

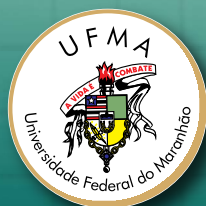
MÓDULO 10 • UNIDADE 2

ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA

**ACOMPANHAMENTO
LONGITUDINAL DO IDOSO**



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



MÓDULO 10 • UNIDADE 2

ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA

ACOMPANHAMENTO
LONGITUDINAL DO IDOSO

São Luís
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Deborah de Castro e Lima Baesse

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins França

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde
Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660
Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva
(CRB 13ª Região nº de Registro – 453)

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Fábio Allex

REVISÃO TÉCNICA

Cláudio Vanucci Silva de Freitas e Judith Rafaelle Oliveira Pinho

DIAGRAMAÇÃO E ARTE FINAL

Douglas Brandão França Junior

ILUSTRAÇÕES

Camila Santos de Castro e Lima

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: acompanhamento longitudinal do idoso/Camila Carvalho Amorim; Fabrício Silva Pessoa (Org.). - São Luís, 2014.

61f. : il.

1. Saúde do idoso. 2. Geriatria. 3. Atenção primária à saúde. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Título.

CDU 613.9-053.9

APRESENTAÇÃO

O objetivo desta unidade educacional é conhecer a avaliação multidimensional e ações de prevenção no contexto da saúde do idoso.

A atenção à pessoa idosa deve fazer parte da formação de todo profissional da saúde, tendo em conta o envelhecimento populacional que estamos vivenciando. Nesse contexto a avaliação multidimensional torna-se essencial no acompanhamento longitudinal do idoso, especialmente na Atenção Primária de Saúde.

A realização da avaliação multidimensional no idoso possibilita avaliar a dimensão de vulnerabilidade e risco na comunidade, podendo assim propor um planejamento e ações preventivas, curativas e reabilitadoras, que melhorem a qualidade de vida da pessoa idosa.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagnóstico multidimensional do idoso.....	10
Figura 2 - Atividades de vida diária.....	14
Figura 3 - Avaliação da mobilidade na pessoa idosa	26
Figura 4 - Cartão de Jaeger	29
Figura 5 - Perímetro da panturrilha	32
Figura 6 - A parceria paciente-profissional	36
Figura 7 - Fatores de risco com o uso de medicamentos	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa	11
Quadro 2 - Avaliação da funcionalidade global.....	15
Quadro 3 - Formulário de avaliação das atividades básicas de vida diária, Katz	16
Quadro 4 - Escala de Lawton	18
Quadro 5 - Funções avaliadas pela Medida de Independência Funcional (MIF)	19
Quadro 6 - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	21
Quadro 7 - Questionário de Pfeffer	23
Quadro 8 - Modelo de diário miccional	27
Quadro 9 - Avaliação dos pacientes idosos com queixas relacionadas ao sono	34
Quadro 10 - Alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento	40
Quadro 11 - Fármacos com alto risco de toxicidade em idosos	43
Quadro 12 - Particularidades no exame físico do idoso	46
Quadro 13 - Avaliação da sobrecarga dos cuidadores	50
Quadro 14 - Itens da avaliação ambiental	53
Quadro 15 - Intervenções preventivas/promocionais.....	55

SUMÁRIO

UNIDADE 2	9
1 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO	9
2 FUNCIONALIDADE GLOBAL.....	13
2.1 Atividades de Vida Diária (AVD).....	13
2.1.1 Atividades instrumentais da vida diária	17
3 AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO, HUMOR, MOBILIDADE E COMUNICAÇÃO	20
4 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E ORIENTAÇÕES ALIMENTARES	30
5 AVALIAÇÃO DO SONO, SAÚDE BUCAL E SEXUALIDADE.....	34
6 AVALIAÇÃO DO CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO	34
7 AVALIAÇÃO DE AGRAVOS PRÉVIOS E USO DE MEDICAÇÕES.....	38
8 EXAMES FÍSICO E COMPLEMENTARES NA SAÚDE DO IDOSO ...	46
9 AVALIAÇÃO DO CUIDADOR	49
10 AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA, SUPORTE SOCIAL E AMBIENTAL.....	52
11 AÇÕES PREVENTIVAS NA SAÚDE DO IDOSO	54
REFERÊNCIAS.....	59

UNIDADE 2

1 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

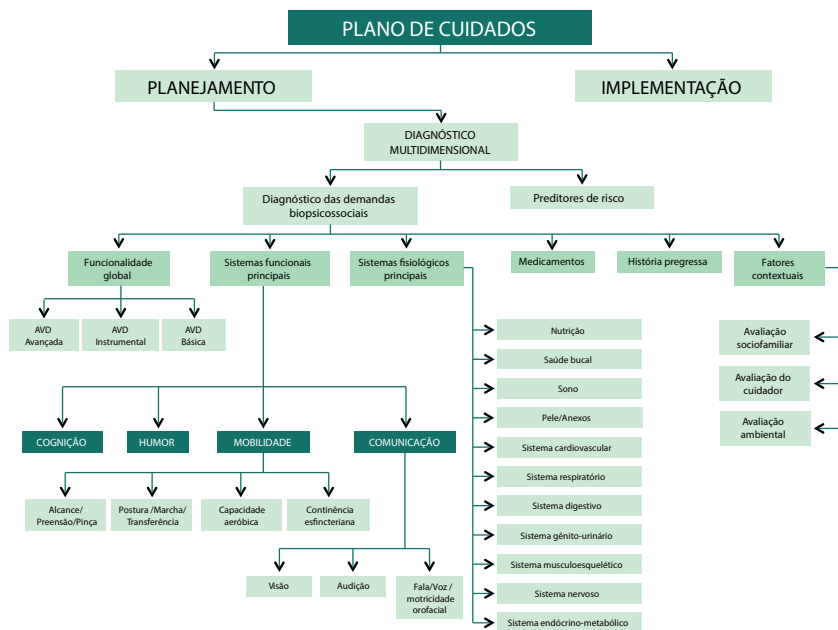
A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que “o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica” (BRASIL, 2006).

A maioria dos idosos, sejam eles portadores de doenças ou disfunções orgânicas, não apresentam necessariamente limitação de suas atividades ou restrição da participação social. Assim, mesmo com doenças, o idoso pode continuar desempenhando os papéis sociais. As ações de saúde têm uma estreita relação com a funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. A pessoa pode ser considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinha, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças (MORAES, 2009).

A *avaliação multidimensional do idoso* é o processo diagnóstico utilizado para avaliar sua saúde. A avaliação multidimensional do idoso busca desmascarar problemas que até então eram atribuídos ao processo de envelhecimento e de algum modo, não abordados de forma adequada. É um processo global e amplo que envolve o idoso e a família, e que tem como principal objetivo a definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados (MORAES, 2012).

Acompanhe a seguir esquema que ajuda a compreender melhor a avaliação multiprofissional do idoso:

Figura 1 - Diagnóstico multidimensional do idoso.



Fonte: Adaptado de: MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.

▪ Instrumento recomendado pelo Ministério da Saúde

O instrumento a seguir faz uma síntese da estrutura da avaliação multidimensional da pessoa idosa que poderá ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde. Representa uma avaliação rápida que pode ser utilizada para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas.

Quadro 1 - Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa.

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTOS
NUTRIÇÃO	O/A Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? _____ Peso atual: _____ kg. Altura: _____ cm IMC = _____	Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos (desnutrição ou obesidade). Encaminhar ao nutricionista para a avaliação nutricional detalhada.
VISÃO	O/A Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, aplicar o cartão de Jaeger: Olho direito: _____ Olho esquerdo: _____	Se houver incapacidade de ler além de 20/40 no cartão de Jaeger, encaminhar ao oftalmologista.
AUDIÇÃO	Aplicar o teste do sussurro. A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ouvido direito: __ Ouvido esquerdo: _____ Se não, verificar a presença de cerume. OD: _____ OE: _____	Na ausência de cerume e caso a pessoa idosa não responda ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.
INCONTINÊNCIA	O/A Sr/a, às 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 capítulo de incontinência urinária.
ATIVIDADE SEXUAL	O/A Sr/a tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.
HUMOR/DEPRESSÃO	O/A Sr/a se sente triste ou desanimado/a frequentemente?	Se sim, aplicar a Escala de Depressão Geriátrica.
COGNIÇÃO E MEMÓRIA	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa, maçã, dinheiro. Após 3 minutos pedir que os repita.	Se for incapaz de repetir os três nomes, aplique o MEEM. Complementando esse, pode ser aplicado o teste do relógio, teste de fluência verbal e o questionário de Pfeffer. Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTOS
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: ___ Caminhar 3,5 m: ___ 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. Aplicar escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti e Medida de Independência Funcional – MIF. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
ATIVIDADES DIÁRIAS	Em auxílio, o/a Sr/a 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 aos familiares.	Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de avaliação de MIF, de Katz e escala de Lawton.
DOMICÍLIO	Na sua casa há: escadas? ___ Tapetes soltos? ___ Corrimão no banheiro? ___	Sim para escada ou tapete e não para corrimão – avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.
QUEDA	Quantas vezes? ___	Orientar prevenção, ver capítulo de quedas.
SUORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado/a? ___ 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. Realizar APGAR de família e Ecomapa.

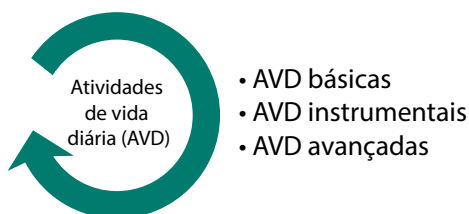
Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/abca19.pdf>.

2 FUNCIONALIDADE GLOBAL

Toda a abordagem geriátrica tem como ponto de partida a avaliação da funcionalidade global, por meio das *atividades de vida diária*.

2.1 Atividades de vida diária (AVD)

São consideradas como tarefas do cotidiano necessárias para que o indivíduo cuide de si e de sua própria vida. Podem ser classificadas, conforme o grau de complexidade, em básicas, instrumentais e avançadas (MORAES, 2012).



As atividades de vida diária básicas são fundamentais para a autopreservação e sobrevivência do indivíduo e referem-se às tarefas do cotidiano, necessárias para o cuidado com o corpo, como tomar banho, vestir-se, higiene pessoal (uso do banheiro), transferência, continência esfinteriana e alimentar-se sozinho. A gravidade do declínio funcional nas AVD básicas pode ser classificada em:

Independência: realiza todas as atividades básicas de vida diária de forma independente.

Semidependência: representa o comprometimento de, pelo menos, uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro).

Dependência incompleta: apresenta comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), além de, obviamente, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função, e não uma atividade.

Dependência completa: apresenta comprometimento de todas as AVD, inclusive para se alimentar. Representa o grau máximo de dependência funcional (MORAES, 2012).

Figura 2 - Atividades de vida diária.



Fonte: Adaptado de: MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.

Para o principal sintoma a ser investigado e a presença de declínio funcional, diversas escalas funcionais estão disponíveis, porém as mais utilizadas são as descritas por Katz e colaboradores e Lawton e Brody.

Quadro 2 - Avaliação da funcionalidade global.

Dimensões a serem avaliadas		Instrumentos de avaliação
FUNCIONALIDADE GLOBAL	AVD Avançada	Avaliação individualizada: lazer, trabalho e interação social
	AVD Instrumental	Escala de <i>Lawton-Brody</i>
	AVD Básica	Índice de <i>Katz</i>

Fonte: Adaptado de: MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.

O comprometimento das atividades de vida diária pode ser o reflexo de uma doença grave ou conjunto de doenças que comprometam direta ou indiretamente essas quatro grandes funções, de forma isolada ou associada. Dessa forma, a presença de declínio funcional nunca deve ser atribuída à velhice, e sim representar sinal precoce de doença ou conjunto de doenças não tratadas, caracterizadas pela ausência de sinais ou sintomas típicos.

A presença de dependência funcional, definida como a incapacidade de funcionar satisfatoriamente sem ajuda, deve desencadear uma ampla investigação clínica, buscando doenças que, em sua maioria, são total ou parcialmente reversíveis.

A avaliação funcional está prevista pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e é essencial não apenas para determinar a presença de comprometimento funcional como também a necessidade de auxílio daquele paciente. É uma forma de “medir” se a pessoa é capaz de desempenhar as habilidades necessárias para sua vida diária e o cuidado consigo mesma.

As avaliações funcionais costumam se basear nessas atividades (as AVD) e a primeira escala a ser desenvolvida, ainda utilizada até os dias de hoje, foi a Escala de Katz, que classifica a pessoa idosa em dependente ou independente a partir de seis funções:

Quadro 3 - Formulário de avaliação das atividades básicas de vida diária, Katz.

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

Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar. <input type="checkbox"/>	Tem "acidentes" *ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais. <input type="checkbox"/>	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente. <input type="checkbox"/>
Alimentação — a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.		
Alimenta-se sem assistência. <input type="checkbox"/>	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral. <input type="checkbox"/>

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

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/abcad19.pdf>.

2.1.1 Atividades instrumentais da vida diária

As atividades instrumentais da vida diária (AIVD) já se relacionam à interação do idoso com o entorno social, e incluem: capacidade de utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, realizar compras e tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições e cuidar das próprias finanças.

As AIVD podem ser avaliadas pela Escala de Lawton, em que as pessoas idosas são classificadas como dependentes ou independentes, baseado em nove funções. A pontuação máxima é 27 pontos. Essa pontuação tem caráter de acompanhamento evolutivo.

Quadro 4 – Escala de Lawton.

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL		_____ pontos	

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>.

Um instrumento mais recentemente adotado nessa avaliação é o “Medida de Independência Funcional (MIF)”, que é considerado o mais útil no planejamento assistencial, por quantificar a ajuda da qual aquele paciente precisa (BRASIL, 2012).

Quadro 5 - Funções avaliadas pela MIF.

MIF TOTAL	MIF MOTOR	AUTOCUIDADO	Autocuidados Higiene matinal Banho
		CONTROLE DE ESFÍNCTERES	Vestir-se acima da cintura Vestir-se abaixo da cintura Uso do vaso sanitário
		TRANSFERÊNCIA	Controle da urina Controle das fezes
		LOCOMOÇÃO	Leito, cadeira, cadeira de rodas MIF total Vaso sanitário Chuveiro ou banheira
	MIF COGNITIVO	COMUNICAÇÃO	Locomoção Escadas
		COGNIÇÃO SOCIAL	Compreensão Expressão Interação social Resolução de problemas Memória

Cada uma dessas funções pode ser classificada em um dos seguintes níveis:

Níveis	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)	Sem ajuda
	6 Independência modificada (ajuda técnica)	
	Dependência modificada	Com ajuda
	5 Supervisão	
	4 Dependência mínima (pessoa >= 75%)	
	3 Dependência moderada (pessoa >= 50%)	
	2 Dependência máxima (pessoa >= 25%)	
	1 Dependência total (pessoa >= 0%)	

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>.

Observa-se na prática que os conceitos de autonomia e independência se confundem: enquanto a primeira significa capacidade para tomar decisões, a segunda significa ser capaz de realizar atividades sem ajuda de outra pessoa.

Assim, um idoso com restrição física e conseqüentemente dependente pode ser autônomo, pois é capaz de decidir sobre suas atividades, por exemplo. Mas, frequentemente, a autonomia do idoso é esquecida quando este tem restrições físicas e depende de outrem.

3 AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO, HUMOR, MOBILIDADE E COMUNICAÇÃO

▪ Avaliação da cognição

A cognição é um conjunto de capacidades mentais que permitem ao indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano (MORAES, 2012).

A função cognitiva da pessoa idosa deve ser sempre avaliada durante a avaliação clínica. Alguns parâmetros que podem ser utilizados são a memória recente e a habilidade de cálculo, lembrando que o nível de escolaridade pode interferir em alguns desses parâmetros, devendo sempre adequá-los à realidade do paciente.

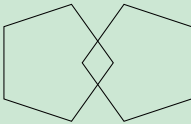
A avaliação cognitiva inicial pode ser bastante simples, rápida e de baixo custo. Sugere-se que seja executado o teste rápido: diga três palavras à pessoa idosa e peça que as repita em três minutos. Caso não consiga repetir, é necessário aprofundar a investigação. As palavras devem ser de conhecimento do paciente, parte de seu dia a dia, para evitar viés, como "casa" e "maçã", por exemplo (BRASIL, 2006).

A seguir, listamos as escalas e testes que podem ser utilizados neste estudo:

- Mini Exame do Estado Mental (MEEM): é simples, rápido e de baixo custo, além de ser adequado à realidade brasileira. Escores muito baixos sugerem encaminhamento para avaliação específica.

Quadro 6 - Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

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

10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/abcad19.pdf>.

Interpretação

O exame tem pontuação total de 30 pontos. As notas de corte são:

- Pacientes analfabetos: 19;
- Pacientes com 1 a 3 anos de escolaridade: 23;
- Pacientes com 4 a 7 anos de escolaridade: 24;
- Pacientes com mais de 7 anos de escolaridade: 28.

- Desenho do relógio: consiste em solicitar que o paciente desenhe um relógio com números (ainda sem os ponteiros) e, em seguida, dizer-lhe um horário específico para que desenhe os ponteiros marcando as horas. É um teste confiável para rastrear lesões cerebrais.

- Teste de fluência verbal por categorias semânticas: consiste em solicitar que o idoso diga o maior número de animais em um minuto. Espera-se que diga entre 14 e 15 nomes de animais. Pacientes com demência ou depressão, por exemplo, tendem a obter escores baixos, mas com características diferentes: na demência, o paciente costuma parar de responder aos 20 segundos de exame.

- Questionário de Pfeffer: é composto por 11 questões sobre a capacidade de desempenhar funções. As respostas recebem pontuações, conforme o quadro:

Quadro 7 - Questionário de Pfeffer.

SIM, É CAPAZ	0
NUNCA O FEZ, MAS PODERIA FAZER AGORA	0
COM ALGUMA DIFICULDADE, MAS FAZ	1
NUNCA FEZ E TERIA DIFICULDADE AGORA	1
NECESSITA DE AJUDA	2
NÃO É CAPAZ	3

As questões são:

1. (PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?
2. (PESSOA IDOSA) é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo, de comida e roupa)?
3. (PESSOA IDOSA) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?
4. (PESSOA IDOSA) é capaz de preparar comida?
5. (PESSOA IDOSA) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?
6. (PESSOA IDOSA) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal?
7. (PESSOA IDOSA) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?
8. (PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?
9. (PESSOA IDOSA) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?
10. (PESSOA IDOSA) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?
11. (PESSOA IDOSA) é capaz de ficar sozinho (a) em casa sem problemas?

Escore > 6 devem chamar a atenção e, se associados a outros testes de função cognitiva alterados, indica encaminhamento para avaliação neurológica mais aprofundada (BRASIL, 2007).

▪ Avaliação do humor

O humor é uma função indispensável para a preservação da autonomia do indivíduo, sendo essencial para a realização das atividades de vida diária. A presença de sintomas depressivos é frequente entre os idosos, variando de 8% a 16%, e, muitas vezes, é negligenciada.

De acordo com Moraes (2012), a depressão refere-se a uma síndrome psiquiátrica caracterizada por humor deprimido, perda do interesse ou prazer,

alterações do funcionamento biológico, com repercussões importantes na vida do indivíduo e com uma duração de meses a anos, e não é uma consequência natural do envelhecimento, podendo assumir uma das principais causas de incapacidades do mundo.

Os profissionais da atenção básica de saúde devem ter familiaridade com o reconhecimento dos transtornos depressivos no idoso. A U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recomenda o rastreamento de depressão em todos os adultos, utilizando-se escalas específicas ou duas perguntas simples, como:

Rastreamento de depressão, segundo USPSTF	Nas últimas duas semanas, você sentiu-se triste, deprimido ou sem esperança?
	Nas últimas duas semanas, você percebeu diminuição do interesse ou prazer pelas coisas?

A escala de depressão mais utilizada em idosos é a “Escala de Depressão Geriátrica” (Geriatric Depression Scale - GDS), desenvolvida por Brink e Yesavage, em 1982. Acompanhe abaixo a versão brasileira da GDS (MORAES, 2012).

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não = 1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim = 1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim = 1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não = 1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim = 1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não = 1) (sim = 0)
8. Sente-se freqüentemente desamparado (a)? (sim = 1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim = 1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim = 1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não = 1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não = 1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não = 1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não = 1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim = 1) (não = 0)

Avaliação:				
0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.				
1 = Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.				
Total > 5 = suspeita de depressão				
Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res 1983;17:37-49.				
Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 1999, 57(2)-B:421-426.				
Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Revista de Saúde Pública, 2005, 39(6):918-923.				
Tabela para apresentação dos resultados do GDS				
DATA	RESPOSTA SIM	RESPOSTA NÃO	PONTUAÇÃO TOTAL	CLASSIFICAÇÃO

Fonte: Adaptado de: ESCALA de Depressão Geriátrica - GDS. 2014. Disponível em: <http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/1173/gds.pdf>.

IMPORTANTE!

Independentemente da escala utilizada, o diagnóstico de depressão maior deve ser confirmado pela avaliação dos critérios padronizados do DS-M-IV (MORAES, 2012).

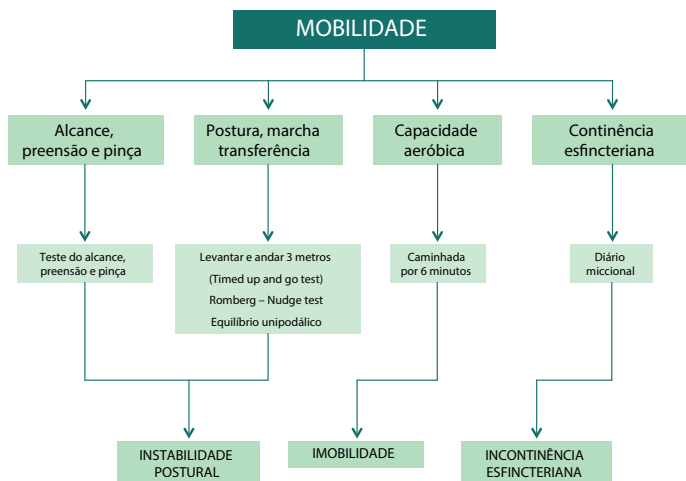
▪ **Mobilidade**

Para estimular a independência funcional do idoso é fundamental a execução das decisões tomadas, contribuindo assim para a boa mobilidade. Para avaliação da mobilidade no idoso, deve-se levar em consideração (MORAES, 2012):

- A capacidade de deslocamento é avaliada por meio da postura, marcha e transferência. A capacidade de manipulação do meio depende dos membros superiores, responsáveis pelo alcance, preensão e pinça.
- A capacidade aeróbica fornece a energia necessária para o gasto energético inerente a toda atividade muscular.
- A continência esfinteriana é decisiva para a independência do indivíduo.

Acompanhe o esquema a seguir que nos norteará na avaliação da mobilidade na pessoa idosa:

Figura 3 - Avaliação da mobilidade na pessoa idosa.



Fonte: Adaptado de: MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.

O esquema anterior possibilita determinar a presença de instabilidade postural, imobilidade e incontinência esfinteriana.

- Instabilidade postural: é frequente nos idosos e tem como complicações as quedas e a imobilidade.

SAIBA MAIS: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n2/01.pdf>.

- Incontinência esfincteriana: a presença de incontinência urinária deve ser prontamente reconhecida, solicitando-se ao paciente a descrição da sua micção (volume, frequência, intervalo, aspecto etc.), dando-se ênfase na presença de urgência miccional e noctúria, sintomas comumente associados à incontinência urinária (MORAES, 2014). Acompanhe abaixo o modelo de diário miccional para avaliação do paciente com incontinência esfincteriana:

Quadro 8 - Modelo de diário miccional.

Horário	Volume urinado	Perdas	Fator desencadeante
0 h - 3 h:			
3 h - 6 h:			
6 h - 9 h:			
9 h - 12 h:			
12 h - 15 h:			
15 h - 18 h:			
18 h - 21 h:			
21 h - 24 h:			
TOTAL:			

Fonte: Adaptado de: SOUZA, Dayse Maria Morais e (Org.). **A Prática diária na Estratégia Saúde da Família**. Juiz de Fora: UFJF, 2011. 462 p. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/11/A-pr%C3%A1tica-di%C3%A1ria-na-estrat%C3%A9gia-Sa%C3%BAde-da-Fa-m%C3%ADlia.pdf>>.

SAIBA MAIS: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v18s5/a18v18s5.pdf>.

▪ Comunicação

A incapacidade comunicativa pode ser considerada importante causa de perda ou restrição da participação social (funcionalidade), comprometendo

do a capacidade de execução das decisões tomadas, afetando diretamente a independência do indivíduo.

As habilidades comunicativas compreendem quatro áreas distintas:

Linguagem	Motricidade oral	Audição	Fala/voz
-----------	------------------	---------	----------

A visão pode ser incluída como a quinta função comunicativa, atuando como função compensatória, na ausência das outras habilidades da comunicação oral-verbal (MORAES, 2012).

A comunicação na pessoa idosa pode ser avaliada levando-se em consideração:

- Acuidade visual: a acuidade visual tende a se reduzir durante o processo de envelhecimento devido às alterações fisiológicas das estruturas oculares. Sendo assim, o paciente idoso deve ser interrogado sobre o desempenho de suas atividades diárias, como: sente alguma dificuldade para ler, assistir televisão, dirigir, ou realizar alguma outra atividade? Um instrumento importante para avaliar essa perda é o cartão de Jaeger, que possibilita um exame simples e de baixo custo. O cartão deve ser colocado a 35 cm de distância da pessoa, testando cada olho e, em seguida, ambos juntos. O limite considerado normal é 20/40 (BRASIL, 2006).

Figura 4 - Cartão de Jaeger.

9 5			
8 7 4			
2 8 4 3	26	18	$\frac{20}{200}$
6 3 8 E W E X O O	4	10	$\frac{20}{100}$
8 7 4 5 E M W O X O	10	7	$\frac{20}{70}$
6 3 9 2 5 M E E X O X	8	5	$\frac{20}{50}$
4 2 8 3 6 5 W E M X X O	6	3	$\frac{20}{40}$
3 7 4 2 5 8 W E M X O O	5	2	$\frac{20}{30}$
9 3 7 8 2 6 E M E X O O	4	1	$\frac{20}{25}$
4 2 6 7 3 9 E M M O O X	3	+	$\frac{20}{20}$

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>.

SAIBA MAIS!

Outros instrumentos de avaliação da acuidade visual.

✓ Avaliação da capacidade de reconhecimento de faces a uma distância de 4 metros, em uso de lentes corretivas, caso necessário: a incapacidade de reconhecimento confirma a presença de déficit visual e a necessidade de avaliação oftalmológica específica.

✓ Teste de Snellen a 5 metros, em uso de lentes corretivas, caso necessário: pergunte se as hastes do “E” estão viradas para cima ou para baixo, para a direita ou para a esquerda. A presença de visão $< 0,3$ confirma a presença de déficit visual e a necessidade de avaliação oftalmológica específica.

✓ Leitura de jornal ou revista a 25 cm, em uso de lentes corretivas, caso necessário: a dificuldade para leitura confirma a presença de déficit visual e a necessidade de avaliação oftalmológica específica (MORAES, 2012).

- Acuidade auditiva: o declínio na acuidade auditiva também é frequentemente relatado no atendimento aos pacientes idosos e, muitas vezes, pode sequer ser percebido pelo próprio idoso. Por isso, a avaliação da acuidade auditiva deve ser procedida com auxílio de testes, como o teste do sussurro. Nesse teste, o examinador deve ficar fora do campo visual do idoso, a uma distância de mais ou menos 33 cm e “sussurrar” em cada ouvido uma questão curta, como perguntar qual é seu nome. Caso o paciente não responda, o conduto auditivo deve ser examinado, para afastar obstruções por cerume, por exemplo (BRASIL, 2006).

- A fala e a voz devem ser avaliadas rotineiramente, observando-se a respiração (capacidade, controle e coordenação da produção sonora), a fonação (intensidade e qualidade vocal), a ressonância (grau de nasalidade), a articulação (precisão articulatória e fonatória e coordenação motora) e a prosódia (ritmo e velocidade da fala espontânea) (MORAES, 2012).

4 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E ORIENTAÇÕES ALIMENTARES

▪ Avaliação nutricional

Várias particularidades da pessoa idosa devem ser consideradas quando se pensa em índices antropométricos. As mudanças decorrentes da idade determinam peculiaridades na antropometria do idoso. Mas que mudanças são essas? Primeiro, há redução da altura, conseqüente às alterações ósseas

e musculares da coluna vertebral, bem como alterações posturais. Geralmente também há redução do peso, relacionada à redução de água corporal e de massa muscular. Também ocorre uma mudança na quantidade e distribuição do tecido adiposo.

A antropometria é uma maneira simples, rápida e de baixo custo de avaliar a nutrição dos idosos e de prever doenças futuras, mortalidade e incapacidade funcional. O critério prioritário para essa avaliação é o Índice de Massa Corporal (IMC), que deve ser avaliado considerando os pontos de corte diferentes dos conhecidos para adultos. Recomenda-se o registro das medidas antropométricas na Caderneta do Idoso ou no prontuário a cada semestre (BRASIL, 2006).

Índice de Massa Corporal

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

Pontos de corte do IMC estabelecidos para idosos:

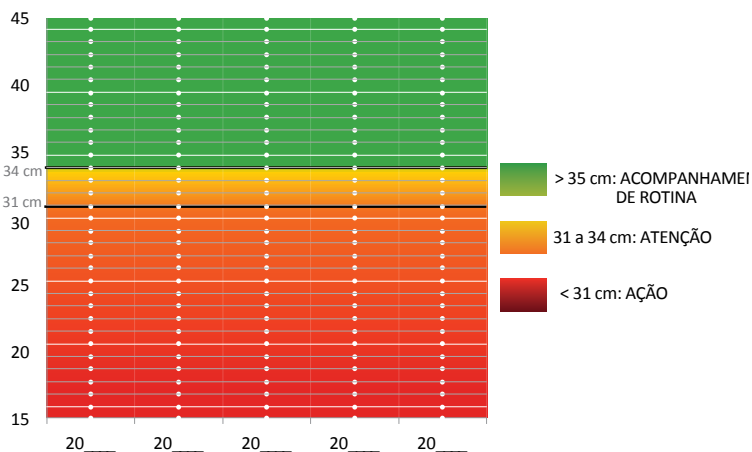
IMC	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≤ 22	Baixo peso
> 22 e < 27	Adequado ou eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>.

É importante lembrar que diversos aspectos das mudanças fisiológicas e sociais nos idosos podem interferir na alimentação deles. Por exemplo, a perda da autonomia, desde a autonomia financeira até a de preparar e escolher os próprios alimentos. Além disso, algumas perdas de função podem agravar a dificuldade na alimentação, como a perda da visão, da capacidade olfativa ou do apetite. As dificuldades na mastigação também estão muito presentes na pessoa idosa, principalmente as relacionadas às próteses dentárias.

A medida do perímetro da panturrilha é um bom parâmetro de avaliação da massa muscular no idoso. Medidas menores que 31 cm são indicativas de redução da massa muscular (sarcopenia) e estão associadas a maior risco de quedas, diminuição da força muscular e dependência funcional. Medidas menores que 34 cm podem significar uma tendência à sarcopenia.

Figura 5 - Perímetro da panturrilha.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**: proposta preliminar. 2014a. 33 p. Disponível em: http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/201402061526_manualcadernetadoidoso.pdf.

Destacamos a importância do registro das informações referentes aos dados antropométricos.

	20__	20__	20__	20__	20__
Peso					
Estatura					
IMC = peso/estatura ²					
Perímetro da panturrilha (PP)					

SAIBA MAIS!

Leia o artigo: Nutrição na maturidade, disponível em:
<http://goo.gl/MaiGp9>.

▪ **Orientações alimentares**

Aconselha-se seguir as recomendações: DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA PESSOAS IDOSAS, que são orientações práticas sobre alimentação saudável.

- 1º Passo: faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições!
- 2º Passo: inclua diariamente seis porções do grupo dos cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos, como a batata e raízes como mandioca/ macaxeira/ aipim, nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.
- 3º Passo: coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
- 4º Passo: coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
- 5º Passo: consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma 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.
- 6º Passo: consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina.
- 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, duas vezes por semana.

- 8º Passo: diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa.
- 9º Passo: beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
- 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 (BRASIL, 2009).

SAIBA MAIS!

Leia a publicação: Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde. Acesse:

<http://goo.gl/xv17dE>.

5 AVALIAÇÃO DO SONO, SAÚDE BUCAL E SEXUALIDADE

▪ Avaliação do sono

A avaliação do sono deve ser abordada diretamente com o idoso, como também com informações de observadores (familiares, cuidadores, companheiros de quarto). Um dos roteiros para a avaliação dos idosos foi elaborado por Happonik e McCall (1999).

Acompanhe abaixo como realizar a avaliação do sono no idoso:

Quadro 9 - Avaliação dos pacientes idosos com queixas relacionadas ao sono.

Determine características do sono:
Tempo requerido para adormecer (latência do sono)
Horário de deitar e acordar
Tempo total de sono
Número e duração dos despertares noturnos
Qualidade e duração dos despertares noturnos

Qualidade do sono (restaurador/restabelecedor)
Grau de alerta diurno (hipersonolência?)
Padrão de cochilos
Mudanças recentes no padrão de sono
História prévia de problemas de sono/tratamento
História de roncos, respiração periódica, atividade motora anormal
Exclua fatores externos potenciais:
Uso de medicamentos, álcool, cafeína
Dieta
Níveis de atividades, padrão de exercícios
Presença de sintomas ou disfunções de outros órgãos ou sistemas
Evidências de situações desencadeadoras de estresse
Higiene geral do sono
Sono diurno
Avalie o impacto dos problemas:
Duração dos distúrbios do sono
Grau de prejuízo funcional dos sintomas
Tipo de sono restabelecido
Realize exame físico completo
Observe o paciente durante o sono
Solicite exames fisiológicos objetivos:
Polissonografia
Outros estudos de monitoramento (oximetria, Holter...)
Teste múltiplo de latência ao sono

▪ Avaliação da saúde bucal

O ideal é que a saúde bucal do idoso seja avaliada pelo dentista, no entanto o médico deve ser capaz de identificar a necessidade de encaminhamento ao serviço de saúde bucal. Veja as questões abaixo, são perguntas simples que podem ajudar na identificação de algum problema.

Pergunte se ele tem alguma dificuldade para mastigar ou engolir os alimentos;

Pergunte se o idoso se sente à vontade com a aparência de seus dentes e boca, se tem vergonha de sorrir ou falar;

Pergunte se ele sente dor nos dentes, gengivas, se usa prótese dentária e se há alguma alteração na forma ou tamanho de gengivas ou mucosas.

Qualquer resposta positiva para alguma dessas questões exige encaminhamento para o dentista.

▪ **Sexualidade**

É importante orientar a pessoa idosa sobre sexualidade e esclarecer que disfunção sexual não é uma consequência normal e irreversível do processo de envelhecimento. Uma disfunção sexual pode refletir problemas de cunho fisiológico, psicológico, ou as duas coisas. Além disso, outros fatores como dores osteoarticulares, fadiga ou efeitos colaterais de fármacos podem afetar o desempenho sexual.

Nas mulheres idosas, devido ao hipoestrogenismo, que leva a hipotrofia dos tecidos genitais, é frequente que haja desconforto durante a relação sexual com penetração. Cremes lubrificantes, como o creme vaginal à base de estriol (2 ml, uma a duas vezes por semana), favorecem a manutenção da mucosa vaginal. É importante seguir o protocolo de rastreamento para câncer ginecológico e mamário (BRASIL, 2007).

NÃO SE ESQUEÇA!

Faz parte da avaliação completa das pessoas idosas a investigação de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids.

SAIBA MAIS!

Amor e sexualidade na velhice: direito nem sempre respeitado. Disponível em: <http://goo.gl/c7lqll>.

Sexualidade em Geriatria. Disponível em: <http://goo.gl/ueAPzM>.

6 AVALIAÇÃO DO CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO

Todo idoso deve ser vacinado contra influenza (gripe) uma vez ao ano, no outono. Sabe-se que a influenza, quando nos grupos de vulnerabilidade, apresenta alta morbimortalidade. Os pacientes institucionalizados ou portadores de doenças de base são os mais vulneráveis às complicações da gripe.

A vacina antipneumocócica também deve ser administrada em todo paciente acima de 60 anos, pelo menos uma vez durante a vida. Nos idosos institucionalizados e não vacinados, uma segunda dose deve ser aplicada após cinco anos da primeira.

A vacina dT, dupla adulto, contra difteria e tétano, deve ser administrada a cada dez anos, podendo ser reforçada em cinco anos caso necessário (exposição a material suspeito) (OSELKA, 2013).

60 anos ou mais	Dupla adulto (dT) (vacina adsorvida difteria e tétano adulto)	1 dose a cada 10 anos	Difteria e tétano
	Influenza (fracionada e inativada)	dose anual	Influenza sazonal e H1N1
	Pneumocócica 23-valente Aos indivíduos que convivem em instituições fechadas	1 dose (repetir 1 única dose 5 anos após)	Infecções causadas pelo Pneumococo

NÃO SE ESQUEÇA!

A vacinação deve ser registrada na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

INFORMAÇÕES SOBRE A VACINA A SER APLICADA				
Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____
Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____
Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____
Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Dose: _____ US: _____ Ass.: _____

SAIBA MAIS!

Acesse: <http://goo.gl/mjXumL>.

7 AVALIAÇÃO DE AGRAVOS PRÉVIOS E USO DE MEDICAÇÕES

▪ **Avaliação de agravos prévios**

A avaliação de agravos prévios no idoso considera a proposta de auto-manejo em doenças crônicas, tendo em consideração cinco habilidades fundamentais:



Os benefícios incluem diminuição na gravidade de todos os sintomas, diminuindo a severidade da dor, melhora no controle de vida e atividade, melhora da satisfação com os recursos e com a vida, melhora na relação médico-paciente e diminuição da utilização dos serviços de saúde.

Acompanhe a seguir o esquema que ilustra a parceria paciente-profissional:

Figura 6 - A parceria paciente-profissional.



As preocupações comuns do paciente podem incluir:

- Encontrar e utilizar recursos de saúde.
- Encontrar e utilizar outros recursos na comunidade.
- Saber como reconhecer e responder a mudanças em uma doença crônica.
- Lidar com problemas e emergências.
- Tomar decisões sobre quando buscar ajuda médica.
- Usar medicamentos e tratamentos de maneira efetiva.
- Saber como manejar o estresse e a depressão que acompanham uma doença crônica.
- Lidar com a fadiga, a dor e os problemas de sono.
- Exercitar-se de maneira suficiente.
- Manter boa nutrição.
- Trabalhar com o médico e outros provedores de cuidados.
- Falar sobre sua doença com familiares e amigos.
- Manejar o trabalho, a família e as atividades sociais.

Fonte: SIMON, Chantal; EVERITT, Hanzel; VAN DORP, Françoise. **Manual de clínica Geral de Oxford**. 3. ed. Tradução de André Garcia Islabão e Anelise Teixeira Burmeister. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1316 p.

Porém para realizar boa avaliação dos agravos no idoso é necessário conhecer mudanças normais no processo de envelhecimento. Durante esse

processo, ocorre diminuição progressiva e inoxidável da reserva funcional do corpo humano. Acompanhe abaixo a tabela que descreve diversas alterações no processo de envelhecimento:

Quadro 10 - Alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento.

ASPECTOS GERAIS
Perda e/ou embranquecimento dos cabelos
Possível aparecimento de círculo branco ao redor dos olhos (arcus senilis)
Diminuição da água corporal entre 13% e 15%
Tendência a ganho de peso por aumento do tecido adiposo e diminuição das massas muscular e óssea, com distribuição adiposa mais centrípeta
Perda da elasticidade da pele e redução do tecido subcutâneo, propiciando aparecimento de bolsas orbitais, aumento de sulcos labiais e surgimento de rugas
Aumento de diâmetro do crânio e encurtamento do tronco com extremidades comparativamente longas (proporções inversas às da criança)
Crescimento contínuo do nariz e alongamento das orelhas, caracterizando a típica conformação da face do idoso
VISÃO
Diminuição da acuidade visual
Lentidão na adaptação claro-escuro e maior sensibilidade à luz
Diminuição na discriminação de cores, na capacidade de se adaptar ao ofuscamento, na noção de aprofundamento
AUDIÇÃO E SISTEMA VESTIBULAR
Perda do número e da vestimenta das glândulas sebáceas com produção de cera mais seca
Presbiacusia, diminuição na discriminação de sons e percepção da fala
Diminuição do equilíbrio corporal
PALADAR
Diminuição na sensação gustativa e possível perda de interesse pela comida
OLFATO
Diminuição na percepção de odores
TATO E PROPRIOCEPÇÃO
Diminuição da sensibilidade tátil na palma das mãos e na planta dos pés e da latência da sensibilidade dolorosa
Diminuição da propriocepção articular

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

Diminuição da força, da potência e da flexibilidade muscular

Diminuição da elasticidade e aumento da rigidez articular com diminuição da amplitude do movimento

Marcha com passos mais curtos e lentos, e com menor movimento de braços; o centro da gravidade se adianta e há alargamento da base de sustentação

Perda da elasticidade e altura dos discos intervertebrais, aumento da cifose dorsal e perda do arco plantar com redução da altura corporal (perda de cerca de um centímetro por década vivida a partir dos 40 anos)

Diminuição da densidade óssea

SISTEMA NERVOSO

Diminuição do número e do volume médio dos neurônios com adelgaçamento do córtex cerebral

Redução da quantidade de substâncias neurotransmissoras (acetilcolina, GABA, dopamina e serotonina, principalmente)

Diminuição do peso cerebral após a terceira década em cerca de 10% até os 90 anos (perda de cerca de 1,5% do peso por década), com aumento dos sulcos, fissuras e ventrículos

Lentidão no tempo de reação, julgamento e planejamento do movimento

Déficit discreto da memória de curto prazo

Deposição de emaranhados neurofibrilares (derivados de proteínas dos microtúbulos) e aparecimento de placas senis (depósitos de substância beta-amiloide)

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Respiração mais diafragmática e abdominal

Aumento dos diâmetros do tórax com aumento do espaço morto e do volume residual pulmonar e redução da capacidade vital

Diminuição da força muscular dos músculos respiratórios e da elasticidade da caixa torácica, com maior tendência à fadiga e menor complacência torácica

Diminuição da elasticidade pulmonar, da capacidade de difusão gasosa e do *clearance* mucociliar

Menor sensibilidade respiratória à hipoxia e à hipercapnia

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Redução da complacência ventricular esquerda e possível redução do débito cardíaco

Aumento da resistência vascular periférica e da espessura da parede vascular

Diminuição do reflexo dos barorreceptores com tendência à hipotensão ortostática

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Perda da elasticidade da mucosa oral, com queratinização heterogênea do epitélio, perda de papilas e frequente presença de varizes na língua e desgastes dos dentes devido ao atrito

Alteração da motilidade esofágica

Discretas diminuições do tempo de esvaziamento, da acidez e da produção de fator intrínseco e de prostaglandinas gástricas

SISTEMA GENITURINÁRIO

Redução do peso renal e da área de filtração glomerular (na sétima década há um terço dos glomérulos iniciais) com redução da função renal

Menor capacidade de excreção renal de sódio e potássio, e de concentração e acidificação da urina

Aumento de deposição de colágeno na bexiga, que leva à redução da sua complacência, menor contratilidade do músculo detrusor e maior volume residual urinário

Alteração de pH e flora vaginais, e diminuição do fator bactericida prostático, facilitando a ocorrência de infecção urinária, em ambos os sexos

Ereção peniana mais lenta, muitas vezes incompleta e de menor duração

Fonte: Adaptado de: DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1976 p.

▪ Uso de medicações no idoso

Os medicamentos têm um papel decisivo no tratamento das condições de saúde múltiplas em idosos frágeis, agudas e/ou crônicas. Todavia, as alterações farmacocinéticas do envelhecimento, como aumento da gordura corporal, redução da água corporal, redução do metabolismo hepático e da excreção renal aumentam significativamente o risco de reações adversas a drogas e, conseqüentemente, podem desencadear declínio funcional, incapacidades, internação e óbito.

Deve-se realizar uma avaliação rigorosa dos medicamentos em uso, em todas as consultas com pessoas idosas, a fim de atribuir reação adversa a drogas, adesão ao tratamento, interações e automedicação (MORAES, 2012).

Alguns fármacos são contraindicados em idosos frágeis ou devem ser prescritos tendo um monitoramento clínico ou laboratorial rigoroso. Acompanhe o quadro abaixo (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2012):

Quadro 11 - Fármacos com alto risco de toxicidade em idosos.

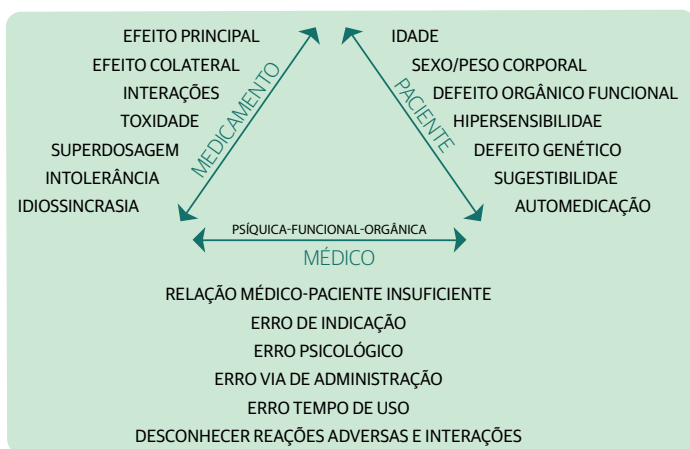
Fármacos usualmente contraindicados em idosos frágeis	Analgésicos e anti-inflamatórios	AINE não seletivos (diclofenaco, ibuprofeno, meloxicam, piroxicam), fenibutazona, indometacina, propoxifeno, meperidina
	Antidepressivos	Amitriptilina, clomipramina, imipramina e fluoxetina
	Anti-hipertensivos	Metildopa, clonidina, nifedipina de curta ação, prazosin e reserpina
	Antirritmicos	Amiodarona, disopiramida, propafenona, quinidina, sotalol
	Antiespasmódicos	Diciclomina, hyoscyamina, propantelina alcaloide beladona, escopolamina, hyoscina, homatropina e atropina
	Anti-histamínicos	Difenidramina, hidroxizina, ciproheptadina, prometazina, dexclorfeniramina, clorfeniramina
	Psicotrópicos	Antipsicóticos (clorpromazina, tioridazina)
		Antidepressivos (amitriptilina e fluoxetina)
		Benzodiazepínicos de curta e de longa ação (diazepam, clordiazepóxido, flurazepam)
	Relaxantes musculares	Carisoprodo, ciclobenzaprina, orfenadrina
	Barbitúricos (fenobarbital), biperideno, cimetidina, clopropamida, codergocrina, dipiridamol de curta ação, laxativos estimulantes e óleo mineral, nitrofurantoína, pentoxifilina, ticlopidina.	
Fármacos utilizados com monitoramento clínico ou laboratorial cuidadoso	Antipsicóticos (típicos e atípicos), antivertiginosos (metoclopramina, cinarizina, flunarizina), clozapina, digoxina, espironolactona (≥ 25mg/dia) ferro e warfarin.	

Fonte: Adaptado de: MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-idoso-WEB1.pdf>.

O número de medicamentos é o principal fator de risco para a iatrogenia e reações adversas, havendo relação exponencial entre a polifarmácia e a probabilidade de reação adversa, interações medicamentosas e medicamentos inapropriados para idosos (PASSARELLI; GORZONI, 2008).

Acompanhe a seguir o esquema que aborda os fatores de risco de reações adversas medicamentosas (RAM) no paciente idoso:

Figura 7 - Fatores de risco com o uso de medicamentos.



Fonte: SILVA, Roberta da; SCHMIDT, Olavo Forlin; SILVA, Sargee da. Polifarmácia em geriatria. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 2, p. 164-174, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/56-02/revis.pdf>.

Lembre-se sempre de registrar na Caderneta de Saúde do Idoso os medicamentos de uso cotidiano.

Medicamentos que estou usando, dosagem e quantas vezes ao dia	
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
11)	
12)	
13)	
14)	

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa.** 2014b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 22 maio. 2014.

SAIBA MAIS!

Polifarmácia em geriatria. Acesse:

<http://www.amrigs.com.br/revista/56-02/revis.pdf>.

Fármacos em idosos. Acesse:

<http://goo.gl/HMFhed>.

8 EXAME FÍSICO E COMPLEMENTAR NA SAÚDE DO IDOSO

▪ Exame físico do idoso

Quando o paciente idoso chega ao consultório, geralmente observam-se algumas peculiaridades que podem ajudar na avaliação integral da saúde do idoso. Acompanhe abaixo algumas dessas peculiaridades no exame físico do idoso:

Quadro 12 - Particularidades no exame físico do idoso.

DESIDRATAÇÃO: o turgor da pele é naturalmente diminuído e dificulta a avaliação; o do globo ocular deve ser igual ao do examinador (estar diminuído na desidratação e aumentado no glaucoma).

PESCOÇO: a palpação da tireoide costuma ser mais difícil; a das carótidas deve ser feita com cuidado e de um lado de cada vez.

TÓRAX: a menor expansibilidade torácica pode dificultar a ausculta pulmonar, porém os achados têm significados semelhantes aos do jovem.

APARELHO CARDIOVASCULAR: o sopro aórtico pode estar presente em até 60% dos idosos e representar doença. A pseudo-hipertensão é um falso aumento dos níveis pressóricos, que ocorre pelo enrijecimento das artérias (diagnóstico por meio da manobra de Osler). A "hipertensão do jaleco branco", comum em indivíduos idosos, é a detecção de níveis pressóricos aumentados apenas em medida realizada por profissionais da saúde (especialmente por médicos). A hipotensão postural ocorre pela menor adaptação dos barorreceptores a mudanças posturais, muitas vezes associada a doenças e medicamentos, e pode causar quedas, tontura, isolamento social depressão.

- *Manobra de Osler:* medir a pressão arterial normalmente, reinsuflar o manguito até a sistólica medida e tentar palpar a artéria radial; se for palpável, a manobra é positiva (sinal de enrijecimento arterial).
- *Hipotensão postural:* medir a pressão arterial com o paciente deitado por 5 minutos e a seguir com ele em pé por 3 minutos; define-se por queda de 20 mmHg na pressão arterial sistólica ou 10 mmHg na diastólica, no mínimo.

ABDOMEN: a palpação profunda pode sugerir a presença de aneurisma.

MEMBROS: pesquisar pulsos, sinais de hipoperfusão capilar e insuficiência venosa.

OSTEOARTICULAR: as queixas são frequentes no indivíduo idoso e devem ser investigadas no exame físico, procurando aumento do volume, diminuição da mobilidade e presença de crepitações articulares.

TOQUE RETAL: deve fazer parte do exame físico sempre que houver suspeita de fekaloma e alterações prostáticas.

Fonte: Adaptado de: DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1976 p.

SAIBA MAIS!

Peculiaridades do exame físico do idoso. Acesse:

<http://goo.gl/OBpw3r>.

O coração no idoso. Acesse:

<http://goo.gl/pgowd1>.

▪ **Exames complementares na saúde do idoso**

Os exames complementares na pessoa idosa são um desafio para o profissional de saúde, pois requerem habilidades clínicas, a fim de proporcionar uma adequada visão no entendimento das doenças que podem afetar o idoso. Deve-se atentar para fazer apenas os exames necessários, com o propósito de proporcionar a prevenção quaternária ao usuário idoso. O Ministério da Saúde não tem uma recomendação como protocolo, tornando assim a prática clínica do profissional como soberana na solicitação de exames.

Abaixo alguns exames que podem ser solicitados ao paciente idoso, sempre aplicando o entendimento clínico e o bom raciocínio diagnóstico:

- Hemograma: o exame de coleta do sangue pode detectar anemia. Pode ser realizado anualmente a partir dos 60 anos.
- Creatinina: possibilita avaliar a função renal, principalmente em

paciente com hipertensão e diabetes. Pode ser feito uma vez por ano, a partir dos 60 anos.

- TSH (hormônio estimulante da tireoide): o exame é indicado para detectar alterações na produção de hormônios da tireoide. Pode ser realizado uma vez por ano, a partir dos 60 anos.
- Glicemia de jejum, pós-pandrial e hemoglobina glicada: o exame detecta alterações dos níveis de glicemia. Recomenda-se realizar em pacientes com fatores de risco para diabetes.
- Lipidograma: o exame possibilita diagnosticar dislipidemia. Pode ser realizado anualmente, dependendo da indicação clínica.
- Parasitológico de fezes: possibilita diagnosticar parasitismo intestinal. Pode ser realizado na suspeita clínica e em regiões com alta prevalência.
- Sorologia para DSTs (VDRL, Anti-HIV, sorologia para hepatites): podemos oferecer ao paciente idoso, desde que haja consentimento e aconselhamento pré-teste.
- Pesquisa de sangue oculto de fezes: o exame pode detectar precocemente o câncer nos intestinos (grosso e delgado). Deve ser feito uma vez por ano a partir dos 50 anos.
- Papanicolau: a partir dos 65 anos, se o exame apresentar resultado normal durante três anos seguidos, ele pode ser suspenso, desde que a mulher não tenha vida sexual promíscua.
- Mamografia: o objetivo do exame é prevenir ou detectar o câncer de mama em mulheres com ou sem fatores de risco. É recomendado realizar até os 69 anos de idade, porém, havendo indicações clínicas que justifiquem, podemos solicitar após os 69 anos.
- Densitometria óssea: assim que completar 65 anos ou depois da menopausa, o exame deve ser realizado na mulher a cada dois anos para prevenir a osteoporose (perda anormal da massa dos ossos).

- Teste ergométrico: possibilita medir a capacidade cardíaca por meio de exercícios físicos na esteira ou na bicicleta ergométrica. Pode ser realizado uma vez por ano a partir dos 60, dependendo da indicação clínica. É fundamental para quem pretende começar uma atividade física.
- Ultrassom de abdômen: exame indicado para homens fumantes, detecta aneurisma de aorta (dilatação da artéria aorta, que pode se romper). Pode ser realizado o primeiro exame a partir dos 50 anos. O paciente só deve voltar a fazer o exame se for detectado algum problema na artéria.

9 AVALIAÇÃO DO CUIDADOR

Cuidador é a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menor grau). O ato de cuidar é voluntário e complexo, tomado por sentimentos diversos e contraditórios como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação e choro.

É importante avaliar a presença de estresse entre os cuidadores. Isso pode ser um fator de risco da ocorrência de situações de violência contra os idosos ou de adoecimento do próprio cuidador. Um instrumento desenvolvido por Zarit tem se mostrado apropriado para esse fim. Acompanhe abaixo o instrumento que possibilita avaliar se os cuidadores de idosos estão sobrecarregados. Deve ser aplicado para o cuidador principal – pessoa que mais ajuda a pessoa idosa. A entrevista deverá ser realizada sem a presença da pessoa idosa (BRASIL, 2007).

Quadro 13 - Avaliação da sobrecarga dos cuidadores.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) pede mais ajuda do que ele(a) necessita?					
2. O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o(a) Sr(a) gasta com NOME DO IDOSO(A) não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?					
3. O(a) Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de NOME DO IDOSO(A) e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O(a) Sr(a) sente envergonhado(a) com o comportamento de NOME DO IDOSO(A)?					
5. O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
6. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro de NOME DO IDOSO(A)?					
8. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) depende do(a) Sr(a)?					
9. O(a) Sr(a) se sente tenso(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
10. O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com NOME DO IDOSO(A)?					
11. O(a) Sr(a) sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
12. O(a) Sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					

13. O(a) Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
14. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) espera que o(a) Sr(a) cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					
15. O(a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de NOME DO IDOSO(A) somando-se às suas outras despesas?					
16. O(a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de NOME DO IDOSO(A) por muito mais tempo?					
17. O(a) Sr(a) sente que perdeu controle de sua vida desde a doença de NOME DO IDOSO(A)?					
18. O(a) Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de NOME DE IDOSO(A)?					
19. O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por NOME DO IDOSO(A)?					
20. O(a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por NOME DO IDOSO(A)?					
21. O(a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de NOME DO IDOSO(A)?					
22. De uma maneira geral, quanto o(a) Sr(a) se sente sobrecarregado por cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>.

SAIBA MAIS!

O Guia Prático do Cuidador, elaborado pelo Ministério da Saúde, oferece orientações práticas para o cuidador. Disponível no link:

http://www.bigfrol.com.br/guia_pratico_cuidador.pdf.

10 AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA, SUPORTE SOCIAL E AMBIENTAL

▪ Avaliação da família e suporte social

Com o objetivo de dimensionar a funcionalidade das famílias, alguns profissionais vêm desenvolvendo instrumentos com a proposta de avaliar a dinâmica de funcionamento de uma família para, a partir desse dado, intervir de maneira a auxiliar o restabelecimento do equilíbrio dessa unidade de relações, quando uma disfunção for detectada.

Serão aqui apresentados três instrumentos que, pela praticidade de uso e objetivos, são mais adequados na Atenção Básica. São eles: o Apgar de Família, o Genograma e o Ecomapa.

Apgar Familiar: Reflete a satisfação de cada membro da família, representado pela sigla Apgar que significa: *Adaptation* (Adaptação), *Partnership* (Participação), *Growth* (Crescimento), *Affection* (Afeição) e *Resolve* (Resolução).

Genograma: é um método de coleta, armazenamento e processamento de informações sobre a família, em que é possível, por meio da representação gráfica espacial de todos os seus membros, elaborar o diagrama de um grupo familiar. Possibilita avaliação da estrutura familiar e das relações na perspectiva de avaliação dos riscos familiares, para a explicação de fatores que possam contribuir para o desequilíbrio do processo saúde-doença na família, com vistas a propiciar elementos que possam subsidiar planos terapêuticos integrais, ou seja, com ações de prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde, especialmente, quando se faz necessária a adoção de um elemento externo (familiar ou não) como cuidador.

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 (BRASIL, 2007).

Acompanhe a seguir o esquema prático que possibilita realizar avaliação da família e suporte social (BRASIL, 2007):

Suporte social	<p>Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado?</p> <p>Quem poderia ajudá-lo/a?</p> <p>Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo?</p>	<p>Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a. Realizar Apgar de família.</p>
-----------------------	--	--

SAIBA MAIS!

Instrumentos de Abordagem Familiar: Genograma e Ecomapa. Disponível em: http://files.comunidades.net/enfermagemunip/instrumentos_de_abordagem_familiar_genograma_e_ecomapa.pdf.

▪ **Avaliação ambiental**

A avaliação do ambiente no qual o idoso vive é fundamental no acompanhamento longitudinal da Estratégia de Saúde da Família. Abaixo itens para avaliação ambiental:

Quadro 14 - Itens da avaliação ambiental.

Local	Avaliação
Áreas de locomoção	<p>Áreas de locomoção desimpedidas;</p> <p>Barras de apoio;</p> <p>Revestimentos: uniformes ou tapetes bem fixos.</p>
Iluminação	<p>Aumentar a intensidade da luz de duas a três vezes, especialmente nos banheiros e escadas. Usar luz fluorescente suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus;</p> <p>Utilizar luzes noturnas e luminárias com base segura;</p> <p>Distribuir os interruptores por lugares fáceis de notar;</p> <p>Sentinela: iluminando o quarto, corredor e banheiro.</p> <p>Embutir fios dos aparelhos ou fixá-los;</p> <p>Iluminação exterior: suficiente para iluminar toda entrada exterior;</p> <p>Cama com luz indireta.</p>

Quarto de dormir	Guarda-roupa: cabides facilmente acessíveis; Cadeira permitindo sentar para se vestir; Controle de luz e telefone ao lado da cama; Cama de altura adequada (45 cm) e colchão firme.
Banheiro	Área do chuveiro: antiderrapante, cadeira de banho, barra de apoio; Lavabo: facilmente acessível e bem firme; Aumento da altura do vaso sanitário; Barras de apoio laterais e paralelas ao vaso; Box: abertura fácil, cortina bem firme.
Cozinha	Armários: baixos, sem necessidade de uso de escadas; Pia sem vazamento e que permita a entrada de cadeira de rodas, se necessário.
Escada	Revestimento antiderrapante, marcação do primeiro e último degrau com faixa amarela; Interruptores no início e fim da escada; Identificação das bordas dos degraus com faixa amarela; Corrimão bilateral e sólido, observar a distância da parede, o contraste de cor e o diâmetro; Corrimão que se prolonga além do primeiro e do último degrau; Espelho do degrau fechado, com lixas antiderrapantes; Uniformidade dos degraus: altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes.
Sala	Disposição dos móveis para facilitar a circulação, sofás e cadeiras firmes e com braços.

Fonte: Adaptado de: SOUZA, Dayse Maria Morais e (Org.). **A Prática diária na Estratégia Saúde da Família**. Juiz de Fora: UFJF, 2011. 462 p. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/11/A-pr%C3%A1tica-di%C3%A1ria-na-estrat%C3%A9gia-Sa%C3%BAde-da-Fam%C3%ADia.pdf>>.

11 AÇÕES PREVENTIVAS NA SAÚDE DO IDOSO

As ações preventivas consistem na implementação de cuidados antecipatórios, capazes de modificar a história natural das doenças e evitar futuros declínios da saúde (HEFLIN, 2014).

▪ Ações individuais

A periodicidade dos exames médicos tem como principal finalidade os cuidados antecipatórios, que, por sua vez, são todas as intervenções capazes de reduzir a predisposição ou atrasar o início das doenças e suas complicações, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, limitar o impacto das incapacidades e de aumentar a esperança de vida (MORAES, 2012).

No quadro abaixo listam-se algumas ações de cunho individual que podem auxiliar na promoção da saúde e prevenção de doenças:

Quadro 15 - Intervenções preventivas/promocionais.

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS		SIM	NÃO	Observações	
DOENÇA CARDIOVASCULAR	Há indicação de antiagregante plaquetário?				
	Há indicação de estatina?				
	Ultrassom abdominal para diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal?				
IMUNIZAÇÃO	Anti-Influenza				
	Antipneumocócica				
	Dupla tipo adulto				
	Antiamarilíca				
	Vacina anti-herpes zoster				
RASTREAMENTO DE CÂNCER	Colorretal	PSOF (três amostras independentes)			
		Colonoscopia			
		Outros:			
	Mama (mamografia)				
	Colo de útero (Papanicolau)				
	Próstata (PSA)				

OSTEOPOROSE/ FRATURA DE FRAGILIDADE	Há indicação para solicitação de densitometria óssea?			
	Há indicação de quimioprevenção com suplementação de cálcio e vitamina D3?			
	Há indicação para tratamento farmacológico da osteoporose?			
ACONSELHAMENTO (Mudança de estilo de vida)	ATIVIDADE FÍSICA Há indicação para atividade física regular? Tipo de exercício: <input type="checkbox"/> aeróbico <input type="checkbox"/> resistido <input type="checkbox"/> flexibilidade			
	Orientações para prevenção de QUEDAS			
	Aconselhamento para prevenção ou tratamento do TABAGISMO			
	Aconselhamento para prevenção ou tratamento do ALCOOLISMO			
	Orientações nutricionais básicas para prevenção de OBESIDADE e do uso excessivo de gordura em indivíduos com DISLIPIDEMIA ou doença cardiovascular			

Fonte: Adaptado de: MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.

▪ Ações coletivas

Ações coletivas em saúde do idoso podem se materializar por meio de trabalho em grupo, formados a partir de interesses e temas em comum. É um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um meio para discussão das situações comuns vivenciadas no dia a dia. 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.

Algumas considerações estratégicas orientadoras do trabalho em grupo com os idosos estão descritas a seguir:

- Convide as pessoas idosas para participarem do grupo: para organizar um grupo com pessoas idosas, a equipe de saúde deve estar mobilizada e ter incluído essa atividade em seu planejamento. Existem inúmeras estratégias para convidar as pessoas idosas a participarem de grupos como: fixar cartazes na unidade de saúde e em pontos estratégicos na comunidade – escolas, associações, supermercados – e durante a realização de procedimentos e consultas.
- Temas a serem abordados: as temáticas e as atividades a serem propostas devem ser discutidas com os participantes de forma a estarem mais adequadas às demandas e às realidades locais.
- Local para a realização das atividades grupais: o local de escolha deve buscar superar as limitações relativas à locomoção e condições socioeconômicas adversas.
- Coordenação do grupo: o grupo pode ser coordenado por qualquer membro da equipe: agente comunitário de saúde (ACS), enfermeiro, médico, dentista, técnico em saúde bucal (TSB), entre outros. O coordenador é a pessoa responsável pelo grupo, ele organiza o encontro a partir do planejamento da equipe e, quando necessário, convida alguém para discutir um assunto específico.
- Denominações/categorização de grupos: os grupos podem ser tipificados, segundo suas ações dominantes: grupos de acompanhamento terapêutico; grupos de atividade socioculturais; grupos de prática corporal/atividades físicas e terapêuticas - caminhada, tai chi chuan, práticas lúdicas, esportivas e de lazer.
- Participação da equipe: toda a equipe pode participar do grupo, tomando-se o devido cuidado para o número de profissionais não ser excessivo, isso pode vir a inibir a participação das pessoas.
- Metodologia: sugere-se utilizar uma metodologia problematizadora, partindo de situações da realidade das pessoas envolvidas.

- A linguagem a ser utilizada: a postura dos profissionais é fundamental no sucesso do grupo (ver tópicos relacionados ao acolhimento e comunicação com a pessoa idosa).
- Compromisso do gestor com o grupo: cabe ao gestor municipal dar suporte para a realização das atividades em grupo garantindo a educação permanente dos profissionais e o fornecimento de recursos materiais (BRASIL, 2007).

Considerações finais

Diante do envelhecimento rápido da população brasileira e de suas profundas consequências na estruturação das redes de atenção à saúde, a tendência é que o profissional da Atenção Básica se depare cada vez mais frequentemente com o paciente idoso nas Unidades de Saúde. Dessa forma, o profissional precisa conhecer os diferentes aspectos da saúde do idoso, suas bases conceituais e como avaliá-la de forma sistematizada e multidimensional.

Os principais aspectos da avaliação multidimensional do paciente idoso foram revisados nesse material didático e servirão como parâmetros a serem seguidos na sua rotina de trabalho, incluindo o atendimento e avaliação do estado geral de saúde do paciente idoso.

REFERÊNCIAS

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Beers criteria update expert panel. American Geriatrics Society updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. **J. Am. Geriatr. Soc.**, New York, v. 60, p. 616-631, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>. Acesso em: 14 maio. 2014.

____. _____. **Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**: proposta preliminar. 2014a. 33 p. Disponível em: http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/201402061526_manualcaderneta-doidoso.pdf. Acesso em: 21 maio. 2014.

____. _____. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 2014b. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 22 maio. 2014.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf. Acesso em: 14 maio. 2014.

____. _____. _____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2014.

____. _____. _____. **Alimentação saudável para a pessoa idosa:** um manual para profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 36 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf>. Acesso em: 21 maio. 2014.

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1976 p. p. 655.

ESCALA de Depressão Geriátrica - GDS. 2014. Disponível em: < http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/1173/gds.pdf>. Acesso em: 21 maio. 2014.

HAPONIK, E. F.; McCALL, W. V. Sleep problems. In: HAZZARD, W. R. et al. **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology**. New York: McGraw-Hill, 1999. p. 1413-1427.

HEFLIN, Mitchel T. **Geriatric health maintenance**. 2014. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/geriatric-health-maintenance>. Acesso em: 22 maio. 2014.

MORAES, Edgar Nunes de. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

____. **Atenção à saúde do idoso:** aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2014.

OSELKA, Gabriel et al. **Geriatría**: guia de vacinação. Rio de Janeiro, RJ: SBGG, SBIm, 2013. Disponível em: <http://www.svim.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Guia-Geriatría_SBIM-SBGG_130705_web.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2014.

PASSARELLI, M. C. G.; GORZONI, M. L. Iatrogenia: reações adversas a medicamentos. In: JACOB FILHO, W.; GORZONI, M. L. **Geriatría e Gerontologia**: o que todos deviam saber. São Paulo: Roca, 2008. p. 19-30.

SILVA, Roberta da; SCHMIDT, Olavo Forlin; SILVA, Sargee da. Polifarmácia em geriatría. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 2, p. 164-174, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/56-02/revis.pdf>. Acesso em: 21 maio. 2014.

SIMON, Chantal; EVERITT, Hanzel; VAN DORP, Françoise. **Manual de clínica Geral de Oxford**. 3. ed. Tradução de André Garcia Islabão e Anelise Teixeira Burmeister. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1316 p.

SOUZA, Dayse Maria Morais e (Org.). **A Prática diária na Estratégia Saúde da Família**. Juiz de Fora: UFJF, 2011. 462 p. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/11/A-pr%C3%A1tica-di%C3%A1ria-na-estrat%C3%A9gia-Sa%C3%BAde-da-Fam%C3%ADlia.pdf>>. Acesso em: 21 maio. 2014.