal: _____
(doenças ou agravos) _____
Tempo de duração: _____
Histórico da Queixa: _____
(sinais e sintomas) _____
Auto Percepção da Saúde:
Como o(a) Sr.(a) avalia a sua própria saúde atualmente? ☐ Muito ruim ☐ Ruim ☐ Regular ☐ Boa ☐ Muito boa

AVALIAÇÃO GERAL

Alimentação e Hidratação	Tipo: Quem prepara: Horário: Quantidade:
Suplementações	Sim ☐ Qual?
Doenças conhecidas/ Diagnosticadas	Crônicas ☐ Quais? Outras:
Realiza algum tratamento	Sim ☐ Qual?
Automedicação	Sim ☐ Qual?
Cirurgias realizadas	Qual(ais): Quando?
Internações	Nº de hospitalizações _____ motivo:
Vida Sexual	Ativa ☐ Eventual Não Há ☐ Nº de partos: _____ Nº de filhos:
Hábitos	Tabagismo: ☐ Etilismo ☐ Lazer ☐ Recreação ☐ Atividade física ☐ Frequência
Situação vacinal	Atualizada ☐ Obs:
Sono e Repouso	
Eliminações	Uso de obstipantes ou laxantes: Uso de fraldas: ☐ Incontinência Urinária ☐ Incontinência Fecal ☐ Obs:
Quedas	Frequência _____ Local _____ Motivo _____ Fraturas anteriores ☐ Quando foi a ultima queda: _____ Repercussão Funcional
Dificuldades	Vestir ☐ Engolir ☐ Alimentar ☐ Caminhar ☐ Falar ☐ Ouvir ☐ Enxergar ☐ Tomar banho Outras:

4.2 PACTO PELA VIDA

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais.

Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local.

Os estados/regiões/municípios devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos.

São seis as prioridades pactuadas:

A. Saúde do Idoso;

B. Controle do câncer do colo do útero e da mama;

C. Redução da mortalidade infantil e materna;

D. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;

E. Promoção da Saúde;

F. Fortalecimento da Atenção Básica.

A. Saúde do Idoso

Para efeitos deste Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

1. O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção;
- A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Fortalecimento da participação social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

- Promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

2. Ações estratégicas:

a. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde;

b. Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa - para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

c. Programa de Educação Permanente à Distância – implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica à saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde;

d. Acolhimento - reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso;

e. Assistência Farmacêutica - desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa;

f. Atenção Diferenciada na Internação - instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar;

g. Atenção domiciliar – instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de clientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

4.3 ESCALA DE RISCO NUTRICIONAL

Marque apenas as respostas AFIRMATIVAS:

0. Sofre de doença que fez modificar o tipo ou a quantidade de sua alimentação. ( ) 02

0. Consome menos de 02 refeições diárias. ( ) 03

0. Consome poucas frutas, verduras e produtos lácteos. ( ) 02

0. Consome bebidas alcoólicas diariamente. ( ) 02

0. Tem problemas dentários ou bucais que dificultam a alimentação. ( ) 02

0. Nem sempre dispõe de dinheiro suficiente para adquirir os alimentos. ( ) 04

0. Come só, na maioria das vezes. ( ) 01

0. Consome 03 ou mais medicamentos, com receita ou não, por dia. ( ) 01

0. Perdeu ou ganhou mais de 5 quilos nos últimos 6 meses. ( ) 02

0. Nem sempre encontra-se em condições físicas para fazer compras, cozinhar ou alimentar-se. ( ) 02

Pontuação:	0-2	**Ausência de risco** Reavaliar após 6 meses
	3-5	**Risco Moderado** Orientar para mudança no estilo de vida e melhorar hábitos alimentares.
	6 ou mais	**Alto risco** Discutir o caso na equipe e/ou encaminhar.

Enfermeiro:_____COREN_____

Assinatura _____CARIMBO_____

4.4 RECOMENDAÇÕES PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA AS PESSOAS IDOSAS

A TERCEIRA IDADE

Nessa fase da vida ocorrem importantes alterações no organismo do indivíduo, sendo que algumas estão relacionadas à alimentação.

Portanto, uma alimentação saudável e adequada ajuda a amenizar tais alterações e contribui para melhorar a qualidade de vida.

RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS

CÁLCIO

Essencial para o fortalecimento dos ossos prevenindo a osteoporose.

São alimentos fontes: leite, queijo e iogurte.

VITAMINA D

Previne fraturas, pois auxilia na força muscular, na fixação de cálcio nos ossos, diminuindo assim as chances de quedas. Se puder, orientar exposição ao sol diariamente, preferencialmente pela manhã para ajudar na formação da vitamina D**. São alimentos fontes**: leite e derivados, ovos, margarina, fígado e peixes, principalmente salmão e sardinha.

VITAMINA C

Ajuda na cicatrização de feridas e prevenção de infecções. **São alimentos fontes**: laranja, acerola, limão, abacaxi e morango.

VITAMINA B 12 E ÁCIDO FÓLICO

Podem ajudar na prevenção das doenças cardiovasculares, de Parkinson e Alzheimer**. São alimentos fontes**: fígado, feijão, vegetais de folhas verdes, como brócolis e espinafre, carnes, peixes e laticínios.

ZINCO

Ajuda na cicatrização de feridas e a fortalecer o sistema de defesa. A deficiência de zinco esta relacionada a falta de apetite. **São alimentos fontes**: carnes vermelhas e brancas, fígado, castanhas, feijões e frutas.

PROTEÍNAS

Ajudam a prevenir a perda de massa muscular importante para a locomoção**. São alimentos fontes**: carnes, leite e ovos.

FIBRAS

Contribuem para a prevenção da "prisão de ventre", problema comum na terceira idade principalmente em idosos acamados ou cadeirantes. **São alimentos fontes**: farinha de linhaça, chia, aveia, pão integral, arroz integral e biscoitos integrais.

LÍQUIDOS

São importantes no transporte das vitaminas e no funcionamento do intestino. Evitam a desidratação. Água, sucos naturais e chás são ótimas opções. Procure tomar água mesmo antes de sentir sede.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA PESSOAS COM MAIS DE 60 ANOS: SIGA OS DEZ PASSOS

- Faça pelos menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeicões!
- Inclua diariamente 6 porções dos cereiais (arroz, milho, pães, massas, tubérculos como batata, raízes como mandioca). Dê preferência aos grãos integrais e aos grãos naturais.
- Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
- Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
- Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes magras, aves sem pele, peixes ou ovos.
- Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina.

- Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos recheados, doces em geral. Coma-os, no máximo, 2 vezes por semana.
- Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa.
- Beba pelos menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
- Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Cuidados na hora da alimentação

a) Realizar as refeições sentadas a mesa em ambiente tranquilo e iluminado, utilizando talheres adequados;
b) Comer sem pressa mastigando bem os alimentos e engolindo toda a comida antes de uma nova colherada. Não inclinar o queixo ao ingerir líquidos para evitar engasgar;
c) Evite alimentos grudentos e secos, pois a produção de saliva pode estar prejudicada;
d) Não deitar logo após as refeições para garantir o completo esvaziamento do estômago.

Fonte: manual CPAN Piracicaba.

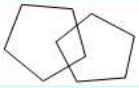
Enfermeiro:_____COREN_____

Assinatura _____CARIMBO_____

4.5 MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

É o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não requerendo material específico.

Deve ser utilizado como instrumento de rastreio não substituindo uma avaliação mais detalhada, pois, apesar de avaliar vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho), o faz de maneira superficial. Não serve para diagnóstico, mas serve para indicar que funções devem ser melhor investigadas.

1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	**Em que dia estamos?**	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
1. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	**Onde estamos?**	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras (0 - 3 pontos)	**Peça a pessoa idosa para repetir as palavras depois de dizê-las repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições).**	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	**O(a) Sr.(a) faz cálculos?**	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	**Se de R$100,00 fossem tirados R$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R$ 7,00? (total 5 subtrações)**	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	**Soletre a palavra MUNDO de trás para frente**	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	**Repita as palavras que disse há pouco**	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-2 pontos)	**Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los**	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	**Repita a frase:**	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	**Siga uma ordem de três estágios:**	Peque o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	**Escreva em um papel: "feche os olhos". Peça a pessoa idosa para que leia a ordem e a execute**	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	**Peça a pessoa idosa para escrever uma frase completa.**		1
11. Linguagem (1 ponto)	**Copie o desenho:**		1

Fonte: Adaptado do Caderno de atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa, 2006.

Enfermeiro:_____**COREN**_____

Assinatura _____**CARIMBO**_____

PONTUAÇÃO	ESCOLARIDADE
30	PONTUAÇÃO TOTAL
≥ 28	8 OU MAIS ANOS DE ESCOLARIDADE
≤ 24	4 A 7 ANOS DE ESCOLARIDADE
≤ 23	1 A 3 ANOS DE ESCOLARIDADE
≤ 18	ANALFABETO

Providências com os achados/resultados:
Escores muito baixos associados aos outros testes de função cognitiva sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica conforme discussão na equipe ou com o médico da unidade.

Fonte: Adaptado do Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Lembre-se sempre:
Considerar a escolaridade para classificar dentro da pontuação.

4.6 GENOGRAMA OU A ÁRVORE FAMILIAR

O Genograma ou a Árvore Familiar é um método de coleta, armazenamento e processamento de informações sobre a família, onde é possível por meio da representação gráfica espacial de todos os seus membros, elaborar o diagrama de um grupo familiar.

Permite avaliar a estrutura das famílias, identificando quem faz parte dela, e estabelece aspectos relacionais entre seus membros, o vínculo afetivo, pois possibilita inclusão das relações que são determinantes para melhorar a explicação do problema de saúde-doença, e todos os aspectos relevantes ao planejamento do cuidado em saúde.

Desenvolvido como dispositivo de avaliação, planejamento e intervenção familiar, o Genograma pode ser utilizado para auxiliar as famílias a se perceberem como estruturas sistêmicas, com vista a ajudá-las na reestruturação de comportamentos, na melhora dos relacionamentos e vínculos, com vistas a consolidação de aspectos fundamentais ao cuidado dos familiares.

Para sua elaboração utiliza-se dos ícones gráficos convencionalmente utilizados em genética e na construção de árvores genealógicas. Sua construção deve sempre partir do indivíduo doente, alvo da preocupação do profissional. Costuma-se incluir pelo menos três gerações.

O importante é que todos os indivíduos, mesmo que não tenham relação familiar direta ao núcleo familiar, mas que contribuem para o estabelecimento da rede de cuidados estejam ali representados, ou seja, na sua elaboração o Genograma deve ser ampliado ao máximo para o estudo do caso.

Os membros da família são colocados em séries horizontais que significam linhagem de geração.

Crianças são colocadas em linhas verticais em ordem decrescente de classificação (começando pela mais velha). Todos os indivíduos da família devem ser representados. Nome e idade da pessoa devem ser anotados dentro do símbolo (quadrado ou círculo) e dados significativos, anotados fora (deprimido, viaja muito etc).

É importante que estejam anotadas todas as informações relevantes à história da saúde doença de todos os familiares, em especial as doenças crônico degenerativas, e os hábitos sejam eles saudáveis ou não.

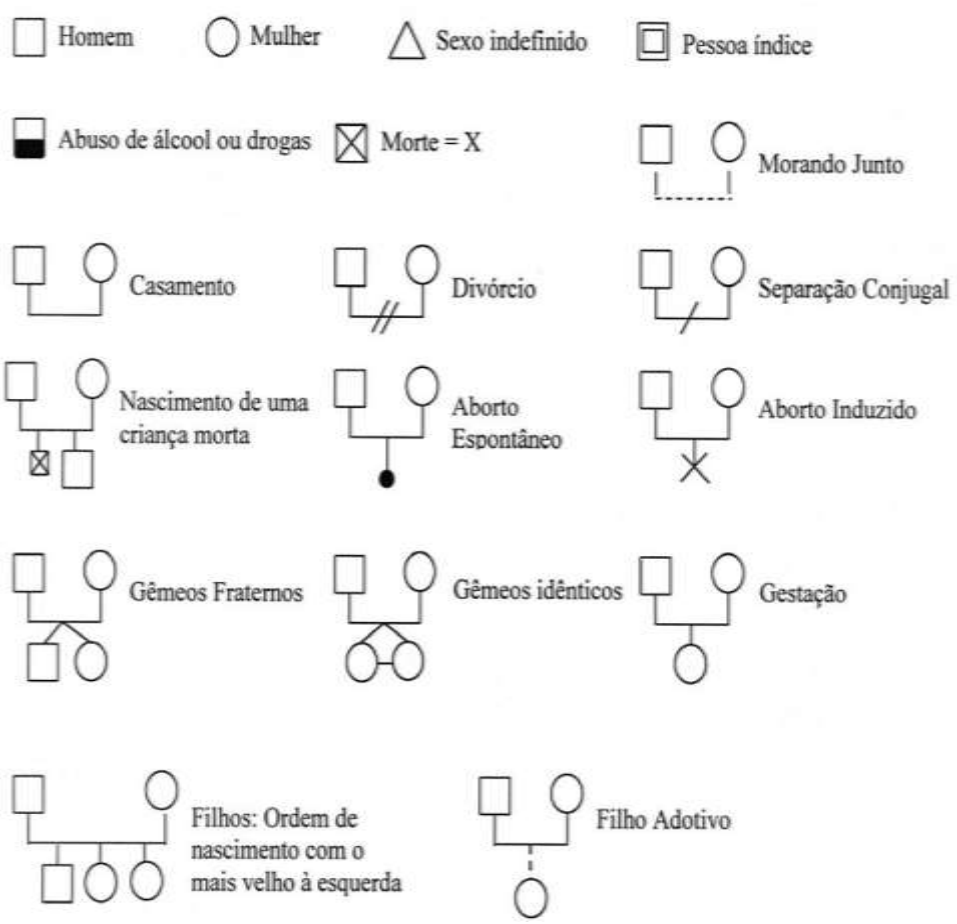
Por exemplo, anotar os tabagistas, os que fazem uso abusivo de bebidas alcoólicas, mas também os que fazem alguma prática corporal/atividade física, porque potencialmente podem ser chaves para a contribuírem com mudanças de hábitos positivos no grupo familiar.

Deve ser anotados também, aspectos sobre a morte de cada um dos membros familiares.

É importante salientar que o genograma constitui-se num retrato momentâneo da família, que deve continuamente ser atualizado, pois a família se modifica dia a dia.

(Texto extraído do Caderno de Atenção Básica nº19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa – MS, 2006).

LEGENDA PARA CONSTRUÇÃO DO GENOGRAMA



4.7 AVALIAÇÃO DOS RECURSOS FAMILIARES E COMUNITÁRIOS - ECOMAPA

O **ECOMAPA** é um diagrama do contato da família com o meio externo. Representa uma visão geral da situação da família. Retrata as relações importantes de educação ou aquelas oprimidas por conflitos entre a família e o mundo. Demonstra o fluxo ou a falta de recursos e as privações.

Este procedimento de mapeamento delineia a natureza das interfaces e pontos de intermediação, pontes a construir e recursos a serem buscados e mobilizados para os conflitos.

Objetivo: representação dos relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos.

Desenvolvido como dispositivos de avaliação, planejamento e intervenção familiar, pode ser utilizado para reestruturar comportamentos, relacionamentos e vínculos no tempo com as famílias bem como modificar as percepções das famílias sobre si mesmas.

Avaliações dos resultados: Para se desenhar o ecomapa, é interessante, durante a entrevista, explorar os vínculos entre os membros da família e outras pessoas e instituições.

Verifique se os mesmos participam das atividades dessas instituições e se há reciprocidade nas relações.

O detalhamento do ecomapa contribui para a construção visual da rede de suporte social da pessoa idosa que, em muito poderá auxiliar no planejamento assistencial.

a) Colocam-se círculos externos ao redor da família que representam pessoas ou instituições que se relacionam com essa família.

b) Esses são ligados à família por linhas que representam os vínculos afetivos existentes.

Símbolos utilizados no diagrama de vínculos:

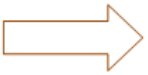
Vínculos fortes

Vínculos moderados

Vínculos superficiais

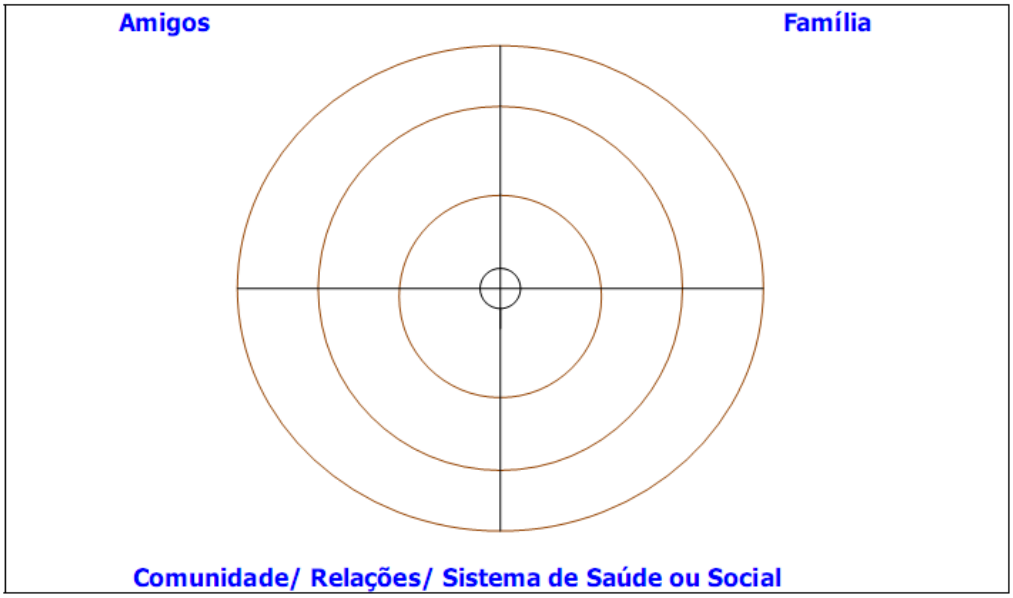
Vínculos muito superficiais

Vínculos estressantes

Setas podem ser utilizadas indicando o fluxo de energia e recursos. 

4.8 MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES

Tem objetivo de identificar a rede de suporte social da pessoa idosa, os relacionamentos significativos são dispostos no círculo para simbolizar os diversos graus de proximidade de relacionamento.



Fonte: Domingues MA. Mapa Mínimo de Relações:adaptação de um instrumento gráfico para a configuração da rede de suporte social do idoso. São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP)

Obs.: Círculo interno: Relação mais próxima (mínimo 1 vez na semana)
Círculo intermediário: (mínimo 1 vez no mês)
Círculo externo: (mínimo 1 vez por ano)

Perguntas:

1) Quem o(a) visita?

1.1) Quais as pessoas que o(a) visitam pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?

1.2) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que o(a) visitam pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?

1.3) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que o(a) visitam pelo menos uma vez por ano (muito pouco frequentemente)?

2) Quem lhe faz companhia?

2.1) Com quem o(a) senhor(a) pode contar, se desejar ou precisar, para lhe fazer companhia, pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?

2.2) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que lhe fazem companhia pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?

2.3) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que lhe fazem companhia pelo menos uma vez por ano (muito pouco frequentemente)?

3) Se o senhor(a) precisar de auxilio para serviços domésticos, quem o(a) auxiliaria?

3.1) A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria, se precisar de ajuda, para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?

3.2) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria, se precisar de ajuda, para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?

3.3) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria, se precisar de ajuda, para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por ano (muito pouco frequentemente)?

4) Se o(a) senhor(a) precisar de auxílio para cuidados pessoais quem o(a) auxiliaria?

4.1) A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria, se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar, ou se deitar, pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?

4.2) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria, se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar, ou se deitar, pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?

4.3) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria, se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar, ou se deitar, pelo menos uma vez por ano (muito pouco frequentemente)?

5) Se o senhor(a) precisar de auxílio financeiro, a quem o senhor(a) recorreria?

5.1) Quem ajuda ou ajudaria o(a) senhor(a) financeiramente, se precisar de auxílio, para pagar o aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar remédio, comida etc., pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?

5.2) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria, se precisar de ajuda financeira, como, por exemplo, auxílio para pagar o aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar remédio, comida etc., pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?

5.3) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria, se precisar de ajuda financeira, como, por exemplo, auxílio para pagar o aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar remédio, comida etc, pelo menos uma vez por ano (muito pouco frequentemente)?

Enfermeiro:_____COREN_____

Assinatura _____CARIMBO_____

LEGENDA:

FAMÍLIA:
EA – esposa
EO – esposo
FA – filha
FO – filho
NA – neta
NO – neto
IA – irmã
IO – irmão
CC – Membros Centro de Convivência
CL- Membros Clube de Lazer
VI – vizinho
(•) Amigos e Relações Sistema de Saúde - Ponto
ED – empregada doméstica
PS -prestadores de serviço
O - outros

COMUNIDADE:
CC – Membros Centro de Convivência
CL- Membros Clube de Lazer
VI – vizinho
ED – empregada doméstica
PS -prestadores de serviço
O -outros

4.9 ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

1- Satisfeito(a) com a vida? (não)

2. Interrompeu muitas vezes suas atividades? (sim)

3. Acha sua vida vazia? (sim)

4. Aborrece-se com frequência? (sim)

5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não)

6. Teme que algo ruim lhe aconteça? (sim)

7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? (não)

8. Sente-se desamparado(a) com frequência? (sim)

9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim)

10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? (sim)

11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora? (não)

12. Vale a pena viver como vive agora? (não)

13. Sente-se cheio(a) de energia? (não)

14. Acha que sua situação tem solução? (não)

15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim)

Quando a resposta:
for diferente do exemplo entre parênteses = 0
for igual ao exemplo entre parênteses = 1

Total>5 = SUSPEIÇÃO DE DEPRESSÃO

Enfermeiro:_____COREN_____

Assinatura _____CARIMBO_____

4.10 ÍNDICE DE KATZ

Usar para avaliação do grau de independência nas atividades básicas da vida diária Independente significa sem supervisão, orientação ou ajuda de uma outra pessoa, com as exceções indicadas abaixo. Baseia-se no estado atual e não na capacidade de realizá-las.

- Independente em todas as funções;
- Independente em todas as funções, exceto em uma delas;
- Independente em todas as funções, exceto na higiene e em mais outra;
- Independente em todas as funções, exceto na higiene, no vestuário e em mais outra;
- Independente em todas as funções, exceto na higiene, no vestuário, no uso do vaso sanitário e em mais outra;
- Independente em todas as funções, exceto na higiene, no vestuário, no uso do vaso sanitário, na mobilização e em mais outra;
- Dependente nas seis funções.

OUTRAS. Dependente em pelo menos, duas funções, mas não classificável como C, D, E ou F.

HIGIENE

1. Não recebe ajuda;
2. Recebe ajuda na lavagem de apenas parte do corpo (ex.dorso ou pernas);
3. Recebe ajuda na lavagem de mais de uma parte do corpo, ou ajuda para entrar ou sair do banheiro.

VESTUÁRIO

- Pega a roupa e veste-se completamente sem ajuda;
- Sem ajuda, exceto para amarrar os cordões dos sapatos;
- Recebe ajuda para pegar a roupa, ou para se vestir, ou permanece parcialmente vestido.

USO DO VASO SANITÁRIO

- Utiliza o vaso sanitário, limpa-se e veste-se sem ajuda (pode usar bengala, andador ou cadeira de rodas). Pode usar bacia ou urinol durante a noite, despejando-o pela manhã;
- Recebe ajuda para ir ao banheiro, limpar-se, vestir-se, ou no uso noturno do urinol;
- Não vai ao vaso sanitário.

MOBILIZAÇÃO

α) Entra e sai da cama. Senta-se e levanta-se sem ajuda (pode usar bengala ou andador);

β) Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda;

χ) Não levanta da cama.

CONTINÊNCIA

1. Controlam completamente ambos os esfíncteres;
2. Incontinência ocasional;
3. Necessita de supervisão. Usa sonda vesical ou é incontinente.

ALIMENTAÇÃO

- Sem ajuda;
- Ajuda apenas para cortar a carne ou passar a manteiga no pão;
- Recebe ajuda para se alimentar parcial ou completamente, com sondas ou líquidos endovenosos.

RESULTADO

1. Independente (Independente para 6 atividades);
2. Dependente parcial (Dependente de 1 a 5 atividades);
3. Dependente total (Dependente para as 6 atividades).

Enfermeiro:_____COREN_____

Assinatura _____CARIMBO_____

4.11 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (AVD)

INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE KATZ

O Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de Sidney Katz é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as AVD. Avalia a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes.

Objetivo: avaliar a independência funcional das pessoas idosas no desempenho das AVD.
Avaliações dos resultados: as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de seis funções a partir da utilização de um questionário padrão.
Providências com os achados/resultados: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico Singular.

Segundo os autores haveria uma regressão ordenada como parte do processo fisiológico de envelhecimento, em que as perdas funcionais caminhariam das funções mais complexas para as mais básicas, enquanto as funções que são mais básicas e menos complexas poderiam ser retidas por mais tempo. A escala mostra-se útil para evidenciar a dinâmica da instalação da incapacidade no processo de envelhecimento, estabelecer prognósticos, avaliar as demandas assistenciais, determinar a efetividade de tratamentos além de contribuir para o ensino do significado de "ajuda" em reabilitação.

INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE BÁSICAS VIDA DIÁRIA

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA, KATZ

Nome:		Data da avaliação: __/__/____
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
Banho - a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.		
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho) ☐	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) ☐	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. ☐
Vestir - para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos		
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência. ☐	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos. ☐	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido. ☐
Banheiro — a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) ☐	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite. ☐	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar. ☐
Transferência — a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências;		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) ☐	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio. ☐	Não sai da cama. ☐
Continência - "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente;		
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar. ☐	Tem "acidentes" *ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais ☐	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente. ☐
Alimentação — a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.		
Alimenta-se sem assistência. ☐	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. ☐	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral. ☐

4.12 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD)

ESCALA DE LAWTON

De acordo com o grau de limitação apresentado para o desempenho das AIVDs é possível determinar se a pessoa idosa é ou não capaz de manter uma vida independente. A versão ora apresentada foi publicada por Freitas e Miranda.

Objetivo: avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente.
Avaliações dos resultados: as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções.
Avaliações dos resultados: Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. Essa pontuação serve para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.
Providências com os achados/resultados: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico.

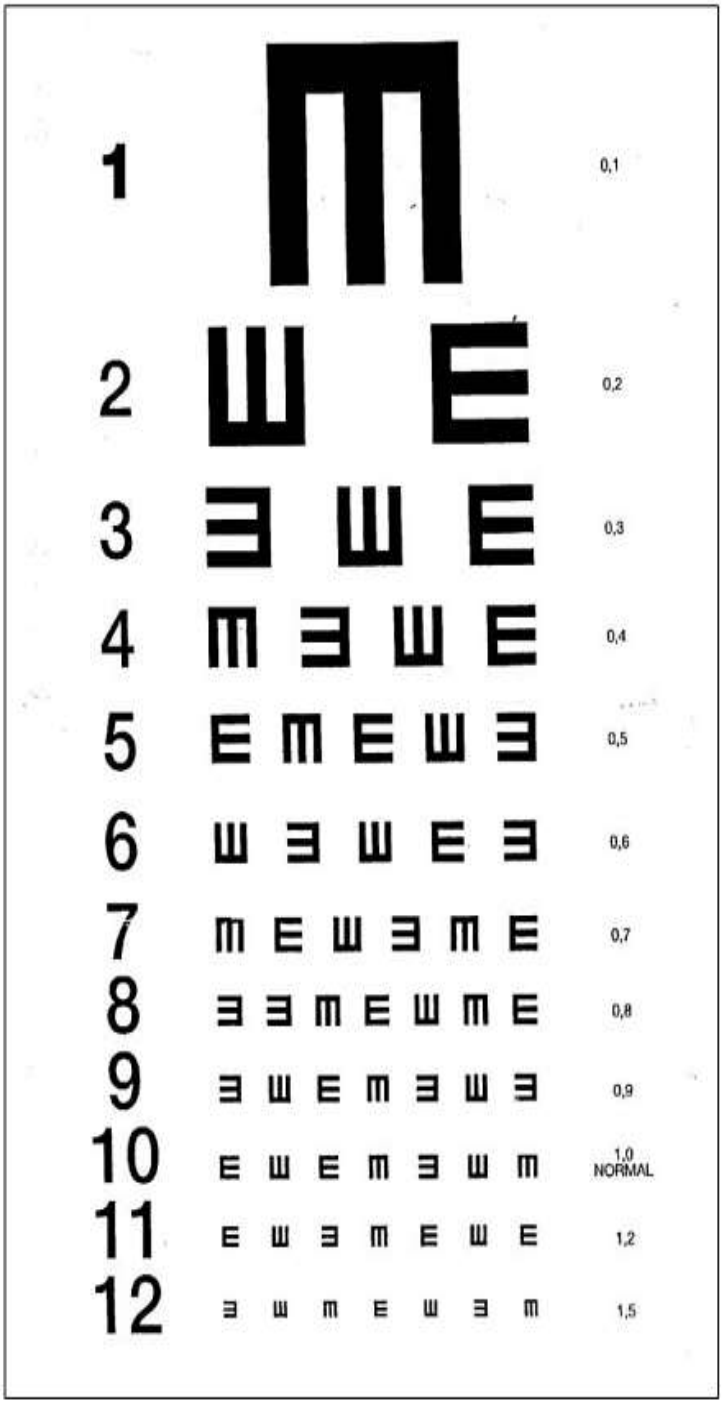
ESCALA DE LAWTON

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1

6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL			_____ **pontos**

4.13 AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL

Escala Optométrica de SNELLEN



Como utilizar a Escala Optométrica de Snellen:

- Colocar a tabela a uma distância de 5 metros e veja até que linha pessoa idosa distingue bem as letras.

- Teste primeiro o Olho Direito e depois o Olho Esquerdo separado e depois em conjunto.
- Os olhos devem ser vendados com as mãos em forma de concha.
- Se fizer uso de óculos deve mantê-los durante o exame.
- Se distinguir bem até à 8ª linha, a visão é satisfatoriamente normal.
- Se todavia não for além da 4ª linha existe a grave possibilidade de perda de capacidade visual e precisa de lentes de correção.
- Oriente e discuta na equipe para avaliação de possível encaminhamento.

4.14 AVALIAÇÃO DA ACUIDADE AUDITIVA

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

Questões:

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

Teste do Sussurro (whisper):

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

Avaliações dos resultados:

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

Providências com os achados/resultados:

Não sendo identificados obstáculo nos condutos auditivos externos, deve-se discutir em equipe para possível encaminhamento.

Enfermeiro:_____COREN_____

Assinatura _____CARIMBO_____

4.15 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA

Este instrumento faz uma síntese da estrutura da avaliação multidimensional da pessoa idosa, que poderá ser realizada nas Unidades Básica de Saúde; Unidade de Referência de Saúde da pessoa idosa; Unidade de Atendimento Domiciliar, entre outras.

Ele deve ser utilizado de forma a complementar a consulta de enfermagem e não de uma forma mecânica.

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTOS
NUTRIÇÃO	Perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica?_____ Peso atual: ____ kg Altura: _____ cm IMC = _____	Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos, desnutrição ou obesidade. Discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários.
VISÃO	Tem dificuldade para dirigir, ver TV, ou fazer qualquer outra atividade de vida diária, devido a problemas visuais? Se sim, aplicar a Escala Optométrica de Snellen: Olho Direito: _____ Olho Esquerdo:___	Se distinguir bem até à 8ª linha, a visão é, satisfatoriamente, normal. - Se não for além da 4ª linha existe a grave possibilidade de perda de capacidade visual. Discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários.
AUDIÇÃO	Aplicar o teste do sussurro. A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ouvido Direito: __ Ouvido Esquerdo: ____ Se não, verificar a presença de cerume. OD: _____ OE: _____	Na ausência de cerume e, caso a pessoa idosa não responda ao teste, discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários.
INCONTINÊNCIA	Às vezes, perde urina ou fica molhado/a? Se sim, pergunte: Quantas vezes? ___ Isso provoca algum incomodo ou embaraço? ___ Definir quantidade e frequência.	Pesquisar as causas. Ver o capitulo de Incontinência Urinária para orientações necessárias.
ATIVIDADE SEXUAL	Tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais? Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.	Se SIM, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade.
HUMOR/ DEPRESSÃO	Sente-se triste ou desanimado/a frequentemente?	Se SIM, aplicar a Escala de Depressão Geriátrica
COGNIÇÃO/ MEMÓRIA	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Vaso, Carro e Tijolo Após 3 minutos pedir que os repita.	Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM. Discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários.
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos, discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários.
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: ___ Caminhar 3,5m: ___ Voltar e sentar: ___ Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.	Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos, discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários.
ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio, é capaz de: Sair da cama? ___ Vestir-se? ___ Preparar suas refeições? ___ Fazer compras? ___ Se não: Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.	Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de Katz.
DOMICILIO	Na sua casa há: Escadas? ____ Tapetes soltos? ____ Corrimão no banheiro? ____	SIM para escada ou tapete e NÃO para corrimão – Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.
QUEDA NOS ULTIMOS 12 MESES	Quantas vezes? ____ Com qual frequência? _____	Orientar prevenção, ver capítulo de Quedas.
SUPORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? ___ Quem poderia ajudá-lo/a? ____ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo? ___	Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a. Sugestão: realizar genograma e ECOMAPA ou, Mapa Mínimo de Relações.

4.16 AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS

"TIMED GET UP AND GO":
O CLIENTE DEVE SER ORIENTADO A LEVANTAR-SE DE UMA CADEIRA COM BRAÇO, SEM APOIO DE BRAÇOS, CAMINHAR 3 METROS,
VIRAR 180 GRAU QUANDO ANDANDO E RETORNAR, SENTANDO NA CADEIRA.
DURAÇÃO: ( ) <10 SEG ( ) 10 A 19 SEG ( ) 20 SEG OU MAIS

POSIADLO, J Am Geriatr Soc, 1991(39:142-8,)

"TIMED GET UP AND GO":
O CLIENTE DEVE SER ORIENTADO A LEVANTAR-SE DE UMA CADEIRA COM BRAÇO, SEM APOIO DE BRAÇOS, CAMINHAR 3 METROS,
VIRAR 180 GRAU QUANDO ANDANDO E RETORNAR, SENTANDO NA CADEIRA.
DURAÇÃO: ( ) <10 SEG ( ) 10 A 19 SEG ( ) 20 SEG OU MAIS

INTERPRETAÇÃO:

- Teste é considerado normal se o tempo for inferior a 10 seg.
- Se pessoa idosa usar algum tipo de acessório de marcha (bengala, andador) tolera-se o tempo entre 10 e 19 seg.
- Em qualquer dos casos há risco de quedas sempre que o tempo for superior a 20 seg.
- Teste também é considerado anormal se ele não puder ser executado.

Ex:

- Cliente demente que não compreende as instruções;
- Cliente que não consegue se levantar da cadeira.

4.17 FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Nome: _____ Idade: _____
Diagnóstico Médico: _____

Última Prescrição	Em uso	Sabe para que serve?	Prescrita por:	Observações
		( )S ( )N		
		( )S ( )N		

QUESTIONÁRIO

1) Como toma medicação?
( )Sozinho ( )Sob Supervisão ( )Medicado por outra pessoa ( )N.R. ( )N.A.

2)Tem conhecimento sobre a doença? ( )S ( )N

3) Acredita que sua doença poderá lhe trazer riscos? ( )S ( )N Quais? _____

4) Ha quanto tempo usa a medicação? _____

5) Faz acompanhamento medico em outro serviço de saúde? ( )S ( )N Quais? _____

6) Parou algum tratamento anteriormente? ( )S ( )N
Quais? _____Motivo_____

7) Tem alguma queixa ou sente alguma coisa por causa do tratamento? ( )S ( )N Qual?
_____

8) Onde adquire a medicação? _____

9) A maior parte das pessoas tem dificuldade para lembrar-se de todos os medicamentos. O (a) sr (a) costuma esquecê-los:
( )Sempre ( )frequente ( )Raramente ( )N.R. ( )Nunca

10) Utiliza algum remédio por conta própria? ( )S ( )N Qual? _____

11) Apresenta alguma dessas dificuldades em relação à medicação:
( ) Econômica, mas não chega a ficar sem medicação
( ) Econômica, chegando a ficar sem medicação
( ) Não encontrou na farmácia
( ) Depende de outra pessoa para comprar
( ) Não utiliza a medicação quando irá sair de casa
( ) Não aceita a medicação
( ) Dificuldade para deglutição
( ) Referente ao comprimido (forma,sabor)
( ) Não entendeu a receita → Motivo: ( ) Dificuldade visual ( ) Outros _____
( ) Analfabetismo
( ) Não entendeu a letra
( ) Outros

12) Há alguma coisa que o (a) desanime em relação ao tratamento?_____

13) Orientações
( ) Trazer as medicações nas próximas consultas.
( ) Fornecimento de esquema com horários de medicação
( ) Colocação dos medicamentos em local visível.
( ) Solicitação de auxilio e participação familiar
( ) Orientação sobre diagnostico e tratamento
( ) Colocação diária dos medicamentos em recipientes com horários
( ) Uso do despertador
( ) Outros _____

Observações _____

Orientações: _____

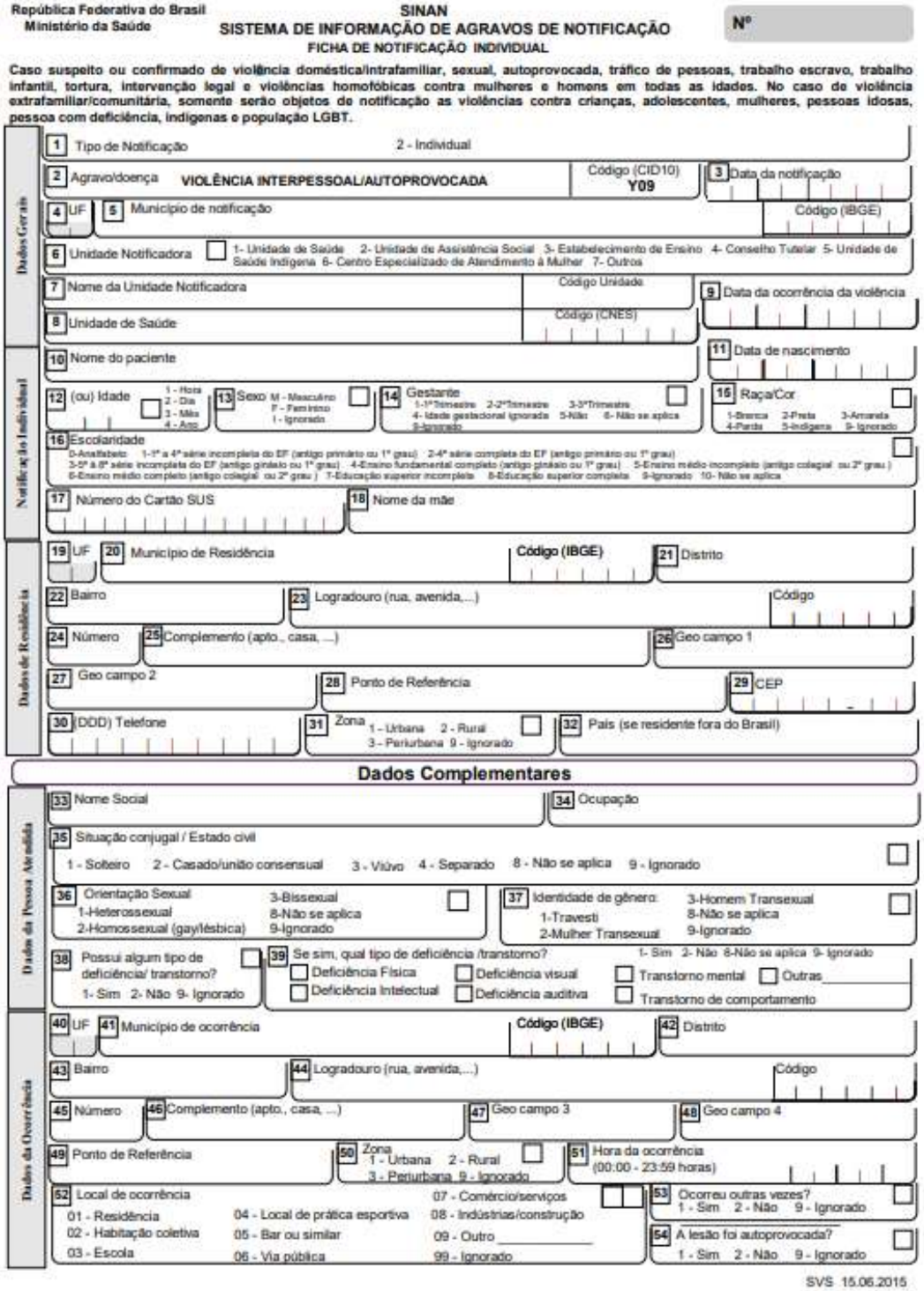
Assinatura/ COREN:_____ Data:_____/_____/20_____

N.R = Não Respondeu
N.A= Não avaliado.

4.18 ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE DOMICILIAR

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

4.19 FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA — Código (CID10) Y09 — 3 Data da notificação

4 UF — 5 Município de notificação — Código (IBGE)

6 Unidade Notificadora — 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros

7 Nome da Unidade Notificadora — Código Unidade — 9 Data da ocorrência da violência

8 Unidade de Saúde — Código (CNES)

Notificação Individual

10 Nome do paciente — 11 Data de nascimento

12 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 13 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado — 14 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado — 15 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

16 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

17 Número do Cartão SUS — 18 Nome da mãe

Dados de Residência

19 UF — 20 Município de Residência — Código (IBGE) — 21 Distrito

22 Bairro — 23 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

24 Número — 25 Complemento (apto., casa, ...) — 26 Geo campo 1

27 Geo campo 2 — 28 Ponto de Referência — 29 CEP

30 (DDD) Telefone — 31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 32 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida

33 Nome Social — 34 Ocupação

35 Situação conjugal / Estado civil — 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado

36 Orientação Sexual — 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

37 Identidade de gênero: — 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? — 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado — ☐ Deficiência Física ☐ Deficiência visual ☐ Transtorno mental ☐ Outras ☐ Deficiência Intelectual ☐ Deficiência auditiva ☐ Transtorno de comportamento

Dados da Ocorrência

40 UF — 41 Município de ocorrência — Código (IBGE) — 42 Distrito

43 Bairro — 44 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

45 Número — 46 Complemento (apto., casa, ...) — 47 Geo campo 3 — 48 Geo campo 4

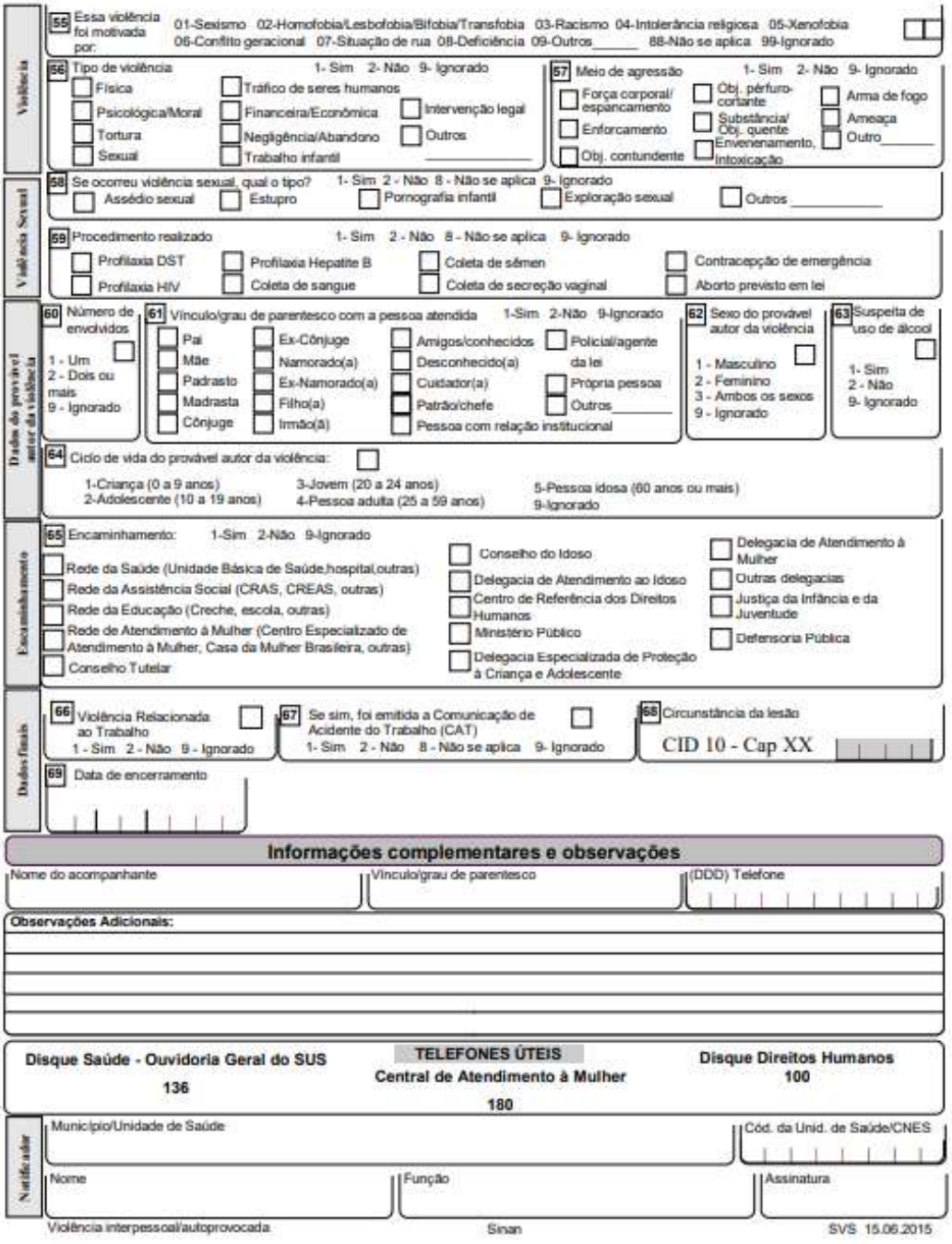
49 Ponto de Referência — 50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)

52 Local de ocorrência — 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro _____ 99 - Ignorado

53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

SVS 15.06.2015



Violência

55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros_____ 88-Não se aplica 99-Ignorado

56 Tipo de violência (1- Sim 2- Não 9- Ignorado)
- Física
- Psicológica/Moral
- Tortura
- Sexual
- Tráfico de seres humanos
- Financeira/Econômica
- Negligência/Abandono
- Trabalho infantil
- Intervenção legal
- Outros _____

57 Meio de agressão (1- Sim 2- Não 9- Ignorado)
- Força corporal/ espancamento
- Enforcamento
- Obj. contundente
- Obj. pérfuro-cortante
- Substância/ Obj. quente
- Envenenamento, intoxicação
- Arma de fogo
- Ameaça
- Outro_____

Violência Sexual

58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? (1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado)
- Assédio sexual
- Estupro
- Pornografia infantil
- Exploração sexual
- Outros _____

59 Procedimento realizado (1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado)
- Profilaxia DST
- Profilaxia HIV
- Profilaxia Hepatite B
- Coleta de sangue
- Coleta de sêmen
- Coleta de secreção vaginal
- Contracepção de emergência
- Aborto previsto em lei

Dados do provável autor da violência

60 Número de envolvidos
1 - Um
2 - Dois ou mais
9 - Ignorado

61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida (1-Sim 2-Não 9-Ignorado)
- Pai
- Mãe
- Padrasto
- Madrasta
- Cônjuge
- Ex-Cônjuge
- Namorado(a)
- Ex-Namorado(a)
- Filho(a)
- Irmão(ã)
- Amigos/conhecidos
- Desconhecido(a)
- Cuidador(a)
- Patrão/chefe
- Pessoa com relação institucional
- Policial/agente da lei
- Própria pessoa
- Outros_____

62 Sexo do provável autor da violência
1 - Masculino
2 - Feminino
3 - Ambos os sexos
9 - Ignorado

63 Suspeita de uso de álcool
1- Sim
2 - Não
9- Ignorado

64 Ciclo de vida do provável autor da violência:
1-Criança (0 a 9 anos)
2-Adolescente (10 a 19 anos)
3-Jovem (20 a 24 anos)
4-Pessoa adulta (25 a 59 anos)
5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)
9-Ignorado

Encaminhamento

65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
- Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras)
- Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)
- Rede da Educação (Creche, escola, outras)
- Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)
- Conselho Tutelar
- Conselho do Idoso
- Delegacia de Atendimento ao Idoso
- Centro de Referência dos Direitos Humanos
- Ministério Público
- Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente
- Delegacia de Atendimento à Mulher
- Outras delegacias
- Justiça da Infância e da Juventude
- Defensoria Pública

Dados finais

66 Violência Relacionada ao Trabalho
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)
1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

68 Circunstância da lesão
CID 10 - Cap XX

69 Data de encerramento

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante | Vínculo/grau de parentesco | (DDD) Telefone

Observações Adicionais:

TELEFONES ÚTEIS

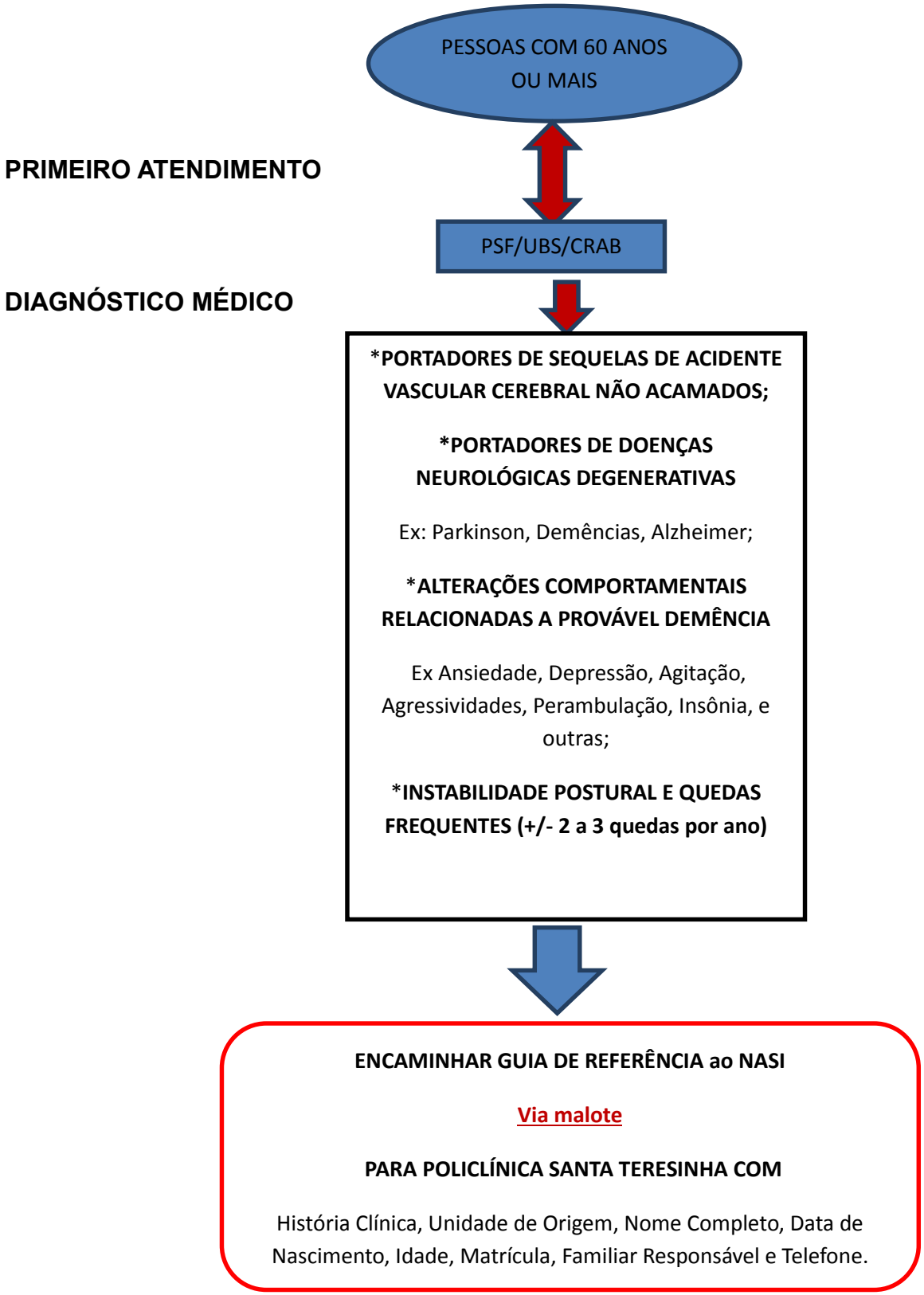
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS	Central de Atendimento à Mulher	Disque Direitos Humanos
136	180	100

Notificador

Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde/CNES

Nome | Função | Assinatura

4.20 ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTO AO NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO (NASI)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATHENA, S.; NIESSEN, L.C.; CHAUNCEY, H.H. **Geriatric Dentistry Aging and oral Health**: Pressão Arterial Sistolica. editora Mosby - Year Book 1991.

BARBOSA, R.M.P.S. **Educação física gerontológica**: saúde e qualidade de vida na terceira idade. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

BORELLI, A. **Envelhecimento ósseo**: osteoporose. In: CARVALHO Filho, E.T.; PAPALÉO BRADWAY, C.W. Cuidados de enfermagem nas emergências geriátricas. São Paulo: Andrei, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consenso Brasileiro de Osteoporose. Curitiba. **Rev. Bras. Reumatologia**. v. 42, n. 6. Nov – Dez 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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: Ministério da Saúde, 2009.

CERVATO, A.M. et al. **Alimentação na terceira idade**. São Paulo: GENUTI – Grupo de Estudos de Nutrição na Terceira Idade, 1998.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional para a prática de Enfermagem** – Beta 2. São Paulo: Centro de Estudos em Obstetrícia, 2003.

DOMINGUES, M.A. **Mapa mínimo de relações: adaptação de um instrumento gráfico para a configuração da rede de suporte social do idoso**. São Paulo. 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2000.

DRUMMOND, J.R.; NEWTON, J. P.; YEMM, R. **Dental care of the elderly**. Barcelona: Mosby-Wolfe,1995.

DUARTE Y, A.O. **O processo de envelhecimento e a assistência de enfermagem – Programa de Saúde da Família**. In: Ministério da Saúde. Manual de enfermagem. Brasília: IDS\USP, 2001. p.185-196.

DUARTE, Y.A.O. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

GEIS, P.P. **Atividade física e saúde na terceira idade**: teoria e prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOLM, P.P.; LÖE, H. **Geriatric dentistry**: a textbook of oral gerontology. Copenhagen: Munksgaard, 1986.

JOHNSON T.M.; OUSLANDER, J.G. **Incontinência urinária em homens pessoas idosas**. In: Clínicas Médicas da América do Norte, v. 83, n. 5, p. 1137-1154, 1999.

LEBRÃO, M.L. **SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento**. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

LOTUFO, R.F.M.; ZOGAIB, P.S.M.; BARROS, T.L.N. **Exercício e qualidade de vida**: o exercício – preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos. São Paulo: Atheneu, 1999.

LUECKENOTTE, A. **Avaliação em gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

MACHADO, L.; QUEIROZ, Z. V. **Negligência e maus-tratos**. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.) Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2002.
MACIEL, A. Avaliação multidisciplinar do cliente geriátrico. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

MEIRELLES, M.E.A. **Atividade física na terceira idade**. Rio de Janeiro: Sprint, 1997.

MINAYO, M.C.S. Violência contra pessoas idosas: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, maio/jun. 2003.

NETTO, M. **Geriatria**: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 22.

OKUMA, S.S. **Pessoa idosa e a atividade física**. 3. ed. Campinas: Papirus, 2004.

OLIVEIRA, J.E.P; MILECH, A. **Diabetes Melittus**: clinica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2004.

PAPALÉO NETTO, M.; BRITO, F.C. **Urgências em geriatria**: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clinico, conduta terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2001.

PEREIRA, S.R.M.; MENDONÇA, L.M.C. **Osteoporose e osteomalácea**. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. cap. 61.

PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial**. São Paulo: Manole, 2004.

ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003.

RUIPÉREZ, I.; LLORENTE, P. **Geriatria**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro; p.1-51,2010.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002**: diagnóstico e classificação do Diabetes Mellitus e tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2008**. Rio de Janeiro; p. 1-107; 2008.

SPARKS, S.M.; TAYLOR, C.M.; DYER, J.G. **Diagnóstico de enfermagem**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000.

TINETTI, M.E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. **The Journal of The American Geriatric Society**, v. 34, p. 119-26, 1986.

TINETTI, M.E., DOUCETTE, J.; CLAUS, E.; MAROTTOLI, R. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. **Journal of American Geriatric Society**, v. 43, p. 1214-1221, 1995.

TINETTI, M.E. et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. **New England Journal of Medicine**, v.331, n.13, p.821-827, Sep. 1994.

WAGORN, Y.; THÉBERGE, S.; ORBEN, W.A.R. **Manual de ginástica e bem-estar para a terceira idade: para um envelhecimento feliz e saudável**. 3.ed. São Paulo: Marco Zero, 1993.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.