



PREFEITURA DE  
**CATANDUVA**  
SECRETARIA DE SAÚDE



# PROTOCOLO SAÚDE DO IDOSO

Catanduva/SP  
2019

## **Equipe Técnica de Elaboração**

### **I - Representantes da Coordenação de Atenção Básica (Secretaria de Saúde):**

Angélica Freu Costa - Enfermeira, Diretora Técnica de Saúde

Gabriela Zerbinatti Mismatcho Sangalli - Enfermeira

Natália Lourenço Costa - Enfermeira

### **II - Representante da Coordenação Médica da Atenção Básica:**

Fernanda M. Martinez Perez - Médica

### **III - Representante da Assistência Farmacêutica:**

Larissa Francieli Souza Silva - Farmacêutica

### **IV - Representantes da Organização Social Mahatma Gandhi:**

Tiago Aparecido Silva - Enfermeiro, Coordenador Técnico

Débora Regina Spada da Costa - Enfermeira Supervisora

Eduarda Oliveira De Aro Margonar - Enfermeira Supervisora

Camila de Santis Silva - Enfermeira Supervisora

Mariana Mendonça Pansa - Enfermeira Supervisora

### **V - Representante do Núcleo de Educação Permanente**

Marcela Parente Bertin Monteiro - Fisioterapeuta, Educadora Permanente

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	4
2. ENVELHECIMENTO E VELHICE .....	5
2.1. Alimentação, nutrição e envelhecimento .....	5
2.2. Atividade física .....	10
2.3. Fragilidade na pessoa idosa .....	12
2.4. Saúde bucal da pessoa idosa .....	13
2.5. Imunização da pessoa idosa .....	15
2.6. Sexualidade .....	16
2.7. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na terceira idade.....	18
3. AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA IDOSA.....	20
3.1. Apoio matricial do NASF .....	20
3.2. O envelhecimento e medicamentos .....	22
3.3. Ações educativas com pessoas idosas.....	27
3.4. Visita domiciliária (VD) à pessoa idosa .....	28
4. ACOMPANHAMENTO GERONTO-GERIÁTRICO – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM .....	29
4.1. Fluxograma de atendimento da pessoa idosa.....	29
4.2. Roteiro para a primeira consulta de enfermagem .....	30
4.3. Avaliação laboratorial.....	35
4.4. Consulta de enfermagem para acompanhamento .....	36
4.5. Consulta de enfermagem – Avaliação dos agravos em saúde .....	36
ANEXO I - Avaliação da fragilidade na pessoa idosa.....	48
ANEXO II - Roteiro para observação do ambiente domiciliário .....	49
ANEXO III - ASSIST .....	50
ANEXO IV - Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	52
ANEXO V - Genograma .....	54
ANEXO VI - Ecomapa: Avaliação dos recursos familiares e comunitários.....	56
ANEXO VII - Mapa mínimo de relações .....	57
ANEXO VIII - Escala de depressão de Yesavage .....	60
ANEXO IX - Escala de Barthel .....	61
ANEXO X - Avaliação da acuidade visual .....	63
ANEXO XI - Avaliação da capacidade auditiva (Teste do Sussuro).....	64

ANEXO XII - Avaliação do risco de queda .....	65
ANEXO XIII - Índice de Katz.....	66
ANEXO XIV - Avaliação das atividades instrumentais da vida diária - Escala de Lawton.....	68
ANEXO XV - Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa.....	70
ANEXO XVI - Ficha de notificação/investigação individual – Violência doméstica sexual e/ou outras violências .....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	73

## 1. INTRODUÇÃO

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 ato de envelhecer pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos (senescência) o que em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga (doenças, acidentes e estresse emocional), pode ocasionar uma condição patológica que venha requerer algum tipo de assistência (senilidade).

Para a prestação de uma assistência de qualidade nos níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde, é importante que os profissionais tenham o conhecimento das alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem no envelhecimento. Este protocolo tem como objetivo orientar as ações da equipe multiprofissional na atenção à Saúde da Pessoa Idosa nas Unidades de Atenção Básica, apontando peculiaridades a serem abordadas, visando um atendimento diferenciado, promovendo o máximo da autonomia e independência desta população.

Este documento será um norteador importante para a prática diária do enfermeiro, respaldado pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, Decreto Lei nº 94.406/87, e todas as demais legislações pertinentes em vigência.

Obs.: Neste protocolo, o profissional graduado em nível superior será designado no gênero masculino, independentemente a qual gênero (feminino ou masculino) pertença.

## **2. ENVELHECIMENTO E VELHICE**

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem idade superior a 60 anos. Estima-se que para o ano de 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, contudo, mundo está envelhecendo.

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

Dois grandes erros devem ser continuamente evitados: o primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças; o segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência.

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

### **2.1. Alimentação, nutrição e envelhecimento**

A população idosa é particularmente propensa a alterações nutricionais devido a fatores relacionados às modificações fisiológicas e sociais, ocorrência de doenças crônicas, uso de diversas medicações, dificuldades com a alimentação, depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional.

A composição corporal do indivíduo se modifica com o envelhecimento, havendo uma diminuição da massa magra e aumento da massa gorda. As peculiaridades abaixo, relacionadas ao processo de envelhecimento, devem ser avaliadas criteriosamente:

- Situação social, econômica e familiar em que a pessoa idosa 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.

A antropometria é muito útil para o diagnóstico nutricional dos idosos, podendo ser utilizada como triagem inicial, tanto para diagnóstico quanto para o monitoramento de doenças. Nos procedimentos de diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional de idosos, utiliza-se como critério prioritário a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

**Cálculo do IMC:**

**Peso (Kg)**

**Altura<sup>2</sup> (m)**

Fonte: Nutricion Screening Initiative, 1994.

IMC	CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL
< 22	Baixo peso
> 22 e < 27	Adequado ou eutrófico
> 27	Sobrepeso
> 30	Obesidade
> 40	Obesidade Mórbida

Baseado em documentos: BRASIL. MS, DAB, 2009.

Em relação à alimentação da pessoa idosa saudável, sem doenças que necessitem de cuidados alimentares específicos, uma orientação adequada pode ser trabalhada por meio dos "**Dez passos para uma alimentação saudável**", que seguem abaixo:

**1º PASSO:** Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.

Aprecie a sua refeição, sente-se confortavelmente à mesa, de preferência em companhia de outras pessoas. Coma devagar, mastigando bem os alimentos. Saboreie refeições variadas, dando preferência a alimentos saudáveis típicos da sua região e disponíveis na sua comunidade. Caso você tenha dificuldade de mastigar, os alimentos sólidos (carnes, frutas, verduras e legumes) podem ser picados, ralados, amassados, desfiados, moídos ou batidos no liquidificador. Não deixe de comer esses alimentos. Escolha os alimentos mais saudáveis, conforme orientações abaixo, lendo as informações e a composição nutricional nos rótulos. Caso tenha dificuldade na leitura ou para entender a informação, peça ajuda.



**2º PASSO:** Inclua diariamente 6 porções do grupo dos cereais (arroz, milho e trigo, pães e massas), tubérculos como a batata, raízes como mandioca/macaxeira/aipim, nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.

- Alimentos como cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), de preferência integrais; tubérculos (como as batatas) e raízes (como a mandioca/macaxeira/aipim) são as mais importantes fontes de energia e devem ser os principais componentes da maioria das refeições. Esses alimentos são ricos em carboidratos. Distribua as 6 porções desses alimentos nas principais refeições diárias (café da manhã, almoço e jantar) e nos lanches entre elas.
- Nas refeições principais, preencha metade do seu prato com esses alimentos. Se utilizar biscoitos para os lanches, leia os rótulos: escolha os tipos e as marcas com menores quantidades de gordura total, gordura saturada, gordura trans e sódio. Esses ingredientes, se consumidos em excesso, são prejudiciais à sua saúde.

**3º PASSO:** Diariamente, coma pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.

Frutas, legumes e verduras são ricos em vitaminas, minerais e fibras e devem estar presentes diariamente em todas as refeições e lanches, pois evitam a prisão de ventre, contribuem para proteger a saúde e diminuir o risco de várias doenças.

E qual a diferença entre eles?

- Frutas: São as partes polposas que rodeiam a semente da planta. Possuem aroma característico, são ricas em suco e tem sabor adocicado. Acerola, laranja, tangerina, banana e maçã são exemplos de frutas.
- Legumes: São os frutos ou sementes comestíveis da planta ou partes que se desenvolvem na terra. São eles: cenoura, beterraba, abobrinha, abóbora, pepino, cebola, etc.
- Verduras: São folhas comestíveis, flores, botões ou hastes, tais como: acelga, agrião, aipo, alface, almeirão, etc.



**4º PASSO:** 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.

- Coloque no prato 1 parte de feijão para 2 partes de arroz, cozidos. Varie os tipos de feijões usados (preto, da colônia, manteiguinha, carioquinha, verde, de corda, branco e outros) e as formas de preparo. Use também outros tipos de leguminosas (soja, grão de bico, ervilha seca, lentilha, fava).
- As sementes (de abóbora, de girassol, gergelim e outras) e as castanhas (do Brasil, de caju, amendoim, nozes, nozes-pecan, amêndoas e outras) são fontes de proteínas e de gorduras de boa qualidade.

**5º PASSO:** Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis.

- Leite e derivados são as principais fontes de cálcio na alimentação e você pode escolher os desnatados ou semi-desnatados. Carnes, aves, peixes e ovos também fazem parte de uma alimentação nutritiva e contribuem para a saúde e para o crescimento saudável. Todos são fontes de proteínas, vitaminas e minerais.
- Procure comer peixe fresco pelo menos duas vezes por semana; tanto os de água doce como salgada são saudáveis. Coma pelo menos uma vez por semana vísceras e miúdos, como o fígado bovino, moela, coração de galinha, entre outros.

**6º PASSO:** Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina.

- Reduza o consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura aparente, embutidos (salsicha, linguiça, salame, presunto e mortadela) queijos amarelos, frituras e salgadinhos, para, no máximo, 1 vez por semana.
- Cozinhar usando pequenas quantidades de óleo vegetal (canola, girassol, milho, algodão e soja). Uma lata de óleo por mês é suficiente para uma família de 4 pessoas. Use azeite de oliva para temperar saladas, sem exagerar na quantidade.

- Prepare os alimentos de forma a usar pouca quantidade de óleo, como assados, cozidos, ensopados e grelhados. Evite cozinhar com margarina, gordura vegetal ou manteiga.

Na hora da compra, dê preferência a margarinas sem gorduras trans (tipo de gordura que faz mal à saúde) ou marcas com menor quantidade desse ingrediente (procure no rótulo essa informação).

**7º PASSO:** Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação. Coma-os, no máximo, 2 vezes por semana.

Consuma, no máximo, uma porção do grupo dos açúcares e doces por dia. Valorize o sabor natural dos alimentos e das bebidas, evitando ou reduzindo o açúcar adicionado a eles. Diminua o consumo de refrigerantes e de sucos industrializados. Prefira bolos, pães e biscoitos doces preparados em casa, com pouca quantidade de gordura e açúcar, sem cobertura ou recheio.

**8º PASSO:** Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa.

- A quantidade de sal utilizada deve ser de, no máximo, uma colher (chá) rasa por pessoa, distribuída em todas as refeições do dia. Use somente sal iodado.
- O sal usado na ração de animais, principalmente na zona rural, não deve ser utilizado para consumo humano, uma vez que é prejudicial à saúde.
- Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, presunto, charque e embutidos (salsicha, linguiça, salame, mortadela), salgadinhos industrializados, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos. Leia o rótulo dos alimentos e prefira aqueles com menor quantidade de sódio.
- Para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos, utilize temperos como cheiro verde/salsa/cebolinha/coentro, alho, cebola e ervas frescas e secas ou suco de frutas, como limão.

**9º PASSO:** Beba, pelo menos, 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.

- A água é muito importante para o bom funcionamento do organismo. O intestino funciona melhor, a boca se mantém mais úmida e o corpo mais

hidratado. Use água tratada, fervida ou filtrada para beber e preparar refeições e sucos. Bebidas açucaradas, como refrigerantes e sucos industrializados, não devem substituir a água.

**10º PASSO:** Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

- Além da alimentação saudável, a atividade física é importante para manter um peso saudável. Movimente-se! Descubra um tipo de atividade física agradável. O prazer é também fundamental para a saúde. Caminhe, dance, brinque com crianças, faça alguns exercícios leves. Aproveite o espaço doméstico e espaços públicos próximos a sua casa para movimentar-se. Convide os vizinhos e amigos para acompanhá-lo.
- Evitar o fumo e o consumo frequente de bebida alcoólica também ajuda a diminuir o risco de doenças graves, como câncer e cirrose, e pode contribuir para melhorar a qualidade de vida.
- Mantenha o seu peso dentro de limites saudáveis.

Caso sejam necessárias orientações nutricionais específicas, as equipes devem desenvolver um planejamento da ação em conjunto com o profissional nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

## **2.2. Atividade física**

A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas. O estilo de vida moderno propicia o gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, permitindo uma vida com relativo conforto para a sociedade. Exemplos simples foram modificados, como: escadas comuns foram substituídas por escadas rolantes e elevadores, a caminhada até o mercado da esquina foi substituída por uma pequena jornada motorizada.

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. Os benefícios da prática corporal/atividade física para a saúde 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.

Recomenda-se que haja sempre uma avaliação de saúde antes de iniciar qualquer prática corporal/atividade física; em caso de atividade moderada/intensa, é necessária uma avaliação médica. A prática corporal/atividade física deve ser de fácil realização e não provocar lesões. A pessoa idosa deve escolher a atividade física que mais lhe agrade. Ao indicar uma prática corporal/atividade física para uma pessoa idosa, deve-se considerar vários aspectos, como: prazer em estar realizando esta ou aquela atividade, suas necessidades físicas, suas características sociais, psicológicas e físicas.

Para adesão dos usuários na prática de atividade física na unidade, a equipe deve desenvolver atividades juntamente com educador físico do NASF, possibilitando para a população idosa trabalho com exercícios de força muscular, equilíbrio e flexibilidade.

- A equipe deve orientar os idosos quanto a prática de exercícios físicos:
  - a) A roupa utilizada para a realização de atividades físicas 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;
  - b) Calçado: dar preferência para uso de tênis com sola de borracha e macio, que se adapte ao pé e dê mobilidade ao tornozelo;
  - c) Meias: limpas e macias, de preferência as de algodão e não de náilon (que aprisiona o calor e a umidade, causando coceira ou irritação);
  - d) Devem ser evitados: cintas, elásticos de saias ou calças que apertem e acessórios como joias, bolsas e cachecois;
  - e) Não há horário específico do dia em que se deva ou se recomende a realização de atividade física, porém deve-se evitar horários de sol forte e muito calor. Não é recomendado praticar atividade 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.
- Benefícios da prática corporal/atividade física:
  - a) Melhor funcionamento corporal, diminuindo as perdas funcionais, favorecendo a preservação da independência;

- b) Redução no risco de morte por doenças cardiovasculares;
- c) Melhora do controle da pressão arterial;
- d) Manutenção da densidade mineral óssea, com ossos e articulações mais saudáveis;
- e) Melhora a postura e o equilíbrio;
- f) Melhor controle do peso corporal;
- g) Melhora o perfil lipídico;
- h) Melhor utilização da glicose;
- i) Melhora a enfermidade venosa periférica;
- j) Melhora a função intestinal;
- k) Melhora de quadros algícos;
- l) Melhora a resposta imunológica;
- m) Melhora a qualidade do sono;
- n) Ampliação do contato social.

### **2.3. Fragilidade na pessoa idosa**

O termo fragilidade apareceu na literatura na década de 80, nomeando indivíduos frágeis aqueles que tinham mais de 65 anos, dependentes para atividade de vida diária e aqueles que estavam institucionalizados. Em suma, o conceito baseava-se no entendimento da funcionalidade, ou seja, era relacionado à incapacidade e doenças crônicas. Com o decorrer dos anos, alguns estudos sobre a fragilidade passaram a sugerir a existência de um quadro de síndrome, de caráter multissistêmico, em que a redução da capacidade de adaptação do organismo tornaria o idoso suscetível a eventos adversos quando exposto a fatores estressores. Assim sendo, esta síndrome vem sendo identificada como uma condição clínica, de natureza multifatorial, baseada em tais tríades: alterações neuromusculares, desregulação do sistema neuroendócrino e disfunção do sistema imunológico.

O fenótipo de fragilidade tem sido investigado em diferentes regiões do mundo, com prevalência variando de 5% a 20% de idosos frágeis e incidência anual de 7%. Segundo pesquisas, a fragilidade pode ser reversível ou postergável (adiável) caso seja identificada precocemente, portanto, a fragilidade é um indicador importante da condição de saúde de idosos.

O Anexo I, que diz respeito à avaliação da fragilidade na pessoa idosa, pode ser utilizado como um instrumento para ser aplicado junto com o educador físico (NASF) nas consultas de enfermagem, para avaliação e tomada de decisões frente à condição clínica da pessoa idosa.

#### **2.4. Saúde bucal da pessoa idosa**

Os profissionais da área de saúde devem estar preparados para a realização de uma boa avaliação da saúde bucal, principalmente nos idosos. O edentulismo está presente em mais da metade dos idosos, prejudicando a capacidade mastigatória. A qualidade do rebordo ósseo residual, entre outros fatores locais, muitas vezes dificulta a reabilitação protética desses indivíduos. Outro problema relacionado às próteses dentárias refere-se à sua condição de higiene. A qualidade de limpeza das próteses odontológicas dos idosos, por motivos diversos, geralmente é considerada insatisfatória. A limpeza de próteses totais e próteses parciais removíveis devem ser consideradas no momento da avaliação bucal. A colonização de próteses dentárias por patógenos da cavidade bucal está relacionada a lesões de mucosa, como a candidíase.

Se o idoso utiliza uma prótese parcial removível (ponte móvel) ou prótese total (dentadura), oriente-o a higienizar a prótese fora da boca com sabão ou pasta de dente pouco abrasiva e escova de dentes macia, separada para essa função. Antes de recolocá-la na boca, escovar os dentes e limpar a gengiva, o palato e a língua. Se utilizar prótese total, recomenda-se ficar sem a prótese por algumas horas durante o dia. O ideal é passar a noite sem a prótese mas, se não for possível, faça durante o banho ou em algum momento em que esteja sozinho em casa, por exemplo. Deixe-a sempre em um copo com água.

Na avaliação da cavidade bucal, deve-se estar atento à presença de câncer de boca. O uso de próteses por muitos anos pode ocasionar desgastes nos dentes, fraturas e outros problemas relacionados ao uso constante, que podem levar ao desenvolvimento de hiperplasias e leucoplasias, predispondo o aparecimento de lesões malignas, particularmente quando associadas ao fumo. A orientação dos fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, irritação mecânica das mucosas bucais) e o diagnóstico precoce do câncer bucal são medidas preventivas que requerem a atenção dos profissionais de saúde que cuidam do idoso.

Observar regularmente se existe alguma alteração nos lábios, bochechas, gengivas, palato, garganta, na superfície e abaixo da língua. Procure por manchas, caroços, inchaços, placas esbranquiçadas ou avermelhadas ou feridas. Se você observar alguma alteração nova na boca do paciente ou ferida que não cicatriza, mesmo que indolor, encaminhar ao especialista imediatamente.

A falta de saliva (boca seca) ou xerostomia é uma queixa comum entre as pessoas idosas. Além de ser uma manifestação comum ao envelhecimento, pode ser causada pelo uso de alguns medicamentos, como os anticolinérgicos, antidepressivos e anti-hipertensivos, dentre outros ou por distúrbios na saúde. A boca seca pode causar maior risco de cárie dentária, incômodo no uso da prótese, perda do paladar, mau hálito e dificuldades para falar, mastigar e engolir os alimentos. Alguns métodos podem ser recomendados para manter a boca mais úmida, como beber água ou bebidas sem açúcar com frequência, evitar bebidas com cafeína, como café, chá ou alguns refrigerantes, que também podem causar a secura da boca, mascar gomas sem açúcar ou chupar balas duras sem açúcar para estimular o fluxo de saliva (se houver alguma glândula salivar funcionando).

A doença periodontal é um processo inflamatório causado por bactérias que acometem os tecidos gengival e ósseo. Essa doença causa destruição dos tecidos de suporte dos dentes (gengiva e osso alveolar) em surtos aleatórios e em sítios específicos, podendo levar à mobilidade e à perda do elemento dental.

Outro aspecto relatado pelo idoso, que pode causar dor e desconforto do dente, é a cárie, causada pelas bactérias que vivem na boca e utilizam o açúcar da alimentação para produzir ácidos que destroem os dentes. Para prevenir o seu aparecimento, é importante ter uma boa higiene bucal.

#### **2.4.1. Orientações gerais de saúde bucal aos idosos:**

- 1) Higiene oral: Escovação com creme dental com flúor e uso do fio dental após as refeições. Quando necessário, solicitar ajuda de familiares ou cuidadores no processo de higienização.
- 2) Dieta: Lembrar que uma alimentação rica em sacarose (açúcar) é fator de risco para desenvolvimento de cárie e outras doenças. Buscar conhecer os hábitos alimentares dos usuários para, em conjunto com a equipe de saúde, construir uma proposta de alimentação com “menos açúcar”.

- 3) Higiene da prótese dentária: A limpeza das próteses totais e parciais deve ser feita após cada refeição com a utilização de escova e sabão neutro. O uso de creme dental deve ser evitado por conter agentes abrasivos e causar desgaste à resina da prótese. Em relação às próteses totais (dentaduras), deve-se mergulhar durante 15 minutos em solução contendo 220 ml de água e uma colher (chá) de hipoclorito de sódio a 2%, uma ou duas vezes por semana (Saliba et al., 2001). Para a higiene das gengivas, orienta-se massageá-las com gaze úmida. Se a prótese estiver machucando, orientar consulta com equipe de saúde bucal.
- 4) Cárie e doenças da gengiva: Orientar higiene bucal e uso do fio dental. Em caso de dor de dente e sangramento da gengiva, orientar consulta com equipe de saúde bucal.
- 5) Sensação de boca seca: Recomendar o uso de gomas de mascar ou balas sem açúcar para aumentar a salivagem e aumento do consumo de água (muitas pessoas não tomam água em quantidade adequada).

## 2.5. Imunização da pessoa idosa

CALENDÁRIO PARA ADULTOS COM 60 ANOS OU MAIS <sup>1</sup>		
Intervalo entre as doses	Vacinas	Esquema
Primeira visita	dT	Primeira dose
	Hepatite B	Primeira dose
	Febre amarela <sup>1</sup>	Dose inicial
2 meses após a primeira visita	dT <sup>2</sup>	Segunda dose
	Hepatite B	Segunda dose
6 meses após a primeira visita	dT	Terceira dose
	Hepatite B	Terceira dose
A cada dez anos	dT	Reforço
Anualmente	Influenza <sup>3</sup>	----

<sup>1</sup>A aplicação da vacina para pessoas a partir de 60 anos depende da avaliação do risco da doença e benefício da vacina.

<sup>2</sup>Na profilaxia do tétano após alguns tipos de ferimento, deve-se reduzir este intervalo para cinco anos.

<sup>3</sup>Disponível na rede pública durante períodos de campanha.

NOTA: Vacina Pneumocócica 23-valente – indicada durante as campanhas nacionais de vacinação para pessoas com 60 anos ou mais, para indivíduos que vivem em instituições fechadas como: casas geriátricas, hospitais, asilos, casas de repouso.

\*Conforme calendário vigente no Estado de São Paulo.



- Vacina contra a Influenza

A influenza (gripe) é uma doença infecciosa aguda, de natureza viral, altamente contagiosa, que acomete o trato respiratório e cuja ocorrência se observa em maior intensidade ao final do outono e durante o inverno. As pessoas idosas, especialmente aquelas institucionalizadas ou as portadoras de doenças crônicas de base, são alvos de sérias complicações relacionadas à gripe (pneumonia primária viral pelo vírus da influenza, pneumonia bacteriana secundária, pneumonia mista, exacerbação de doença pulmonar ou cardíaca e óbito). Recomenda-se uma dose anual da vacina contra influenza no outono. A complicação da influenza que mais frequentemente leva à hospitalização e à morte é a pneumonia, que pode ser causada pelo próprio vírus ou por superinfecção bacteriana. Em populações não vacinadas, a maioria das mortes por influenza sazonal é registrada em idosos. Idosos com mais de 60 anos devem também receber a vacina anti-pneumocócica, especialmente os moradores de casa de repouso e asilos, e com infecções e internações repetidas, e também para os portadores de diabetes, enfisema, cirrose, insuficiência cardíaca e renal, Aids, leucemia e alcoolismo.

## **2.6. 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 a qualidade de vida, que é a sexualidade. Estudos mostram que 74% dos homens e 56% das mulheres casadas mantêm vida sexual ativa após os 60 anos. A identificação de disfunção nessa área pode ser indicativa de problemas psicológicos, fisiológicos ou ambos, porém muitas das alterações sexuais que ocorrem com o avançar da idade podem ser resolvidas com orientação e educação. 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. As mulheres após a menopausa, principalmente após os 60 anos, normalmente apresentam algum desconforto nas relações sexuais com penetração vaginal devido às condições de hipoestrogenismo e, conseqüentemente, hipotrofia dos tecidos genitais. É indicado a utilização de gel lubrificante.

- Durante o atendimento a equipe deve:
  - a) Estimular a pessoa idosa a relatar questões que podem interferir na sua vida sexual;
  - b) Orientar as alterações normais que ocorrerão em sua sexualidade;
  - c) Orientar sobre a existência de fatores que podem piorar o quadro de disfunção;
  - d) Sensibilizar quanto às questões sociais e culturais que possam interferir na diminuição do desejo sexual;
  - e) Sensibilizar a pessoa idosa para que evite a autocobrança quanto ao seu desempenho sexual;
  - f) Sensibilizar a pessoa idosa quanto a melhoria do desempenho sexual quando realizado no período da manhã, quando está descansada e disposta;
  - g) Sensibilizar quanto à automedicação, sempre procurando um profissional de saúde quando necessário. É importante ressaltar que nem sempre será necessário o uso de medicamentos;
  - h) Sensibilizar e orientar a utilização de preservativo;
  - i) Orientar sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST (como sífilis e gonorréia) e Aids.

### **2.6.1. Disfunções sexuais**

A sexualidade modifica-se com o tempo, 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, alguns fatores devem ser investigados:

- a) Transtornos vasculares;
- b) Uso de polifarmácia (responsável por 25% das disfunções eréteis nesta idade);

- c) Uso de medicamentos com anti-hipertensivos, ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos, diuréticos, digoxina, estrógenos, andrógenos ou anticonvulsivantes;
  - d) Uso de álcool e tabaco;
  - e) Transtornos metabólicos e endócrinos;
  - f) Transtornos psicológicos e neurológicos.
- Disfunção erétil

É a incapacidade de obter e manter a ereção peniana suficiente para uma relação sexual satisfatória. As principais drogas associadas à disfunção erétil são: álcool, opióides, benzodiazepínicos, antidepressivos, neurolépticos, anti-hipertensivos e cetoconazol.

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. Cabe ao profissional 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 dispareunia (dor na relação sexual). 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.

## **2.7. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na terceira idade**

O crescimento senil associado à melhoria da qualidade de vida pode gerar um aumento da proliferação de doenças infectocontagiosas nessa faixa etária, tais como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), em especial a Aids e a sífilis. Em suma, o aumento da expectativa e da qualidade de vida, bem como avanços na medicina e a disponibilidade de medicamentos que permitem o prolongamento da

vida sexual, ocasionaram modificações no comportamento sexual do idoso, tornando essa faixa etária mais vulnerável às IST.

A sífilis é uma doença de evolução progressa, que vem surgindo mais frequentemente nos últimos anos, sendo que a epidemia de HIV e Aids em pessoas idosas no Brasil tem emergido como um problema de saúde pública. O número de casos de Aids, em idosos, notificados ao Ministério da Saúde (MS), apresentam uma crescente ascensão.

Quando nos reportamos ao envelhecimento e IST, uma primeira questão a ser abordada é a sexualidade das pessoas idosas, mas esta questão não é exclusiva e está relacionada a outros fatores como, por exemplo, a resistência ao uso de preservativos e o pouco conhecimento dos idosos acerca de práticas de sexo seguro e em relação às IST.

Do ponto de vista da Aids, não é a sexualidade que torna as pessoas vulneráveis ao HIV/Aids, mas as práticas sexuais que são realizadas de forma desprotegida, e este é um pressuposto válido para todas as idades. No entanto, convém ressaltar que o enfermeiro deve estar atento para as queixas específicas das pessoas idosas.

A equipe deve dar ênfase aos idosos em tais intervenções:

- Estímulo ao acesso e utilização correta dos preservativos masculino e feminino, além dos lubrificantes;
- Testagem rápida (podendo incluir outros profissionais para realização), diagnóstico e tratamento com procedimentos que levem em consideração as necessidades desse grupo populacional;
- Inclusão da prevenção de DST-HIV/Aids nos atendimentos, focando as especificidades desse grupo;
- Ações educativas e trabalhos preventivos específicos para idoso.

### **3. AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA IDOSA**

A avaliação global da pessoa idosa direciona a atenção para o idoso, com problemas complexos, de forma mais ampla, dando ênfase ao seu estado funcional e à sua qualidade de vida. É desenvolvida por uma equipe multiprofissional e tem por objetivo quantificar as capacidades e os problemas de saúde, psicossociais e funcionais do idoso de forma a estabelecer um planejamento terapêutico. Todas as alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento terão repercussão nos mecanismos homeostáticos do idoso e em sua resposta orgânica, diminuindo sua capacidade de reserva, de defesa e de adaptação, o que o torna mais vulnerável a quaisquer estímulos (traumático, infeccioso ou psicológico).

Durante a consulta, a ação da equipe multiprofissional 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 ao retorno da independência da pessoa idosa. Neste momento, a comunicação com a pessoa idosa é essencial para obter informações valiosas para a condução terapêutica portanto, durante o atendimento, lembre-se de utilizar frases curtas e objetivas, perguntar ao idoso se ele entendeu bem a explicação ou se há alguma dúvida, falar de frente, sem cobrir sua boca e não se virar ou se afastar enquanto fala.

#### **3.1. Apoio matricial do NASF**

A criação dos NASF propicia a ampliação das ações de APS, aumentando o escopo de intervenções no processo saúde-doença, favorecendo o cuidado da população e fortalecendo a Estratégia de Saúde da Família. Isso inclui as ações de reabilitação, historicamente associadas aos níveis secundários e terciários de atenção, baseadas em um modelo biomédico e reparativo, centrado na doença e em seus efeitos, com ênfase em procedimentos tecnicistas e individuais, sendo que esse último modelo, trata-se de algo que evidentemente não responde de forma eficiente aos problemas de saúde da população.

O processo de trabalho dos profissionais do NASF deve ser desenvolvido por meio do apoio matricial, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento, organizando e estruturando espaços de:

- Atendimento compartilhado;
- Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias;
- Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade.

Os profissionais do NASF também realizarão diretamente, embora em caráter excepcional, atenção aos usuários que requeiram cuidados de reabilitação, orientação, atendimento individual e coletivo, desenvolvendo junto às equipes, ações integradas em escolas, creches, igrejas, associações e outros ambientes, bem como visitas domiciliares. Uma atuação integral deverá envolver as famílias no cuidado e incluir sem discriminação as pessoas com deficiência na vida da comunidade.

É importante ressaltar também que o NASF não constitui porta de entrada ao sistema de saúde. Nele, os profissionais devem se responsabilizar pelo acompanhamento dos casos, planejando, atuando e avaliando resultados em conjunto com as equipes da unidade de saúde.

### **3.1.1. A saúde integral da pessoa idosa no NASF**

A reabilitação tem papel de fundamental importância nos NASF, visto que a atuação multiprofissional pode propiciar a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua inclusão social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde.

Com base no diagnóstico territorial, os profissionais do NASF deverão apoiar as equipes das unidades para que desenvolvam ações de promoção e de proteção à saúde, além de subsidiar o acompanhamento das ações voltadas para as deficiências em todas as fases do ciclo de vida, com especial atenção à população idosa. As ações da reabilitação devem estar em constante processo de avaliação pelas equipes, na tentativa de buscar adequação e promover o melhor cuidado aos usuários.

Do ponto de vista da reabilitação, é preciso que se conheça e se monitore as necessidades e potencialidades da população em todos os ciclos de vida, incluindo a ocorrência das incapacidades e deficiências, bem como se faça a análise de prevalência e tendências, sendo que essas informações precisam ser compartilhadas de modo que o conjunto dos profissionais envolvidos utilize os dados e as informações obtidas como norteadores de suas ações.

As ações da reabilitação deverão ser constantemente acompanhadas por toda a equipe envolvida no processo de trabalho (do NASF ou da própria equipe da unidade de saúde), na busca por ações mais adequadas e pela melhoria da gestão da APS. Assim, as Unidades Básicas de Saúde, os profissionais de reabilitação do NASF e a população devem trabalhar em conjunto na construção das ações de saúde em seu território. Isso significa que o trabalho depende do desenvolvimento de metas que deverão ser avaliadas, acompanhadas e de conhecimento e apropriação de todos.

### ACÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA REABILITAÇÃO E ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA IDOSA NO ÂMBITO DOS NASF

1. Propiciar e estimular a criação de espaços de discussão do processo de trabalho e modelo inclusivo de reabilitação;
2. Ter agenda de reuniões periódicas e discussões conjuntas entre as equipes do NASF e as equipes das unidades, favorecendo a mudança da lógica do encaminhamento verticalizado, compartimentalizado para a horizontalidade dos saberes nas equipes de saúde;
3. Fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional/interdisciplinar;
4. Favorecer a apropriação do conhecimento das abordagens e práticas grupais e oficinas (socioeducativas, focais, operativas, terapêuticas, entre outras);
5. Propiciar e criar estratégias para a integração ensino-serviço-comunidade, estabelecendo novo cenário de prática para os profissionais da reabilitação e favorecendo a mudança na formação acadêmica;
6. Propiciar a educação permanente em serviço;
7. Favorecer a integração das ações da reabilitação aos outros equipamentos do território (escolas, creches, igrejas, associações, áreas de esporte e lazer, teatros).

### 3.2. O envelhecimento e medicamentos

A doença e os medicamentos estão presentes no cotidiano das pessoas idosas. As alternativas para gerenciar essa situação são muito particulares. A utilização criteriosa e cautelosa dos medicamentos, sua correta utilização (dose, tipo e

intervalos) e a orientação adequada das pessoas idosas e seus familiares são alguns dos elementos essenciais na manutenção da qualidade de vida do idoso.

### **3.2.1. O uso de medicamentos pelas pessoas idosas e a prática clínica**

A administração de medicamentos em qualquer faixa etária pode gerar reações indesejadas (não intencionais), entretanto, a incidência dessas aumenta proporcionalmente com a idade.

A complexidade do regime terapêutico, o excesso de medicamentos prescritos, a duração do tratamento, o déficit de informações (doença e medicamentos) e os distúrbios (cardiovasculares, hepáticos e renais) são alguns dos fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos. As interações medicamentosas são causas especiais de reações adversas em que os efeitos farmacológicos de um medicamento podem ser alterados por outro(s) quando administrados concomitantemente.

A coadministração de um agente farmacológico pode interferir no perfil farmacocinético do outro e alterar a absorção, competir por sítios de ligação nas proteínas plasmáticas, modificar o metabolismo pela indução ou inibição enzimática ou ainda alterar a taxa de eliminação.

A interação medicamentosa é um fator que afeta o resultado terapêutico e que, muitas vezes, pode ser prevenida com reajuste de dose, intervalo de 1-2h entre as administrações dos medicamentos e a monitorização cuidadosa da pessoa idosa.

É bastante frequente a prescrição de medicamentos com a finalidade de corrigir efeitos colaterais provenientes de outros agentes administrados anteriormente, que podem levar a uma cadeia de reações indesejáveis, a chamada cascata iatrogênica. O diagnóstico das complicações medicamentosas é bastante difícil, pois os sintomas são, às vezes, inespecíficos. Na dúvida, a melhor conduta é a suspensão do medicamento. A tarefa dos profissionais que assistem ao idoso é “aprender” a lidar com as limitações decorrentes da senescência, educar e orientar os cuidadores para o estabelecimento de uma parceria, adotar esquemas terapêuticos simples e, finalmente, maximizar a eficiência terapêutica do medicamento, minimizando o surgimento de eventos adversos.



### **3.2.2. Polifarmácia**

Polifarmácia é o termo usado para descrever a situação em que vários medicamentos são prescritos simultaneamente, sendo uma prática clínica comum nas pessoas idosas. É um tipo de tratamento personalizado em que os medicamentos prescritos podem ser controlados (em relação à dose e efeitos colaterais) pelo próprio clínico. Entretanto, é fundamental o conhecimento do profissional em relação aos aspectos farmacocinéticos e farmacodinâmicos dos medicamentos.

A ocorrência da polifarmácia pode ser explicada pelo número de doenças crônicas que acometem os idosos, elevada incidência de sintomas e a realização de consulta e tratamento com especialistas diferentes.

A administração de vários medicamentos também pode ser feita por meio da prescrição de agentes farmacológicos, que contenham dois ou mais princípios ativos (associações), por exemplo: uma pessoa recebe um anti-hipertensivo (composto de um diurético e um beta-bloqueador) e um analgésico potente (composto de um agente antiinflamatório não esteroidal e um opioíde). Assim, a somatória do número de medicamentos consumidos é igual a quatro. Portanto, da mesma forma que a polifarmácia, a administração de medicamentos associados possibilita a ocorrência de reações adversas e, muitas vezes, decorrentes das interações entre esses agentes.

Os medicamentos mais comumente utilizados pelos idosos são os que atuam no sistema cardiovascular (anti-hipertensivos, diuréticos, digitálicos e anticoagulantes) – que representam, aproximadamente, 45% das prescrições – os de ação no trato gastrointestinal (antiácidos, laxativos) e os ansiolíticos. Cabe ressaltar que os idosos são grandes consumidores de analgésicos pertencentes à classe dos antiinflamatórios não-esteróides. Esse fato, associado ao declínio da função renal, pode desencadear distúrbios nesse órgão e prejudicar a excreção de outros medicamentos.

Os fármacos que atuam no sistema cardiovascular, no sistema nervoso central, os anticoagulantes, antibióticos e analgésicos são considerados os principais agentes iatrogênicos.

Essa questão torna-se ainda mais importante quando a pessoa idosa é atendida por diferentes especialistas, cada qual fornecendo uma prescrição específica sem

considerar possíveis e frequentes duplicações e as interações medicamentosas. A principal consequência dessa atenção desintegrada é a ocorrência de iatrogênia.

Um papel especial do profissional na Atenção Básica é juntar as intervenções realizadas pelos especialistas, evitando duplicação desnecessária de exames, procedimentos e medicamentos.

Para evitar as duplicações e as interações medicamentosas, o médico da atenção básica deve elaborar um esquema terapêutico simplificado, com dosagens adequadas, e aquelas potencialmente interativas devem ser substituídas, procurando o máximo efeito terapêutico com o mínimo de drogas e de efeitos adversos.

### **3.2.3. Considerações sobre a prescrição de medicamentos na Atenção Básica**

Antes de prescrever algum medicamento, é importante que o profissional se questione:

- 1) É realmente necessária a utilização de um fármaco para modificar o curso clínico desse problema?
- 2) Qual fármaco indicar?
- 3) Como deve ser administrado esse fármaco? O idoso ou seu cuidador tem condição de assimilar essas informações?
- 4) O idoso está usando outro fármaco?
- 5) Quais os efeitos esperados desse fármaco?
- 6) O fármaco poderá ser utilizado para outros fins que não os da prescrição?
- 7) Os medicamentos prescritos estão disponíveis no Sistema Único de Saúde?

Alguns preceitos gerais pronunciados pelo Professor Jairo Ramos na primeira edição do livro “Atualização Terapêutica”, há quase 50 anos, merecem ser lembrados:

- Não faça ao paciente aquilo que não gostaria que fizessem à você.
- Procure sempre estabelecer diagnóstico preciso antes de iniciar a terapêutica.
- Se o que está fazendo não surtiu efeito, saiba abandoná-lo no momento oportuno. Não seja um terapeuta teimoso.
- Se o que está fazendo é útil e eficaz, continue a fazê-lo. Não seja um terapeuta nervoso.
- Se não souber o que deve ser feito, nada faça. Muitas doenças iatrogênicas são provocadas por profissionais que usam drogas poderosas apenas com o propósito de fazer alguma coisa.
- Prefira, sempre que possível, o uso de drogas de ação farmacocinética e farmacodinâmica bem conhecidas, com as quais tenha experiência sem se preocupar se os medicamentos são "novos" ou "velhos".

#### **3.2.4. Benzodiazepínicos: uso e abuso em pacientes idosos**

Os pacientes idosos apresentam mudanças fisiológicas intrínsecas senescências. A taxa metabólica dessa população é mais lenta e geralmente são medicados com mais de uma classe medicamentosa. Neste contexto, os efeitos adversos dos Benzodiazepínicos podem ser deletérios; assim, os benefícios esperados podem ser alterados. Apesar dos Benzodiazepínicos comporem uma classe de medicamentos relativamente seguros, seu uso abusivo e crônico pode gerar efeitos indesejáveis sobre cognição, função motora e suas diversas consequências nos idosos.

Segundo os Critérios de Beers, 2015, entre os fármacos que devem ser evitados em idosos, os benzodiazepínicos de curta, intermediária e longa duração estão elencados, pois os idosos têm sensibilidade aumentada e metabolismo diminuído, gerando um risco aumentado de:

- Declínio cognitivo;
- Delirium;
- Quedas;
- Fraturas;
- Acidentes de trânsito.

### **3.3. Ações educativas com pessoas idosas**

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

Um grupo é constituído a partir de interesses e temas comuns, com discussões de temas vivenciados no dia a dia. Permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade e, conseqüentemente, elevar a autoestima.

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.

Para organizar um grupo com pessoas idosas, a equipe de saúde deve estar mobilizada e planejar a atividade. Na divulgação do grupo, é essencial o envolvimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que, a partir das visitas domiciliares, podem incentivar a participação do público-alvo. Durante o grupo, os profissionais devem proporcionar aos participantes a oportunidade de formação e fortalecimento de amizades e o desenvolvimento do companheirismo, além de compartilhar e valorizar experiências vividas.

Um dos grandes desafios da promoção da saúde à pessoa idosa é o da aceitação do envelhecer e da cronicidade de algumas doenças. Os temas a serem abordados durante os grupos exigem uma abordagem do processo de aceitação, resgate da autonomia, participação e responsabilidades no tratamento. As temáticas e as atividades a serem propostas devem ser discutidas com os participantes de forma a estarem adequadas às demandas e às realidades locais.

O coordenador é a pessoa responsável pelo grupo, que organiza o encontro a partir do planejamento da equipe. É importante que no primeiro dia do grupo seja viabilizado um acordo ético de funcionamento entre os participantes, sendo feitas as pactuações necessárias como: horário de início e término, sigilo, entre outras.

A efetiva integração do grupo ocorre à medida que as pessoas se sentem tranquilas e seguras para transmitir suas intimidades numa rede de confiança mútua. Toda a equipe pode participar do grupo, tomando-se o devido cuidado para o número de profissionais não ser excessivo, pois isso pode vir a inibir a participação das pessoas. A atividade de grupo é mais uma das atividades da Unidade de Saúde que

não poderá parar para sua realização. Torna-se necessária a elaboração de um cronograma de participação dos membros da equipe. A postura dos profissionais é fundamental para o sucesso do grupo.

#### **3.4. Visita domiciliária (VD) à pessoa idosa**

É um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações. Busca articular promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a reestabelecer sua independência e a preservação de sua autonomia.

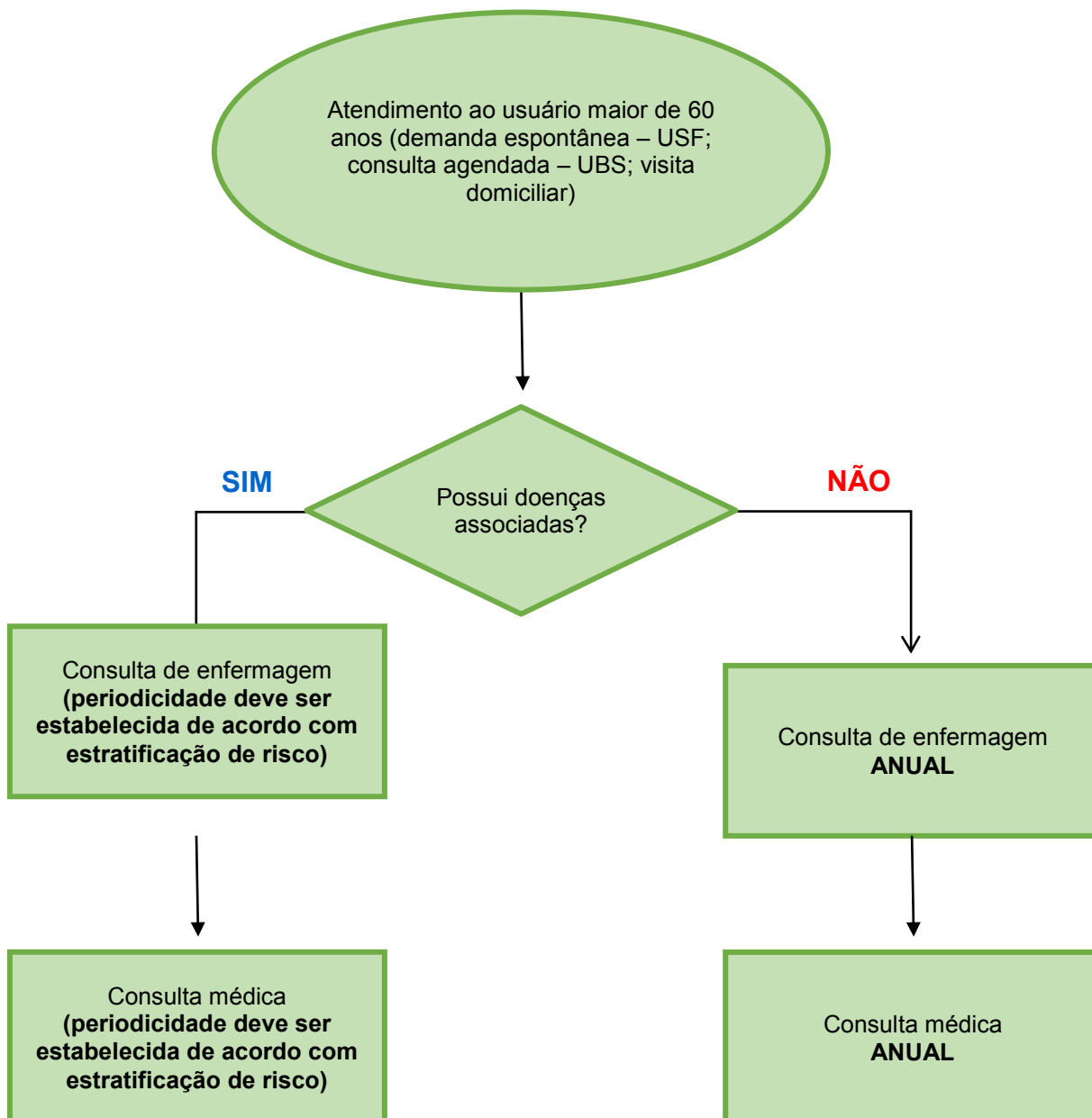
A visita domiciliária tem a finalidade de acompanhar a pessoa idosa e seu familiar no ambiente em que vivem, avaliando e estabelecendo um plano assistencial voltado à recuperação e ao autocuidado. Para isso, recomenda-se a utilização do Roteiro para observação do ambiente domiciliário (Anexo II).

Durante a visita, o profissional deve fornecer as orientações relativas aos cuidados necessários, que serão realizados por pessoa responsável pelo cuidado da pessoa idosa no contexto domiciliar.

A identificação de uma pessoa idosa que necessite de assistência domiciliar na Atenção Básica parte de sua situação clínica, juntamente ao grau de perda funcional, sendo competência da equipe definir quais as pessoas idosas que deverão ser visitadas com maior assiduidade pelos profissionais de equipe, como também qual a frequência desta visita. Portanto, cabe à equipe de saúde definir a periodicidade de visita de acordo com o diagnóstico de saúde do idoso.

## 4. ACOMPANHAMENTO GERONTO-GERIÁTRICO – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

### 4.1. Fluxograma de atendimento da pessoa idosa



## 4.2. Roteiro para a primeira consulta de enfermagem

### ENTREVISTA

- 1) Identificação: sexo, idade, estado civil (tempo), ocupação atual (tempo), profissão, escolaridade, conhecimento sobre sua saúde e os fatores de risco relacionados a agravos à saúde.
- 2) História atual e pregressa: queixa principal, doenças, tratamentos, cirurgias, internações, vícios, quedas, sintomatologia.
- 3) Imunização: verificar situação vacinal comprovada.
- 4) Uso de medicamentos: prescritos, autoadministrados, conhecimentos, dificuldades (econômica, deglutição, visual, memória, manipulação, outras).
- 5) Perfil fisiológico: aspectos cardiovasculares e metabólicos, nível pressórico, colesterol, triglicérides, glicemia de jejum.
- 6) Perfil nutricional: alimentação, composição, número de refeições, quem prepara a comida, conservação, deglutição e mastigação.
- 7) Aspectos sensoriais: acuidade auditiva e visual, paladar, olfato e tato.
- 8) Perfil psicológico:
  - a. Dependências (álcool, drogas, tabaco): realizar a aplicação da Ficha ASSIST (Anexo III);
  - b. Sono e repouso;
  - c. Cognição/memória: realizar a aplicação da Escala Mini-Mental para avaliação da cognição (Anexo IV).

**Importante: A Escala Mini-Mental não é indicada para idosos com nível superior.**
- 9) Perfil familiar:
  - a. Riscos familiares: obesidade, hipertensão, infarto, artrose, diabetes, câncer;
  - b. História familiar: utilizar o Genograma e Ecomapa para uma melhor compreensão e diagnóstico da família e sua relação com a comunidade a qual vive (Anexos V e VI) e/ou, o uso do Mapa Mínimo de Relações (Anexo VII);
  - c. Situação familiar: composição, necessidade/disponibilidade de cuidador.

10) Perfil socio-cultural:

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

11) Autocuidado:

- a. Atividades de vida diária;
- b. Hábitos de higiene corporal e bucal (frequência, dificuldades);
- c. Vestuários (adequação/temperatura ambiente, elásticos, autonomia);
- d. Importante aplicar a Escala de Barthel (Anexo IX).

12) Perfil de ambiente: tipo de moradia, utilização de tapetes, corrimão, banheira, iluminação, animais domésticos, condições de higiene e segurança.

13) Sexualidade: parceiro, dificuldades/queixas, sexo seguro, etc.

14) Hábito intestinal e urinário: frequência, queixas, perdas urinárias e/ou dificuldade de urinar e aspecto das eliminações.

## **EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO**

1) No exame físico da pessoa idosa, iniciar com a avaliação:

- a) Pressão arterial: em diferentes posições (sentada, deitada e em pé);
- b) Medidas antropométricas: peso, altura, estabelecer índice de massa corpórea e circunferência abdominal.

2) Após, dar sequência ao exame céfalo-caudal:

A) CABEÇA:

- a. Fácies: simetrias, cicatrizes, erupções da pele, lesões (pode sugerir doença renal ou disfunção glandular);
- b. Couro cabeludo: lesões, assimetrias, condições de higiene, etc;
- c. Olhos: acuidade visual, uso de óculos, sensibilidade à luz, edema, congestão, lacrimejamento, secura, catarata, movimentos extra-oculares, queda palpebral, movimentos não usuais, coloração da esclera, dentre outros. Para avaliação da acuidade visual, pode ser utilizada a Escala Optométrica de Snellen (Anexo X). Na ausência deste material, o enfermeiro pode solicitar 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;
- d. Ouvido: acuidade auditiva, cerúmen, secreções, dor, prurido, cuidados com o ouvido, etc. Para avaliar a acuidade auditiva, sugere-se o Teste do Sussuro (Anexo XI);
  - e. Nariz/narina: desvios, secreções, lesões, olfato, sangramento nasal, sensação de obstrução, dor e outros sintomas;
  - f. Cavidade oral: condições de dentição e/ou próteses, mucosa, odor à respiração, higiene, lesões, umidade, cor, infecções, etc.
- B) PESCOÇO: presença de nódulos, palpação da glândula tireóide e veias jugulares.
- C) PELE E ANEXOS: coloração, cicatrizes, icterícia, lesões/hidratação (turgor, xerodermia). Unhas: onicomicose, deformidades.
- D) TÓRAX:
- a. Forma, expansão simétrica durante a respiração, cicatrizes, anormalidades estruturais, etc.;
  - b. Ausculta cardíaca: frequência, ritmo, pulso apical, arritmias, sopros, etc.;
  - c. Ausculta pulmonar: frequência respiratória, ritmo, expansividade e ressonância - qualidade dos sons respiratórios (estertores, roncos e sibilos);
  - d. Mamas/mamilos: simetria, presença de massas/nódulos e secreções. Avaliar última realização de mamografia (faixa etária recomendada: 50 a 69 anos).
- E) ABDÔMEN:
- a. Inspeção: simetria, hérnias, cicatrizes, veias dilatadas, saliências, distensões, contrações fortes;
  - b. Ausculta: ruídos hidroaéreos e sons vasculares;
  - c. Palpação: massas, pulsações e órgãos (fígado, baço);
  - d. Percussão: timpânico e/ou maciço.
- F) APARELHO GENITOURINÁRIO:
- a. Avaliação da região escrotal: simetria dos testículos, dor e massas;

- b. Avaliação da próstata: urgência miccional, disúria;
  - c. Avaliação da região vulvar e vaginal: inflamações, presença de secreções, lesões e prolapso;
  - d. Avaliação perianal: fissuras, hemorróidas;
  - e. Coleta de citologia oncótica (Papanicolau). Avaliar última coleta citopatológica realizada (faixa etária recomendada: 25 a 64 anos);
  - f. Aparelho geniturinário masculino: avaliar a possibilidade de realizar o exame de toque retal anual e se necessário, mediante conduta médica, solicitar PSA.
- G) APARELHO MÚSCULO-ESQUELÉTICO (MMSS E MMII): postura, força muscular, claudicação, hemiparesias, deformidades, dor articular e uso de órtese / prótese.
- H) APARELHO VASCULAR PERIFÉRICO:
- a. Dilatação venosa, circulação colateral, engurgitamento jugular, varizes;
  - b. Pulso pedioso e perfusão periférica: enchimento capilar, cor e temperatura das extremidades;
  - c. Dor, claudicação intermitente, edema, cor, alterações cutâneas (pele fina, atrófica, lustrosa, queda de pelos, coloração acastanhada no terço inferior das pernas, dermatite, fibrose, úlcera).
- I) 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.
- 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 ao idoso 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: solicite para que o idoso caminhe e observe sua marcha e postura. Sua avaliação é indispensável no exame neurológico. Consultar a Avaliação do risco de queda (Anexo XII).
- J) AVALIAÇÃO FUNCIONAL: A Política Nacional de Saúde da Pessoa preconiza a avaliação funcional da pessoa idosa, ação fundamental que determinará não só o comprometimento funcional do idoso, mas sua necessidade de auxílio. Pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva os níveis no qual uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas utilizando diferentes habilidades. Representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Caso não seja capaz, aponta se essa necessidade de ajuda é parcial, em maior ou menor grau, ou total. Usualmente, utiliza-se a avaliação no desempenho das atividades cotidianas ou atividades de vida diária. As atividades estão subdivididas em:
- I. Atividades de Vida Diária (AVD): que são as relacionadas ao autocuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las. São elas:
    - a. Alimentar-se;
    - b. Banhar-se;
    - c. Vestir-se;
    - d. Mobilizar-se;
    - e. Deambular;
    - f. Ir ao banheiro.
    - g. Manter controle sobre suas necessidades fisiológicas.

II. Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD): que são as relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade. São elas:

- a. Utilizar meios de transporte;
- b. Manipular medicamentos;
- c. Realizar compras;
- d. Realizar tarefas domésticas leves e pesadas;
- e. Utilizar o telefone;
- f. Preparar refeições;
- g. Cuidar das próprias finanças.

O Índice de Katz (Anexo XIII) foi planejado para medir a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente e, assim, determinar as necessárias intervenções de reabilitação. Posteriormente, Lawton propôs outro instrumento com o intuito de avaliar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) – Escala de Lawton (Anexo XIV), consideradas mais complexas e cuja independência para desempenho está diretamente relacionada com a capacidade de vida comunitária independente. A capacidade em realizá-las torna as pessoas idosas mais autoconfiantes para a vida em comunidade.

#### 4.3. Avaliação laboratorial

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

##### Exames a serem solicitados pelo enfermeiro

Hemograma completo	Proteína Total e Frações
Uréia	Gama GT
Creatinina	TGO/TGP
Lipidograma (colesterol total e frações/triglicérides)	TSH
Ionograma (principalmente sódio, potássio e cálcio)	Urina I
Glicemia em jejum	Cálcio e Vitamina D (idosos com histórico de osteoporose)
Ácido úrico	

**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.

#### **4.4. Consulta de enfermagem para acompanhamento**

Nas consultas de enfermagem subsequentes, pode ser utilizado um instrumento para avaliação rápida que tem como objetivo identificar problemas de saúde: a Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa (Anexo XV).

Após a detecção dos problemas, os mesmos deverão ser investigados posteriormente. Caso seja necessário, o enfermeiro poderá discutir os problemas identificados com os outros profissionais da equipe de saúde e, se necessário, envolver a equipe do NASF, definindo assim as condutas mais adequadas.

**É importante lembrar:** Nada substitui a escuta qualificada realizada por profissional de saúde habilitado e a investigação de todos os aspectos (familiares, sociais, culturais, econômicos, afetivos, biológicos) que envolvem a vida da pessoa idosa.

#### **Orientações 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;
- Imunização;
- Participação em ações de socialização e exercício da cidadania;
- Recursos comunitários;
- Sexualidade.

#### **4.5. Consulta de enfermagem – Avaliação dos agravos em saúde**

##### **4.5.1. 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 ambiente residencial pode aumentar o

risco de quedas e deve ser observado pelo enfermeiro no momento da visita domiciliar, conforme estabelecido anteriormente.

Presença de escadas, ausência de sinalização de término de degraus, ausência de corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos, obstáculos, fios elétricos e pisos mal conservados no local de circulação são alguns dos riscos que podem ser observados, prevenindo assim riscos futuros. Em todas as consultas, o enfermeiro deve questionar o idoso sobre a ocorrência e frequência das quedas.

As causas mais comuns relacionadas às quedas de pessoas idosas são:

- Relacionadas ao ambiente;
- Fraqueza / distúrbios de equilíbrio e marcha;
- Tontura / vertigem;
- Alteração postural / hipotensão ortostática;
- Lesão no SNC;
- Síncope;
- Redução da visão;
- Interação medicamentosa.

A influência dos fatores ambientais no risco de quedas associa-se ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa. Alguns fatores como ausência de reflexos de proteção, desnutrição e dificuldade para se levantar após a queda podem agravar a lesão quando a queda ocorrer.

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.

A avaliação da queda envolve aspectos biológicos, físico-funcionais, cognitivos e psicossociais. Devem ser levantados dados relacionados:

- Ao contexto e mecanismo das quedas;
- Às condições clínicas da pessoa idosa, considerando as doenças crônicas e agudas;
- A medicação em uso (prescritas ou automedicadas).

Durante a consulta de enfermagem ou VD, o enfermeiro deverá utilizar a Avaliação Multidimensional Rápida da pessoa idosa (Anexo XV) e o Teste para Avaliação do

Risco de Quedas (Anexo XII), a fim de ter um instrumento auxiliar na identificação do risco de quedas.

#### **4.5.2. Demências**

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

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

A demência produz um declínio apreciável no funcionamento intelectual que interfere com as atividades diárias, como higiene pessoal, vestimenta, alimentação e atividades fisiológicas. No meio familiar, provoca diversas mudanças, entre elas: socioeconômicas, rompimento da inter-relação do idoso com o familiar, influência à instalação da doença, contribuição para a piora ou agravamento das doenças já instaladas, alteração da dinâmica familiar devido a perda da autonomia e independência do idoso, ou seja, acontecem alterações biopsicossociais tanto no idoso como no cuidador/familiar, portanto o apoio terapêutico é indispensável para a pessoa idosa e seus cuidadores/familiares.

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. A seguir, serão apresentados os tipos mais comuns de demências irreversíveis, assim como suas características principais:

- Doença de Alzheimer:

Início insidioso, perda de memória e declínio cognitivo lento e progressivo. A pessoa apresenta dificuldade para se lembrar de fatos recentes e para aprender coisas novas, e se lembra 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.

O idoso com um possível transtorno da memória deve ser submetido a uma investigação clínica e cognitiva. O enfermeiro deve estar atento para as causas de demências reversíveis (neurológicas, infecciosas, endócrinas, nutricionais, alcoolismo crônico) que se tratadas precocemente, podem reverter o quadro demencial.

**Tratamento:**

O tratamento dos idosos com demência deve ser iniciado assim que é feito o diagnóstico. Após avaliação na unidade de saúde, a pessoa idosa com suspeita de demência deverá ser encaminhada para a atenção especializada, respeitando-se os fluxos de referência e contra-referência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento.

O tratamento específico para a doença de Alzheimer visa diminuir sua progressão e retardar ou minimizar os sintomas comportamentais das pessoas que, apesar do tratamento, irão piorar progressivamente. Portanto, é de fundamental importância orientar e dar apoio aos familiares do idoso.



### **Intervenção não farmacológica:**

Trata-se de um suporte que pode ser oferecido por equipe multidisciplinar que tem sido extremamente valorizado pela comunidade científica mundial. Alguns instrumentos de avaliação são fundamentais para nortear as ações sistematizadas de enfermagem e, além disso, permitem e facilitam a prática.

O Mini Exame do Estado Mental - MEEM (Anexo IV) possibilita um breve rastreio do comprometimento cognitivo, permitindo orientações quanto ao adequado estímulo às funções que ainda encontram-se preservadas.

O Índice de Katz (Anexo XIII) avalia as dependências para atividades de vida diária que envolvem o auto cuidado, oferecendo um bom parâmetro para as intervenções de enfermagem neste nível de comprometimento.

Lembrando que os instrumentos de avaliação mencionados são aplicados para os idosos que possuem o diagnóstico de demência.

#### **4.5.3. Incontinência urinária**

A presença de incontinência urinária deve ser avaliada, pois cerca de 30% das pessoas idosas não institucionalizadas costumam apresentá-la e nem sempre a referem na avaliação clínica, seja por vergonha ou por acharem ser normal no processo de envelhecimento. A frequência e a importância do evento estão associadas às repercussões emocionais e sociais. Muitas das causas são reversíveis, como o delírio, restrição de mobilidade, retenção urinária voluntária, infecção e efeito medicamentoso, e devem ser investigadas.

A incontinência urinária pode restringir a independência da pessoa idosa, assim como comprometer sua aceitação social e convívio familiar. O enfermeiro deve incentivar a pessoa idosa a conversar sobre os problemas da incontinência e encorajá-la a procurar tratamento específico. 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 o idoso adequadamente vestido, não em trajes de dormir, pois assim melhora a autoestima e a pessoa sente-se

estimulada a manter a continência urinária.

- Facilitar a locomoção da pessoa idosa até o banheiro, eliminando escadas, móveis 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.
- Estimular a 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 a 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). No caso de idosos acamados, colocar à sua disposição e em locais próximos, dispositivos coletores de urina como comadres e papagaios.
- 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.

#### **4.5.4. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos.

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 esteroides, descongestionantes nasais e antidepressivos tricíclicos, que podem vir a interferir nos valores pressóricos.

O objetivo do tratamento ao usuário hipertenso é a redução gradual da pressão arterial para valores abaixo de 140/90mmHg (segundo as VI Diretrizes 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 reforçado em todas as consultas.

O enfermeiro deve orientar o idoso quanto ao excesso de peso, evitar o consumo de álcool, parar de fumar, reduzir a ingestão de sal, não consumir alimentos ricos em potássio, magnésio e cálcio (são encontrados nas frutas, vegetais e derivados do leite), reduzir o consumo de gordura saturada e incentivar o aumento da atividade física.

a) Valores de referência

- Pressão arterial normal: pacientes com pressão sistólica menor que 120 mmHg e pressão diastólica menor que 80 mmHg;
- Pré-hipertensão: pacientes com pressão sistólica entre 120 e 129 mmHg ou pressão diastólica menor que 80 mmHg;
- Hipertensão estágio 1: pacientes com pressão sistólica entre 130 e 139 mmHg ou pressão diastólica entre 80 e 89 mmHg;
- Hipertensão estágio 2: pacientes com pressão sistólica acima de 140 mmHg ou pressão diastólica acima de 90 mmHg;
- Crise hipertensiva: pacientes com pressão sistólica acima de 180 mmHg ou pressão diastólica acima de 110 mmHg.

#### **4.5.5. Diabetes Mellitus**

O cuidado integral ao idoso com Diabetes Mellitus (DM) e suas complicações é um desafio para a equipe de saúde, especialmente no sentido de ajudar a pessoa a conviver com essa doença crônica, que requer mudanças de modo de viver, envolvendo a vida de seus familiares e amigos, na casa e no ambiente de trabalho.

O Diabetes Mellitus é uma doença comum e de incidência crescente que aumenta com a idade. Na pessoa idosa, a forma mais frequente de apresentação do DM é um

achado casual devido a uma doença intercorrente (habitualmente infecções), uma manifestação de complicação típica do diabetes a longo prazo (doença cerebrovascular, infarto do miocárdio, arteriopatia periférica), um exame de saúde ou um exame de glicemia não diretamente relacionado com a suspeita de diabetes. Outras formas de apresentação são aumento da sede (polidipsia), aumento da micção (poliúria), aumento do apetite (polifagia), fadiga, visão turva, infecções que curam lentamente e impotência em homens.

Os profissionais devem ficar atentos, pois frequentemente os sintomas iniciais de DM são anormalidades neurológicas ou neuropatias, tanto cranianas como periférica.

O idoso apresenta particularidades que o profissional de saúde deve levar em conta para lhe proporcionar 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.

Na elaboração de um programa terapêutico 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 de diabetes na pessoa idosa é fundamental, podendo ser alcançado por meio de educação alimentar, atividades físicas e adesão medicamentosa. Inicialmente, recomenda-se dieta e exercício, e somente se isso não for suficiente cogita-se o uso de medicação. Importante envolver a equipe do NASF sempre que necessário.

a) Valores de referência

<b>Categorias</b>	<b>Jejum*</b>	<b>2h após 75g de glicose</b>	<b>Casual**</b>
<b>Glicemia de jejum alterada</b>	Entre 110mg/dl e 126mg/dl	Menor que 140mg/dl	
<b>Tolerância à glicose diminuída</b>	Menor que 126mg/dl	Entre 140 e 200	
<b>Diabetes mellitus</b>	Maior ou igual a 126mg/dl	Maior que 200	Maior ou igual a 200 (com sintomas clássicos***)

\*Jejum: definido como a falta de ingestão calórica de no mínimo 8 horas.\*\*Glicemia casual: definida como a glicemia realizada em qualquer hora do dia, sem observar o intervalo da última refeição.

\*\*\*Sintomas clássicos: podem incluir poliúria, polidipsia e perda inexplicada de peso.

#### **4.5.6. Osteoporose**

A osteoporose é definida como uma doença sistêmica progressiva que leva à uma desordem esquelética caracterizada por força óssea comprometida, predispondo a um aumento do risco de fratura. As consequências das fraturas nas pessoas idosas são frequentemente acompanhadas por: trauma psicológico, perda da autoconfiança, diminuição das atividades, aumento das complicações circulatórias, pulmonares, osteoarticulares, isolamento social e imobilidade. A osteoporose é uma doença assintomática e geralmente o primeiro sinal é a fratura, que representa o agravamento da doença, sendo mais frequentes as da coluna lombar, colo do fêmur e 1/3 médio do rádio.

Fatores de risco para osteoporose e fraturas ósseas:

- Fratura anterior causada por pequeno trauma;
- Sexo feminino;
- Baixa massa óssea;
- Raça branca ou asiática;
- Idade avançada em ambos os sexos;
- História familiar de osteoporose ou fratura do colo do fêmur;
- Menopausa precoce (antes dos 40 anos);
- Uso de corticóides;
- Estatura;
- Peso corporal;
- Hipercifose dorsal;
- Abdômen protuso;
- Outras deformidades esqueléticas;
- Sinais físicos de doenças associadas à osteoporose como, por exemplo, exoftalmia (hipertireoidismo), deformidades e edema articular (artrite reumatoide).

#### **Intervenções**

É necessário adotar, diariamente, uma alimentação equilibrada, voltada para a oferta dos componentes (oligo-elementos) essenciais na síntese óssea, como as calorías, o cálcio, a pró-vitamina D, o magnésio, zinco, boro, vitamina K e vitamina C.

- **Cálcio**

A necessidade diária de cálcio nas pessoas idosas é de 1200 mg por dia. Para mulheres com osteoporose, é preconizado o consumo de 1500 mg ao dia. Feijões, leites, iogurtes e queijos são exemplos de alimentos que contêm grande quantidade de cálcio em sua composição.

- **Vitamina D**

A vitamina D pode ser adquirida por meio da alimentação, medicação e exposição ao sol, no mínimo 15 minutos, em horários adequados (início da manhã e final da tarde). Os principais alimentos que são fontes de vitamina D são as carnes, peixes, ovos, leites, fígados e queijos.

- **Práticas corporais/atividades físicas**

Hábitos saudáveis, como uma regular prática corporal/atividade física, são de grande importância para a manutenção da densidade mineral óssea e para o tratamento da osteoporose. Nas pessoas idosas onde a osteoporose está estabelecida, deve-se evitar exercícios de alto impacto, pois podem acarretar riscos de fraturas. Além dos efeitos benéficos sobre o tecido ósseo, uma regular prática corporal/atividade física melhora o equilíbrio, a elasticidade e a força muscular que, em conjunto, diminuem os riscos de quedas e, conseqüentemente, de fraturas.

### **Medicamentos**

O tratamento da osteoporose é essencialmente de longa duração. Pessoas com massa óssea estável ou com ganhos devem ser encorajadas a continuar o tratamento. A decisão final sobre a duração e o tipo da terapia deve basear-se no julgamento clínico e individualizado de cada caso, considerando suas características, necessidades e possibilidades.

#### **4.5.7. Violência**

A violência é um problema social de grande dimensão que afeta toda a sociedade. 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 a pessoa idosa. Existem condições particulares, individuais, familiares ou coletivas que aumentam o risco de ocorrência de violência intrafamiliar. A pessoa idosa torna-se mais vulnerável à violência na medida em que apresenta maior dependência física ou mental. A violência pode se manifestar das seguintes formas:



### FÍSICA

Podem ser atos únicos, repetitivos ou situação prolongada. Inclui qualquer restrição ou confinamento impróprio que provoque dor ou lesões corporais. As consequências deste tipo abrangem 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 e aos desejos do idoso, negação do acesso a amigos, 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 as 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.

Estudos mostram que, quanto mais idosa e mais dependente for a pessoa idosa, maior seu risco de ser vítima de violência. A pessoa idosa geralmente tem dificuldade em denunciar a violência a que está sendo submetida por receio ou vergonha. Dessa forma, os profissionais de saúde têm um papel fundamental na

interrupção desse ciclo, tornando-se mais alertas à detecção de sinais e sintomas que possam denunciar tais situações.

O papel do profissional de enfermagem na assistência à pessoa idosa é de extrema relevância. A habilidade na detecção de maus tratos requer treinamento e atenção para o problema, sem os quais situações óbvias de abuso possam não ser detectadas. Mais importante do que confirmar a ocorrência de violência ou atribuir culpa a alguém é fornecer suporte ao idoso à sua família para que possa prover os cuidados de maneira adequada.

No caso de suspeitas, realizar visitas domiciliares junto com assistente social da equipe do NASF para recolher maiores informações. Quando confirmada a violência, o enfermeiro deve buscar apoio da equipe multiprofissional, pois a assistência prestada tanto ao idoso violentado como à família deve ser integral e interdisciplinar. Atenção psicológica é fundamental nessas situações. Os esforços devem ser concentrados para manter, dentro do possível, a pessoa idosa no ambiente domiciliar.

Todo caso suspeito ou confirmado de violência contra a pessoa idosa deve ser notificado, utilizando-se a Ficha de notificação/investigação individual – Violência doméstica, sexual e/ou outras violências (Anexo XVI).



### ANEXO I - Avaliação da fragilidade na pessoa idosa

COMPONENTE	QUESTÃO
<b>FADIGA</b>	Quanto tempo, durante as últimas 4 semanas, você se sentiu cansado (a)? R: <b>Todo o tempo, na maior parte do tempo = 1 ponto</b>
<b>RESISTÊNCIA</b>	Sozinho e sem usar ajuda, você tem alguma dificuldade em subir 10 degraus sem descansar? R: <b>Sim = 1 ponto</b>
<b>DEAMBULAÇÃO</b>	Sozinho e sem ajuda, você tem alguma dificuldade para caminhar várias centenas de metros? R: <b>Sim = 1 ponto</b>
<b>DOENÇA</b>	Algum médico já disse que você tem alguma doença? Como, hipertensão, diabetes, etc. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>0 a 4 doenças = 0 pontos</b></li> <li>• <b>5 ou mais = 1 ponto</b></li> </ul>
<b>PERDA DE PESO</b>	Você sentiu que perdeu peso no último ano sem fazer esforço/dieta? Mais do que 4 quilos? R: <b>Se sim, marcar 1 ponto.</b>

#### PONTUAÇÃO:

- Não frágil: 0 ponto
- Pré-frágil: 1-2 pontos
- Frágil: 3-5 pontos



## ANEXO II - Roteiro para observação do ambiente domiciliário

LOCAL	AVALIAÇÃO
ÁREAS DE LOCOMOÇÃO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Áreas de locomoção desimpedidas</li><li>• Barras de apoio</li><li>• Revestimentos: uniformes ou tapetes bem fixos</li></ul>
ILUMINAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumentar a intensidade de 2 a 3 vezes, especialmente no banheiro e nas escadas, usar luz fluorescente</li><li>• Suficiente para clarear toda a superfície da marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus</li><li>• Utilizar luzes noturnas e luminárias com base segura</li><li>• Distribuir os interruptores por lugares fáceis de notar</li><li>• Sentinela: iluminando o quarto, o corredor e o banheiro</li><li>• Embutir fios dos aparelhos ou fixá-los</li><li>• Iluminação exterior: suficiente para iluminar toda a entrada exterior</li><li>• Cama com luz indireta</li></ul>
QUARTO DE DORMIR	<ul style="list-style-type: none"><li>• Guarda-roupa: cabides facilmente acessíveis</li><li>• Cadeira, permitindo sentar para se vestir</li><li>• Controle de luz e telefone ao lado da cama</li><li>• Cama de altura adequada (45 cm); colchão firme</li></ul>
BANHEIRO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Área do chuveiro, antiderrapante, cadeira de banho</li><li>• Lavabo, facilmente acessível e bem fixo</li><li>• Aumento da altura do vaso sanitário</li><li>• Barras de apoio laterais e paralelas ao vaso</li><li>• Box, abertura fácil, cortina bem firme</li></ul>
COZINHA	<ul style="list-style-type: none"><li>• Armários: baixos, sem necessidade de uso de escadas</li><li>• Pia e que permita a entrada de cadeira de roda se necessário, sem vazamento</li></ul>
ESCALA	<ul style="list-style-type: none"><li>• Revestimento antiderrapante, marcação do primeiro e último degrau com faixa amarela</li><li>• Interruptores no início e no final da escada</li><li>• Identificação das bordas dos degraus com faixa amarela</li><li>• Corrimão bilateral e sólido, observar a distância da parede, o contraste da cor e o diâmetro</li><li>• Corrimão que se prolonga além do primeiro e do último degrau</li><li>• Espelho do degrau fechado, com lixas antiderrapantes</li><li>• Uniformidade dos degraus, altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes</li></ul>
SALA	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disposição dos móveis para facilitar a circulação, sofás e cadeiras firmes e com braços</li></ul>



### ANEXO III - ASSIST

Atividade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

#### ASSIST – OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? <i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i>	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? <i>(primeira droga, segunda droga, etc.)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

#### QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO

#### POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodka, vermouthes, caninha, rum tequila, gin)
- maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- outras – especificar:

#### DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- -Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou éxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7



5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS	
					6	7
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8	
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8	
c. maconha	0	5	6	7	8	
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8	
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8	
f. inalantes	0	5	6	7	8	
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8	
h. alucinógenos	0	5	6	7	8	
i. opióides	0	5	6	7	8	
j. outras, especificar	0	5	6	7	8	

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) e não conseguiu?	NÃO NUNCA	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Estimulantes tipo anfetamina		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos / sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Nome:	
Endereço:	Cep:
Telefone:	E-mail:

FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)?	NÃO NUNCA	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)		
NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

### ANEXO IV - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Teste utilizado para avaliação da função cognitiva. Rápido (em torno de 10 minutos) e 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 sim para indicar quais funções devem ser melhor investigadas.

<b>Orientação temporal</b> (0 a 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	1
		Semestre	1
		Mês	1
		Dia	1
		Dia da semana	1
<b>Orientação espacial</b> (0 a 5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1
		Cidade	1
		Bairro	1
		Rua	1
		Local	1
<b>Repita as palavras</b> (0 a 3 pontos)	Peça a pessoa idosa para repetir as palavras; depois de dizê-las, repita os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições).	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
<b>Cálculo</b>	O(a) senhor(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a)	1
		Não (vá para 4b)	1
<b>Cálculo</b> (0 a 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	1
		86	1
		79	1
		72	1
		65	1
<b>Cálculo</b> (0 a 5 pontos)	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente.	O	1
		D	1
		N	1
		U	1
		M	1
<b>Memorização</b>	Repita as palavras que disse há pouco.	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
<b>Linguagem</b> (0 a 2 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los.	Relógio	1
		Caneta	1
<b>Linguagem</b> (1 ponto)	Repita a frase.	Nem aqui, nem ali, nem lá	1



<b>Linguagem</b> (0 a 2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios.	Pegue o papel com a mão direita	1
		Dobre-o ao meio	1
		Ponha-o no chão	1
<b>Linguagem</b> (1 ponto)	Escreva em um papel: "Feche os olhos". Peça à pessoa idosa para que leia a ordem e a execute.	Feche os olhos	1
<b>Linguagem</b> (1 ponto)	Peça à pessoa idosa para escrever uma frase completa.		1
<b>Linguagem</b> (1 ponto)	Copie o desenho.		1

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

PONTUAÇÃO	ESCOLARIDADE
<b>30</b>	<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>
> ou igual a 28	8 ou mais anos de escolaridade
< ou igual a 24	4 a 7 anos de escolaridade
< ou igual a 23	1 a 3 anos de escolaridade
< ou igual a 18	Analfabeto

**Providências com os achados/resultados:**  
 Scores 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.

## **ANEXO V - Genograma**

O Genograma ou a Árvore Familiar é um método de coleta, armazenamento e processamento de informações sobre a família, sendo 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.).

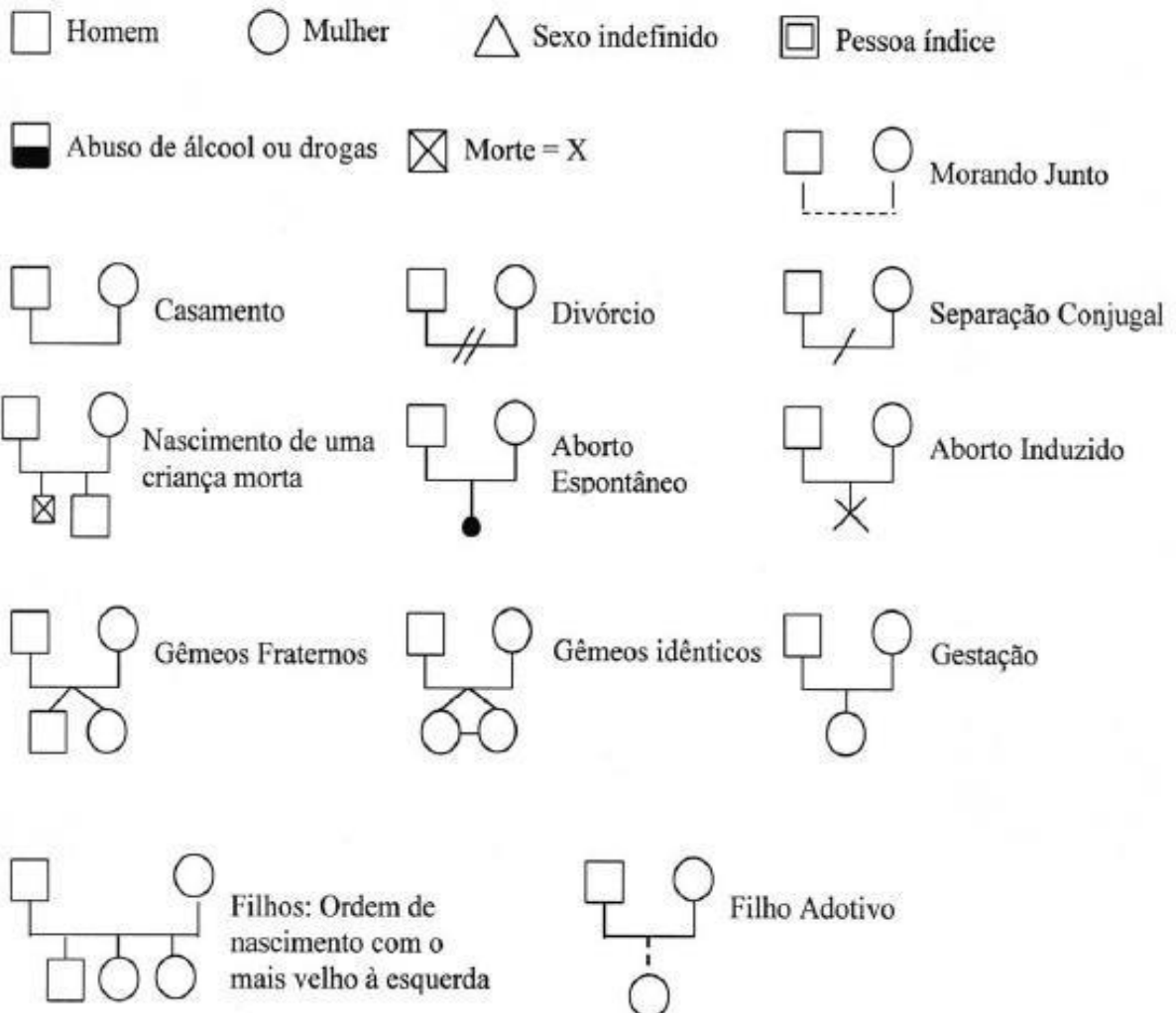
É importante que estejam anotadas todas as informações relevantes à história da saúde, doença de todos os familiares, em especial as doenças crônico-degenerativas e os hábitos, sejam eles saudáveis ou não. Por exemplo: anotar os tabagistas, os que fazem uso abusivo de bebidas alcoólicas, mas também os que



fazem alguma prática corporal/atividade física, porque potencialmente podem ser chaves para a contribuírem com mudanças de hábitos positivos no grupo familiar. Também devem ser anotados os 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





## ANEXO VI - Ecomapa: Avaliação dos recursos familiares e comunitários

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 delinea 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 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 poderá auxiliar em muito no planejamento assistencial.


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

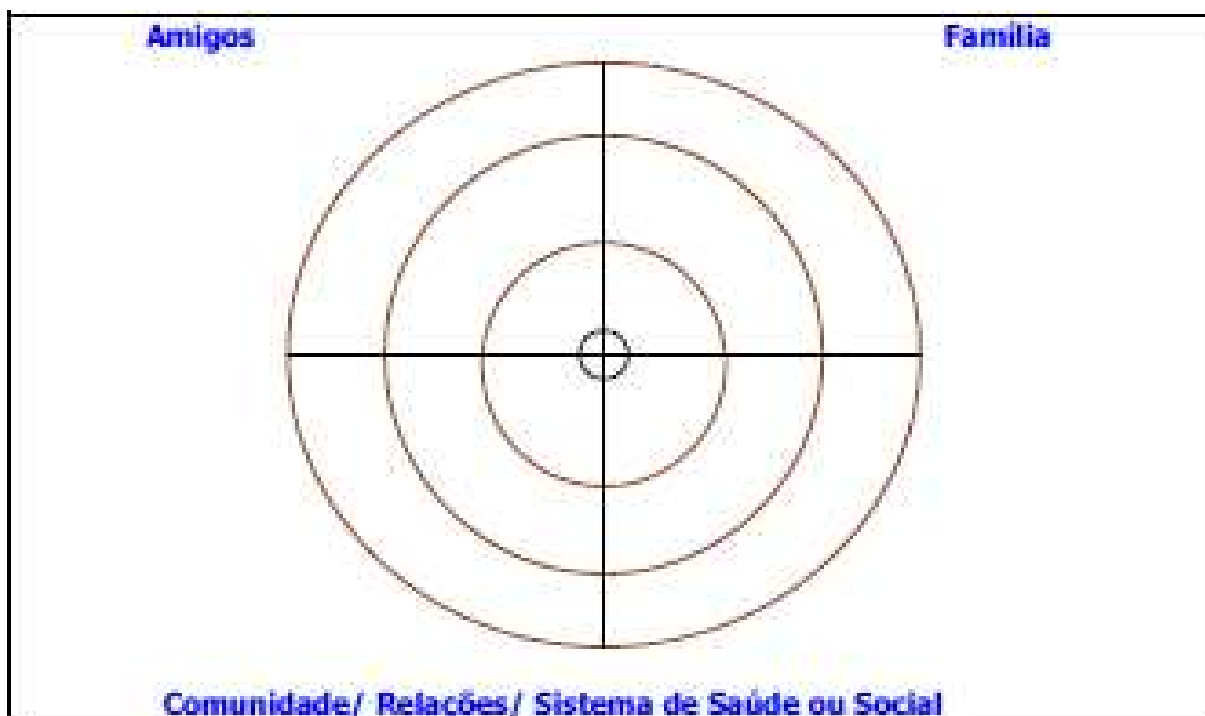
Vínculos estressantes 

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



### ANEXO VII - 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.

#### Observação:

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

#### 1. Quem o(a) visita?

- i. Quais as pessoas que o(a) visitam pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?
- ii. Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que o(a) visitam pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?
- iii. 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?

- i. Com quem o(a) senhor(a) pode contar, caso deseje ou precise para lhe fazer companhia pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?
- ii. Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que lhe fazem companhia pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?
- iii. 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 auxílio para serviços domésticos, quem o(a) auxiliaria?

- i. A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como: arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?
- ii. 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: arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?
- iii. 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: arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por ano (muito pouco frequentemente)?

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

- i. A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria, se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como: trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar, ou se deitar, pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?
- ii. 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: trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar, ou se deitar, pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?
- iii. 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: 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?**

- i. 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)?
- ii. 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)?
- iii. 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: \_\_\_\_\_

**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:** Vizinhos

**(\*):** 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:** Vizinhos

**ED:** Empregada doméstica

**PS:** Prestadores de serviço

**O:** Outros



## ANEXO VIII - Escala de depressão de Yesavage

### ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

1. Satisfeito(a) com a vida? **(não)**
2. Interrompeu muitas vezes suas atividades? **(sim)**
3. Acho 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? **(sim)**
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? **(sim)**
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: \_\_\_\_\_



## ANEXO IX - Escala de Barthel

### Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
<b>ALIMENTAÇÃO</b> 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
<b>BANHO</b> 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
<b>ATIVIDADES ROTINEIRAS</b> 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
<b>VESTIR-SE</b> 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)	
<b>INTESTINO</b> 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
<b>SISTEMA URINÁRIO</b> 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	
<b>USO DO TOILET</b> 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente ( pentear-se, limpar-se)	
<b>TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA)</b> 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente	
<b>MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS)</b> 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros	
<b>ESCADAS</b> 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente	

## **PONTUAÇÃO**

**TOTAL (0–100):**

### **Orientações:**

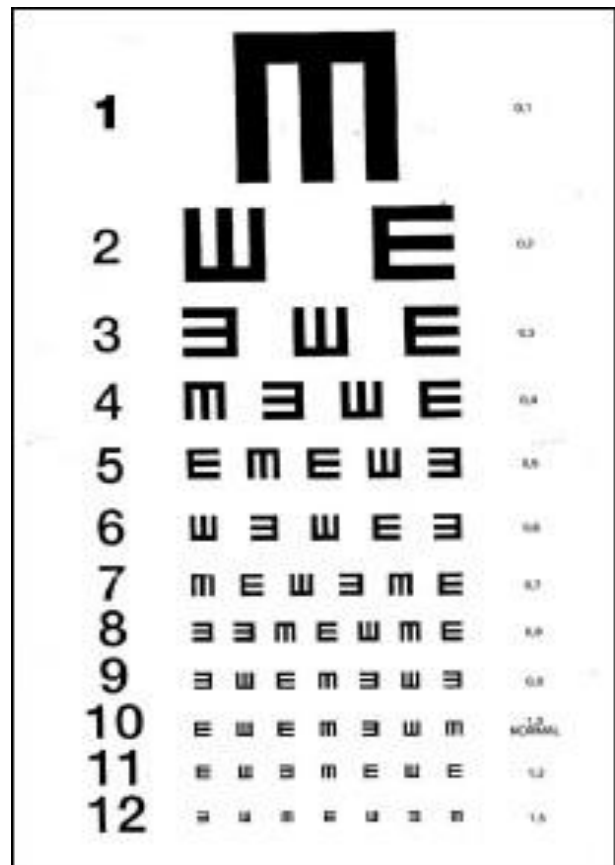
1. A pontuação na Escala Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem e não ao que eles recordam ter feito um dia.
2. Seu principal objetivo é saber sobre o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal).
3. Se o sujeito não consegue ler o questionário, alguém pode ler o mesmo para ele. É permitido que algum amigo ou parente responda pelo sujeito (caso este esteja impossibilitado de responder).
4. Preferencialmente procure obter respostas relativas às últimas 48 horas, dependendo do caso, pode ser por períodos maiores.

## ANEXO X - Avaliação da acuidade visual

### Escala Optométrica de Snellen

Como utilizar a Escala Optométrica de Snellen:

1. Colocar a tabela a uma distância de 5 metros e verificar até qual linha a pessoa idosa distingue bem as letras.
2. Testar 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.
3. Se fizer uso de óculos, deve mantê-los durante o exame.
4. Se distinguir bem até a 8ª linha, a visão é satisfatoriamente normal.
5. Todavia, se 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.



### **ANEXO XI - Avaliação da capacidade auditiva (Teste do Sussuro)**

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.

<b>QUESTÕES:</b>
1. Compreende a fala em situações sociais?
2. Consegue entender o que ouve no radio ou televisão?
3. Tem necessidade que as pessoas repitam o que lhe é falado?
4. Sente zumbido ou algum tipo de barulho no ouvido ou cabeça?
5. Fala alto demais?
6. 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 33 centímetros e **“sussurrar”**, em cada ouvido, uma questão breve e simples como, por exemplo, **“Qual o seu nome?”**.

#### **Avaliação dos Resultados:**

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

#### **Providências com os achados / resultados:**

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

Enfermeiro: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

## ANEXO XII - Avaliação do risco de queda

### “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 graus quando andando e retornar, sentado na cadeira.

Duração: ( ) <10seg ( ) 10 a 19 seg( ) 20 seg ou mais.

### INTERPRETAÇÃO:

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

### ANEXO XIII - Índice de Katz

#### Utilizar para avaliação do grau de independência nas atividades de vida diária (AVD)

Independente significa sem supervisão, orientação ou ajuda de outra pessoa, com as exceções indicadas abaixo. Baseia-se no estado atual e não na capacidade de realizá-las.

**A.** Independente em todas as funções.

**B.** Independente em todas as funções, exceto em uma delas.

**C.** Independente em todas as funções, exceto na higiene e em mais outra.

**D.** Independente em todas as funções, exceto na higiene, no vestuário e em mais outra.

**E.** Independente em todas as funções, exceto na higiene, no vestuário, no uso do vaso sanitário e em mais outra.

**F.** Independente em todas as funções, exceto na higiene, no vestuário, no uso do vaso sanitário, na mobilização e em mais outra.

**G.** Dependente nas seis funções.

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

#### HIGIENE:

- Não recebe ajuda
- Recebe ajuda na lavagem de apenas parte do corpo (ex: dorso ou pernas).
- Recebe ajuda na lavagem de mais de uma parte do corpo, ou ajuda para entrar e 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:**

- Entra e sai da cama. Senta-se e levanta-se sem ajuda (pode usar bengala ou andador).
- Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda.
- Não levanta da cama.

**CONTINÊNCIA:**

- Controlam completamente ambos os esfíncteres.
- Incontinência ocasional.
- 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:**

- Independente: Independente para 6 atividades
- Dependente parcial: Dependente de 1 a 5 atividades
- Dependente total: Dependente para as 6 atividades

Enfermeiro: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

## ANEXO XIV - Avaliação das atividades instrumentais da vida diária - 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.

**Objetivo:** Avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente.

ATIVIDADE	AVALIAÇÃO	
1. O(a) Sr(a) consegue usar o telefone	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
2. O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especiais?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
3. O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
4. O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
5. O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
6. O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
7. O(a) Sr(a) consegue lavar e passar suas roupas?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
8. O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
9. O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
<b>TOTAL</b>	_____pontos	

**Avaliações dos resultados:** as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções. 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.



### ANEXO XV - Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa

Este instrumento faz uma síntese da avaliação multidimensional da pessoa idosa. Ele deve ser utilizado de forma a complementar a consulta de enfermagem e não de forma mecânica.

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTOS
<b>Nutrição</b>	Perdeu mais de 4Kg no último ano, sem razão específica? _____ Peso atual: ____ Kg Altura: _____ cm IMC: _____	Refere perda de peso ou apresenta IMS alterado nos extremos, desnutrição ou obesidade. Discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários.
<b>Visão</b>	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 a 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.
<b>Audição</b>	Aplicar o teste do Sussuro. A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ouvido direito: _____ Ouvido esquerdo: _____ Se não, verificar a presença de cerume. Ouvido direito: _____ Ouvido esquerdo: _____	Na ausência de cerume e, caso a pessoa idosa não responda ao teste, discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários.
<b>Incontinência</b>	As vezes, perde urina ou fica molhado(a)? Se sim, pergunte: Quantas vezes? _____ Isso provoca algum incômodo ou embaraço? _____ Definir quantidade e frequência.	Pesquisar as causas. Ver o capítulo de Incontinência Urinária para orientações necessárias.
<b>Atividade sexual</b>	Tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais? Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.	Se <b>SIM</b> , fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade.
<b>Humor / Depressão</b>	Sente-se triste ou desanimado(a) frequentemente?	Se <b>SIM</b> , aplicar a Escala de Depressão Geriátrica
<b>Cognição / Memória</b>	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.



<b>Função de MMSS</b>	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 de MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários.
<b>Função de MMII</b>	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.
<b>Atividades diárias</b>	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.
<b>Domicílio</b>	Na sua casa há: Escadas? _____ Tapetes soltos? _____ Corrimão no banheiro? _____	<b>SIM</b> para escada ou tapete e <b>NÃO</b> para corrimão: Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.
<b>Queda nos últimos 12 meses</b>	Quantas vezes? _____ Com qual frequência? _____	Orientar prevenção. Ver capítulo de Quedas.
<b>Suporte social</b>	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.

Adaptado por LUNA P. do Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. MS – 2006.





## ANEXO XVI - Ficha de notificação/investigação individual – Violência doméstica sexual e/ou outras violências

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

### FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

**Definição de caso:** Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).  
**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação			
	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação		
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência		
	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento		10 (ou) Idade	
	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		14 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 a 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	
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	<b>Dados Complementares</b>					
Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação		32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento		36 UF	
	37 Município de ocorrência		Código (IBGE)	38 Distrito		
Dados da Ocorrência	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	41 Número		42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3	
	44 Geo campo 4		45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado		49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan NET

SVS

10/07/2008

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
4. 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.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
6. 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.
7. GEIS, P. P. **Atividade física e saúde na terceira idade: teoria e prática**. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
8. LUCCHETTI, G. **Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados**. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 51-58, Apr. 2010.

9. 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.
10. MINOSSO, JSM; AMENDOLA F; ALVARENGA MRM; OLIVEIRA MAC. **Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios**. Acta paul. enferm. vol.23 n.2 São Paulo Mar./Apr. 2010.
11. São Paulo (cidade). Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à pessoa idosa**/ Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família. – 2 ed – São Paulo: SMS, 2012. 66 p. – (Série Enfermagem).
12. SESC. DN. DPD. **Manual técnico de educação em saúde bucal**. Barros, CMS coordenador. – Rio de Janeiro : SESC, Departamento Nacional, 2007.
13. 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.
14. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes** 2008. Rio de Janeiro; p. 1-107; 2008.
15. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Revista Brasileira de Hipertensão. Rio de Janeiro; p.1-51,2010.
16. ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.