



Atenção à Saúde do Idoso

Protocolo de Enfermagem



Protocolo de Enfermagem

Atenção à Saúde do Idoso

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E PSF

Dr^a JOANA AZEVEDO DA SILVA

ÁREA TEMÁTICA DE SAÚDE DO IDOSO

SERGIO MÁRCIO PACHECO PASCHOAL

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO DESCENTRALIZADA

FÁBIO MESQUITA

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

ENF^a PATRICIA LUNA
ENF^a ROSANA BURGUEZ DIAZ



Sistema Único de Saúde
Secretaria Municipal da Saúde
Prefeitura de São Paulo

APRESENTAÇÃO

Hoje estão aí trisavôs, avós, netos, bisnetos convivendo e vivendo uma história mais longa. Se, por um lado, essa situação permite que as histórias familiares, as situações vivenciadas sejam transmitidas diretamente por gerações diferentes, por outro lado exige cuidados, cuidadores e conhecer o processo de envelhecer, não como sorte de um outro membro da família e de amigos; significa saber o que fazer, como fazer, o que mudar.

APRESENTAÇÃO

- Hoje, morrer aos 60, aos 70, é morrer cedo; é interromper um processo de vida que podia significar alegrias, convivências, fazeres, antes não permitidos pelo trabalho, pela criação dos filhos. Envelhecer sem significar sofrimento, envelhecer aprendendo cuidados novos, posturas de encarar a vida de frente...

- Nós, da Saúde, temos um papel essencial a desempenhar, para que envelhecer signifique vida com qualidade. Precisamos aprender como fazer, o que fazer, como cuidar, como tratar novas demandas, como respeitar os idosos em sua autonomia ou na ausência de autonomia.

APRESENTAÇÃO

O envelhecer da população brasileira é novo; significa que as condições de assistência à saúde, de saneamento básico, de controle das doenças infecto contagiosas estão dando resultados; significa que o conhecimento, e a tecnologia colocam-se ao alcance da sociedade.

**Aceitamos esse desafio;
preparemo-nos para um
trabalho de qualidade na
Atenção Básica de Saúde.**

São Paulo, 21 de Julho de 2004.

Joana Azevedo da Silva
*Coordenadora da Atenção Básica
e PSF*



I - Atenção à Saúde do Idoso

1 - Introdução

- **O envelhecimento populacional, que significa aumento da proporção de idosos na população é uma realidade; sendo assim, os serviços de saúde, bem como os profissionais, necessitam estruturar-se para atender à demanda desta população.**
- **O conhecimento de aspectos do processo de senescência (modificações peculiares do envelhecimento) e senilidade (alterações decorrentes de processos mórbidos) é fundamental para a prestação de uma assistência nos níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde.**

1 - Introdução

- Este material tem como objetivo orientar as ações de enfermagem na atenção à saúde do idoso, apontando peculiaridades a serem abordadas, visando um atendimento diferenciado, promovendo o máximo da autonomia e independência desta população.

- Considerando-se os princípios e doutrinas do Sistema Único de Saúde e o Estatuto do Idoso - Lei 1.741/03, este trabalho vem colaborar na organização de referência e contra-referência, prestando uma assistência voltada para a promoção da saúde do idoso, encaminhando o indivíduo para níveis secundário e terciário quando a indicação for preconizada.

1 - Introdução

Este documento não tem a intenção de abordar todos os aspectos relativos ao assunto, mas constitui-se como um norteador importante para a prática diária da(o) enfermeira(o), respaldado pela LEP 7498/86 e Resoluções do COFEN 195/97 e 271/2002.

2 - Fluxograma de Atendimento ao Idoso



3 - Avaliação Geronto-Geriátrica

Realizada de forma sistematizada tem como maior objetivo desenvolver um plano adequado de tratamento, considerando-se as especificidades relacionadas aos processos de senescência (alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem com o envelhecimento) e senilidade (modificações determinadas pelas afecções que freqüentemente acometem os idosos), auxiliando na redução de exposição e fatores de risco de agravos a saúde, visando a manutenção do estado funcional e cognitivo.

3 - Avaliação Geronto-Geriátrica

A Consulta de Enfermagem, realizada pelo enfermeiro deverá basear-se nos instrumentos da Sistematização da Assistência de Enfermagem como: o Histórico (Entrevista e Exame Físico), Levantamento de Problemas e/ou Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e plano de Cuidado (anexo 1).

4 - Primeira Consulta de Enfermagem

Entrevista

- **Identificação:** Sexo, idade, estado civil (tempo), ocupação atual (tempo); profissão; escolaridade;
- **Identificar:** o conhecimento sobre sua saúde e os fatores de risco relacionados a agravos à saúde;
- **Antecedentes familiares:** hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral, câncer, demência;
- **História atual e pregressa:** queixa principal, doenças, tratamentos, cirurgias, vícios, quedas, sintomatologia;

4 - Primeira Consulta de Enfermagem

- **Imunização;**
- **Uso de Medicamentos:** prescritos, por conta própria, conhecimentos, dificuldades (econômica, deglutição, memória, manipulação, outras);
- **Perfil Fisiológico:** aspectos cardiovasculares e metabólicos; nível pressórico, colesterol, triglicérides, glicemia de jejum.
- **Perfil Nutricional:** Avaliação de Risco Nutricional (anexo 2); alimentação: composição, número de refeições, quem prepara, conservação; deglutição, mastigação.

4 - Primeira Consulta de Enfermagem

- **Aspectos sensoriais:** acuidade auditiva, acuidade visual, exame de fundo de olho; paladar, olfato, tato.
- **Perfil psicológico:** vícios (álcool, drogas, tabaco); cognição/memória - Escala Mini-mental (anexo 3); sono e repouso.
- **Riscos familiares:** obesidade, hipertensão, infarto, artrose, diabetes, câncer.
- **Perfil sócio-cultural:** lazer, atividades laborais, ocupação do tempo livre (frequência, tipo, satisfação); espiritualidade: crenças, atividades, frequência; ansiedade, estresse, depressão - Escala de Depressão de Yesavage (anexo 4).

4 - Primeira Consulta de Enfermagem

- **Auto-cuidado:** Atividades de vida diária (AVDs anexo 5); hábitos de higiene corporal e bucal (frequência, dificuldades); vestuários (adequação/temperatura ambiente, elásticos, autonomia).
- **Perfil de ambiente:** tipo de moradia, uso de tapetes, corrimão, banheira, iluminação, animais domésticos, condições de higiene e segurança.
- **Situação familiar:** composição, necessidade/disponibilidade de cuidador.
- **Sexualidade:** parceiro, dificuldades/queixas, sexo seguro.
- **Hábito intestinal:** frequência, queixas.



5 - Exame Físico Geral e Específico

Avaliar

- **Pressão arterial** (posições sentada, deitada e em pé).
- **Medidas antropométricas:** peso, altura e estabelecer índice de massa corpórea.
- **Cabeça:**
 - **Fácies:** simétricas, cicatrizes, erupções da pele, lesões, etc. Também podem sugerir doença renal ou disfunção glandular.
 - **Couro cabeludo:** lesões, assimetrias, condições de higiene, etc.
 - **Olhos:** acuidade visual, uso de óculos, sensibilidade à luz, edema, congestão, lacrimejamento, secura, catarata, movimentos extra-oculares, queda palpebral, movimentos não usuais, coloração da esclera, etc.

5 - Exame Físico Geral e Específico

- **Ouvido:** acuidade auditiva, cerúmen, secreções, dor, prurido, cuidados com o ouvido, etc.
- **Nariz/narina:** desvios, secreções, lesões, olfato, sangramento nasal, sensação de obstrução, dor e outros sintomas, etc.
- **Cavidade oral:** condições de dentição e/ou próteses, mucosa, odor à respiração, higiene, lesões, umidade, cor, infecções, etc.
- **Pescoço:** presença de nódulos, palpação da glândula tireóide, sopro em carótida; veias jugulares: distensão (cabeceira em ângulo de 45 graus).
- **Pele e anexos:** coloração, cicatrizes, icterícia, lesões; hidratação: turgor, xerodermia, etc; unhas: onicomicose, deformidades.

5 - Exame Físico Geral e Específico

- **Tórax:** forma, expansão simétrica a respiração, cicatrizes, anormalidades estruturais, etc.
 - Ausculta cardíaca: frequência, ritmo, pulso apical, arritmias, sopros, extra-sístoles, etc.
 - Ausculta pulmonar: frequência respiratória, ritmo, expansividade e ressonância. Qualidade dos sons respiratórios (estertores, roncos e sibilos).
 - Mamas/mamilos: simetria, presença de massas/nódulos e secreções
- **Abdômen:** inspeção: simetria, hérnias, cicatrizes, veiais dilatadas, saliências, distensões, contrações fortes; ausculta: ruídos hidroaéreos e sons vasculares; palpação: massas, pulsações e órgãos (fígado, baço); percussão: timpânico e/ou maciço.

5 - Exame Físico Geral e Específico

- **Aparelho genitourinário:** avaliação da região escrotal: simetria dos testículos, dor e massas; avaliação da próstata: urgência miccional, disúria; avaliação da região vulvar e vaginal: inflamações, presença de secreções, lesões e prolapso; coleta de colpocitologia oncótica.
- **Aparelho músculo-esquelético (MMSS e MMII):** postura, força muscular, claudicação, hemiparesias, deformidades, dor articular; perfusão periférica: cor e temperatura.
- **Avaliação Neurológica:** o exame no idoso é de extrema importância e não deve ser omitido, pois as principais causas de incapacidade nesta faixa etária se dá pelos distúrbios neurológicos existentes.

5 - Exame Físico Geral e Específico

- **Para se evitar as freqüentes mudanças de posição para avaliação do idoso, o que poderá ser intolerável para alguns idosos, recomendamos alguns passos da avaliação mais sistematizada:**
 - **Idoso sentado: examina-se estado mental, o pescoço, os nervos cranianos, movimentos, a sensibilidade, os reflexos profundos.**
 - **Idoso em pé: avaliar a postura, o equilíbrio e a marcha.**
 - **Idoso deitado: avaliar o tono muscular, a força, a presença de movimentos anormais, os sinais meningorradiculares (rigidez de nuca, Brudzinski, Kerning e Lasègue).**

5 - Exame Físico Geral e Específico

- **Abaixo citamos alguns aspectos da avaliação neurológica considerada significativa no cliente idoso, uma vez que o exame utilizado é o mesmo do cliente adulto.**

A) Nível de consciência: avaliar a orientação fazendo perguntas sobre: pessoa: 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.

5 - Exame Físico Geral e Específico

B) Função motora: verificar o movimento voluntário de cada extremidade, através de comandos específicos. Por exemplo: peça à pessoas 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 direito e o consensual à luz.

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

5 - Exame Físico Geral e Específico

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

F) Postura e Marcha: solicite para que o cliente caminhe e observe marcha e postura. Sua avaliação é indispensável no exame neurológico.

- **Vascular periférico:** dilatação venosa, circulação colateral, engurgitamento jugular, varizes; pulso pedioso e perfusão periférica: enchimento capilar, cor e temperatura das extremidades; dor, claudicação intermitente, edema, cor, alterações cutâneas (pele fina, atrófica, lustrosa, queda de pêlos, coloração acastanhada no terço inferior das pernas, dermatite, fibrose, úlcera).

6 - Avaliação Laboratorial

Exames laboratoriais básicos devem ser solicitados anualmente, visando-se identificar alterações:

- hemoglobina,
- hematócrito,
- VHS,
- albumina,
- creatinina,
- potássio,
- glicemia,
- hemoglobina glicada,
- colesterol total,
- colesterol HDL e LDL,
- triglicérides,
- cálcio,
- ácido úrico,
- fosfatase alcalina,
- clearance de creatinina,
- TSH,
- PSA.

7 - Consulta de Enfermagem Subsequente

- **Entrevista direcionada a aspectos de relevância;**
- **Exame físico geral e específico;**
- **Avaliar os cuidados prescritos e resultados obtidos conjuntamente com o cliente e/ou familiares/cuidadores;**
- **Avaliar resultados de exames e fazer encaminhamentos necessários para demais profissionais da equipe de saúde.**

8 - O que Orientar Durante as Consultas

- **Hábitos saudáveis (evitar fumo, álcool, drogas);**
- **Exames preventivos;**
- **Tratamentos e uso de medicações prescritas;**
- **Atividade física regular**
- **Alimentação saudável;**
- **Ingestão de líquidos;**
- **Higiene pessoal e vestuário;**
- **Cuidados com pele e anexos;**

8 - O que Orientar Durante as Consultas

- **Cuidados com os pés;**
- **Prevenção de quedas/segurança ambiental;**
- **Imunizações;**
- **Participação em ações de socialização e exercício da cidadania;**
- **Recursos comunitários;**
- **Entre outras.**

9 - Tratamento Medicamentoso e Não Medicamentoso

A(o) enfermeira(o), assim como os outros integrantes da equipe de saúde, atuam na sensibilização do idoso quanto à manutenção da qualidade de vida, bem como da autonomia e independência, especialmente durante a fase de envelhecimento.

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

9 - Tratamento Medicamentoso e Não Medicamentoso

Além disso, no tratamento medicamentoso, compete a(o) enfermeira(o) a transcrição dos medicamentos que são estabelecidos em programas oficiais de saúde pública (tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, mulher, DST, entre outros) e em rotina aprovada pela SMS (exemplo: Protocolos de Enfermagem Portaria SNS.G 1004/03). Sendo que a transcrição deve ser realizada somente durante a Consulta de Enfermagem.

10 - Saúde Bucal

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

10 - Saúde Bucal

Serão relatadas a seguir orientações, a serem indicadas para os idosos, considerando-se situações diferenciadas:

Orientações Gerais:

Independente da presença dos dentes é necessário limpar:

10 - Saúde Bucal

Língua: A língua deve ser higienizada com limpadores de língua ou mesmo com gaze enrolada no dedo ou em palito de sorvete, embebida em solução para a higiene. Para promover esta limpeza, a gaze deve ser embebida em solução 1/2 colher das de chá de bicarbonato em 1/2 copo de água. Não é preciso colocar força, esfrega-se levemente, para promover a limpeza. A língua também pode ser limpa com escova dental, com cerdas super macias.

10 - Saúde Bucal

Céu da boca, bochechas, gengivas: Também devem ser limpos com a mesma solução da língua e com gaze (enrolada no dedo ou no palito de sorvete).

A) Recomendações básicas para pacientes com uso de próteses

1. O sucesso da prótese depende em grande parte do próprio paciente, que deverá ter força de vontade e paciência para aprender a usá-la;

10 - Saúde Bucal

- 2. Para mastigar com a prótese, os movimentos devem ser mais lentos no sentido de abrir e fechar a boca, não fazendo movimentos para os lados ou para frente;**
- 3. Usar somente os dentes do fundo na mastigação, para que não se desloquem as próteses;**
- 4. Retirar as próteses para higiene depois de cada refeição;**
- 5. Na hora da higienização segurar as próteses com firmeza;**
- 6. Escová-las sobre uma bacia com água, para evitar que caiam e quebrem.**

10 - Saúde Bucal

- 7. Orientar procurar um dentista em caso de quebra das próteses, não consertá-las em casa.**
- 8. Escovar as próteses do lado de dentro e do lado de fora com escova dura (escova de unha) com sabão ou pasta dental.**
- 9. Escovar o céu da boca, a língua e as mucosas internas da boca, com escova macia.**
- 10. Orientar para que, se possível dormir sem a prótese para dar descanso às mucosas.**
- 11. Caso o idoso durma com a prótese, recomenda-se retirar pelo menos a inferior, principalmente se a pessoa tiver hábito de apertar os dentes.**

10 - Saúde Bucal

12. Orientar a procurar um dentista a cada 6 meses para avaliação das próteses, pois a boca muda suas características.

13. As próteses duram 5 anos, depois disto os dentes desgastam e não conseguem mais cortar os alimentos.

14. A prótese tipo ponte deve ser desinfetada uma vez por semana, colocando-as submersas por 10 minutos na seguinte solução:

- Um copo de água;**
- Uma colher de sopa de água oxigenada (10 volumes); e**
- Uma colher de chá de cândida ou alvejante.**

10 - Saúde Bucal

B) Recomendações básicas para pacientes com dentes

1. Posicionar a escova na altura do limite entre dente e gengiva, com as cerdas direcionadas para a raiz do dente, fazendo movimentos rotatórios, de pequena amplitude, depois varrer.
2. Este movimento deve ser feito em todos os dentes (superiores e inferiores) por dentro e por fora.
3. Com uma gaze umedecida (1/2 copo de água dissolver 1/2 colher de chá de bicarbonato de sódio) passar na superfície superior da língua.

10 - Saúde Bucal

C) Uso de Fio Dental

- 1. Palitos e outros materiais não específicos podem machucar as gengivas.**
- 2. O fio dental deve ser usado sempre que se tem dentes, independente de ter dente vizinho ou não.**
- 3. Enrolar aproximadamente 50 cm de fio dental na extremidade dos dedos médios.**
- 4. Com o fio esticado passar cuidadosamente entre os dentes, deslizar sobre uma das superfícies para cima e para baixo, penetrando ligeiramente dentro da gengiva, para remover a placa. Lembrar de limpar completamente cada superfície dental separadamente.**

10 - Saúde Bucal

D) Recomendações Básicas para Pacientes com uso combinado de dentes e pontes

1. **Orientar o idoso para que retire as pontes após cada refeição para serem escovadas.**
2. **Orientar a escovar os grampos das pontes por dentro.**
3. **Sem as pontes na boca, orientar a escovar os dentes, as gengivas, a língua e as mucosas.**
4. **Os idosos que possuem pontes fixas devem limpá-las por baixo com escovas especiais e passadores de fio dental especiais. Peça orientação ao dentista.**
5. **As pontes que possuem parte metálica não devem ser colocadas de molho em cândida ou água sanitária, pois oxidam.**

10 - Saúde Bucal

E) Cuidados para evitar lesões cancerizáveis

Examinar a boca periodicamente, a cada 4 meses, para procurar possíveis lesões na língua (embaixo e dos lados), nas gengivas, nas bochechas, no pescoço e nos dentes, como:

- Lesões brancas que perduram 15 dias;
- Lesões enegrecidas;
- Caroços;
- Dentes mudando de posições;
- Lesões vermelhas;
- Lesões indolores.

Encaminhar para um dentista, toda lesão tem cura quando diagnosticada precocemente.

11 - Alimentação, Nutrição e Envelhecimento

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

11 - Alimentação, Nutrição e Envelhecimento

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

11 - Alimentação, Nutrição e Envelhecimento

É de suma importância que o enfermeiro identifique valores que possam interferir na condição nutricional do indivíduo idoso, tais como: fatores fisiológicos, metabólicos, psicológicos, sociais e patológicos, fazendo-se necessário um olhar diferenciado na sua avaliação.

11 - Alimentação, Nutrição e Envelhecimento

A Escala de Risco Nutricional (anexo 2) é um instrumento que poderá ajudar na identificação de indivíduos com riscos, indicando as intervenções cabíveis.

Para indivíduos que apresentem risco moderado poder-se-á melhorar a qualidade da alimentação através de orientações contidas no anexo 6.

Para os indivíduos que apresentem alto risco, orienta-se o encaminhamento para o nutricionista.

$$\text{Calculo do IMC : } \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

Adequado para idoso: 22-27

Nutricion Screening Initiative, 1994

12 - Atividade Física

Os avanços tecnológicos dos tempos atuais permitiram uma vida com relativo conforto para a sociedade (escadas comuns foram substituídas por escadas rolantes e elevadores e a caminhada até o mercado da esquina foi substituída por uma pequena jornada motorizada). Problemas graves e comuns passaram a fazer parte de nossas vidas com mais frequência. Isso tudo devido à diminuição de atividades em nosso cotidiano.

12 - Atividade Física

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

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

12 - Atividade Física

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

12 - Atividade Física

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

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

12 - Atividade Física

Exercício Físico: caracteriza-se como uma atividade em que há intencionalidade de movimento, sendo uma atividade planejada, estruturada e repetitiva, tendo como propósito a manutenção da saúde ou a otimização do condicionamento físico ou ainda da aptidão física. Exemplo: caminhadas sistemáticas de 30 minutos, três vezes na semana.

12 - Atividade Física

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

O idoso deve escolher a atividade física que mais lhe agrada, até porque precisa de motivação para frequentar um programa da atividade física. Esse programa deve ser de, no mínimo, 30 minutos por dia, com intensidade leve ou moderada, se possível todos os dias da semana.

12 - Atividade Física

Entre as atividades escolhidas devem estar as que envolvem grandes grupos musculares, como: caminhada, hidroginástica, dançar, esportes em geral, adequado à faixa etária (voleibol adaptado, por exemplo), natação, atividades recreativas, entre outras.



12 - Atividade Física

A atividade física escolhida requer vestimenta adequada, e não pode ser realizada com saias e sapatos com salto. E sim com roupa e calçado adequado.

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

12 - Atividade Física

O calçado dê preferência para uso de tênis com sola de borracha e macio, que se adapte ao pé e dê mobilidade ao tornozelo. Meias limpas e macias, como referência para algodão e não náilon (que aprisiona o calor e a umidade, causando coceira ou irritação).

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

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



13 - Sexualidade

A crença de que o avançar da idade e o declinar da atividade sexual estejam exoneravelmente interligados, tem sido responsável para que não se prestasse atenção suficiente a uma das atividades mais fortemente associadas à qualidade de vida, como é a sexualidade.

Muitas pessoas, na oitava década de vida, continuam sendo sexualmente ativas, e mais da metade dos homens maiores de 90 anos, referem manter o interesse sexual. Mas apenas menos de 15% deles podem ser considerados sexualmente ativos.

13 - Sexualidade

A sexualidade é um fator importante da existência humana, em qualquer etapa da vida, sendo assim, esta questão não pode passar inadvertida, portanto durante a consulta de enfermagem alguns fatores causadores de disfunção erétil no idoso devem ser pesquisados:

- **Transtornos vasculares;**
- **Uso de polifarmácia (responsável por 25% das disfunções eréteis nesta idade);**
- **Uso de medicamentos com anti-hipertensivos, ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos, diuréticos, digoxina, estrógenos, andrógenos ou anticonvulsivantes;**

13 - Sexualidade

- **Uso de álcool e tabaco;**
- **Transtornos metabólicos e endócrinos;**
- **Transtornos neurológicos.**

A(o) enfermeira(o) durante o atendimento ao idoso deve:

- **Estimular o idoso a relatar questões que podem interferir na sua vida sexual;**
- **Orientar as alterações normais que ocorrerão em sua sexualidade;**
- **Orientar sobre a existência de fatores que podem piorar o quadro de disfunção;**

13 - Sexualidade

- **Sensibilizar quanto às questões sociais e culturais que possam interferir na diminuição do desejo sexual;**
- **Sensibilizar o idoso para que evite a auto-cobrança quanto ao seu desempenho sexual;**
- **Orientar o idoso a realizar o sexo preferencialmente de manhã, quando está descansado e disposto;**
- **Sensibilizar quanto a automedicação, sempre procurando um profissional de saúde quando necessário;**
- **Sensibilizar e orientar a utilização de preservativo.**



14 - Imunizações

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

***Vacina contra a Influenza:**

O vírus da influenza, conhecida como gripe, é transmitido por inalação, através de gotículas de saliva suspensa no ar, e incuba por um período de 1 a 4 dias.

14 - Imunizações

A vacina produzida para o Brasil é atualizada duas vezes ao ano, de acordo com as características dos vírus em circulação no nosso hemisfério e por isto é muito específica para a população de vírus existentes.

As indicações para a vacina contra a influenza são:

- **Idade superior a 60 anos;**
- **Portadores de doenças crônicas pulmonares como enfisema e asma, cardiopatias, diabetes e hipertensão;**
- **Idosos com doenças renais;**

14 - Imunizações

- **Pessoas com a imunidade deprimida por doenças como AIDS ou que tomam medicamentos que causam diminuição da imunidade como quimioterápicos e tratamento par o câncer.**
- **Pessoas que mantêm contato com indivíduos que apresentem risco para complicações da gripe, como cuidadores de pacientes idosos, profissionais da área da saúde e familiares.**

14 - Imunizações

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

A única contra-indicação é doença aguda com febre alta.

14 - Imunizações

É importante lembrar que a imunidade só é eficaz para o vírus para o qual a vacina foi produzida, portanto é possível apresentar sintomas de infecção por outros tipos de vírus que causam doenças respiratórias. Esta orientação é necessária para que os idosos não deixem de vacinar-se por pensar que houve falha na vacina.

14 - Imunizações

***Vacina Pneumocócica:**

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

A via de administração da vacina anti-pneumocócica é intramuscular ou subcutânea.

A indicação da vacina é para todos os indivíduos de mais de 60 anos, 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.

14 - Imunizações

Recomenda-se vacinar os indivíduos que já tiveram pneumonia pneumocócica porque a infecção natural não confere imunidade.

A eficácia da vacina é grande em idosos e em indivíduos de risco maior como no diabético.

A vacina é considerada segura e os efeitos colaterais locais são dor, vermelhidão e edema leve.

14 - Imunizações

Estas manifestações podem ocorrer em metade dos vacinados e desaparecem em 2 dias no máximo. As manifestações gerais podem ser febre, cefaléias e mal estar. Quadros de alergias são raros. Não há contra-indicações.

A revacinação deve ser feita de cinco em cinco anos. A vacina contra influenza pode ser administrada concomitantemente com a pneumocócica.

14 - Imunizações

*** Vacina contra Difteria e Tétano:**

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

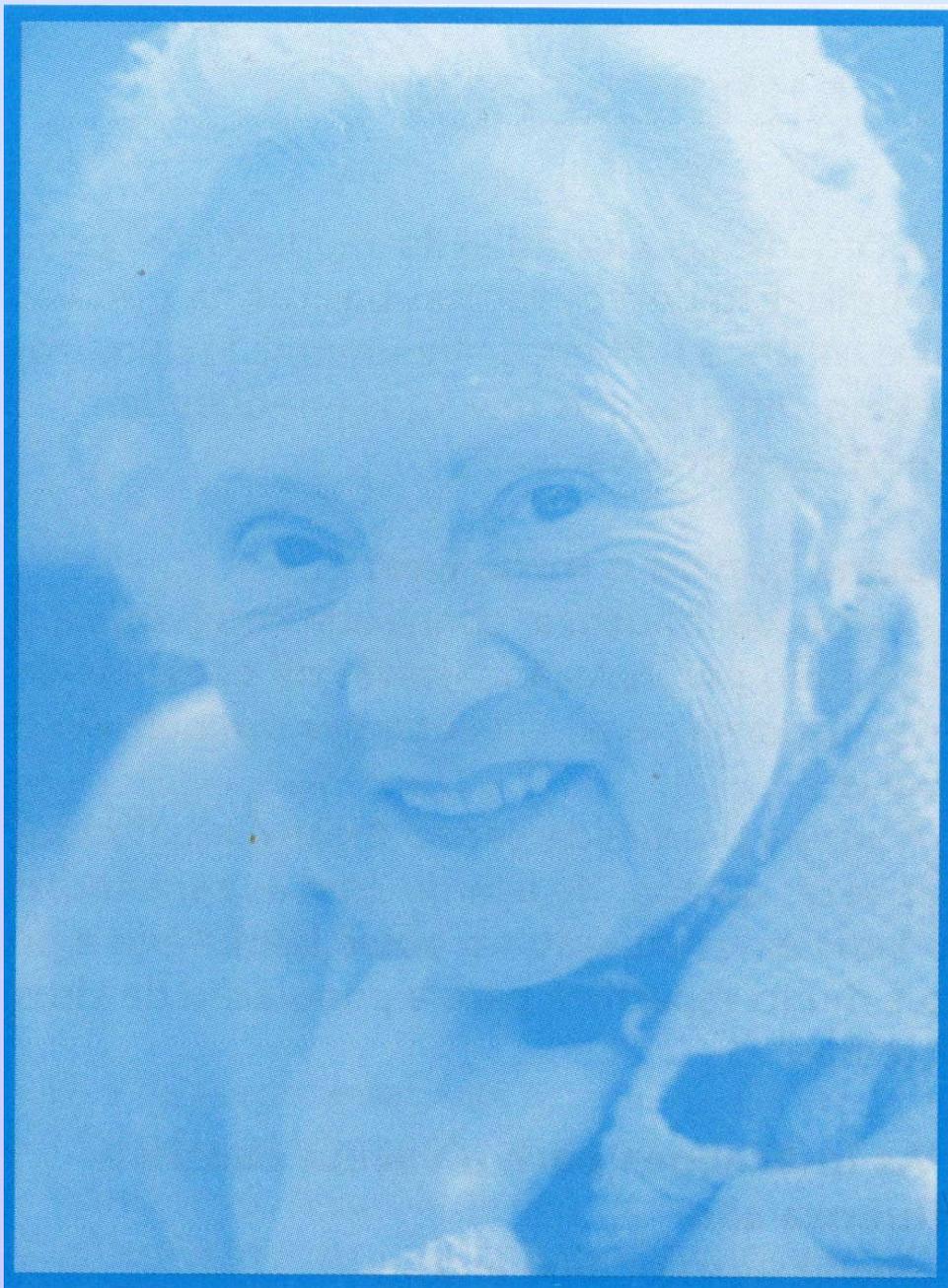
14 - Imunizações

Todas as pessoas idosas devem completar uma série de vacina da difteria combinada com a vacina de tétano. Esta série consiste em três doses do preparado contendo toxóide diftérico e tetânico, sendo as duas primeiras doses com intervalo de um mês e a terceira dose 6 a 12 meses após a segunda dose. Após o calendário básico, a revacinação deve ser feita com uma dose a cada dez anos.

14 - Imunizações

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

A vacinação completa previne a difteria em 85% e o tétano em 95% e reação alérgica após a primeira dose ou febre alta e infecção grave seriam as únicas contra-indicações para a vacinação.



14 - Imunizações

AGENTES IMUNIZANTES ATIVOS COMUMENTE UTILIZADOS EM IDOSOS.

Agente	Tipo de Preparação	Esquema de Dosagem	Comentários
Toxóide tetânico e diftérico para uso adulto (dT)	Toxóides bacterianos	IM a cada 10 anos; usar o aniversário de meia-década.	Também usados para o tratamento e prevenção do tétano em feridas
Vacina contra Influenza	Vírus inativado	IM /SC anualmente	Usada em pessoas com >65 anos de idade em qualquer idade com doença crônica
Vacina polissacarídea contra o pneumococo	Polissacarídeos capsulares purificados 23-valente	IM /SC dose única com um único reforço após cinco anos	Usada em adultos de risco e pessoas >65 anos

15 - Desenvolvimento de Trabalho em Grupo

O idoso durante o decorrer de sua vida, transita por vários grupos: família, amigos, escola e trabalho tendo a necessidade de se filiar a um grupo de pessoas que se aproxime de sua faixa etária. É no grupo que o indivíduo reconhece valores e normas, tanto os seus como os dos outros, embora diferente dos seus ou mesmo opostos.

15 - Desenvolvimento de Trabalho em Grupo

O idoso por várias razões acaba perdendo seus contatos sejam familiares, de trabalho, de lazer ou outros e tornando-se sozinho. Por isso a importância de fazê-lo participar de novos grupos e ajudá-lo a se enquadrar naqueles que mais lhe satisfaz.

Os grupos podem ser divididos em diferentes níveis:

15 - Desenvolvimento de Trabalho em Grupo

A) Interesse físico: caminhada, Tai Chi Chuan, Lian Gong, alongamento, etc.

B) Interesse prático: tricô, crochê, fuxico, biscuit, culinária, jardinagem, etc.

C) Interesse artístico: pintura em tecido, pintura em tela, mosaico, etc.

D) Interesse intelectual: palestras sobre assuntos de interesse para faixa etária, coral, teatro, alfabetização para adultos, etc.

E) Interesse social: passeios, bailes, bingos, etc.

16 - Visita Domiciliária ao Idoso

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

16 - Visita Domiciliária ao Idoso

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

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

16 - Visita Domiciliária ao Idoso

A visita ao idoso tem como objetivo gerais:

- * Acompanhar o idoso e seu familiar, no ambiente em que vivem, através de visita previamente agendada e de preferência com a participação de familiares e cuidadores formais ou informais;
- * Avaliar o ambiente em que o idoso vive estabelecendo um plano assistencial voltado à recuperação e ao auto-cuidado;
- * Promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante ações profiláticas;

16 - Visita Domiciliária ao Idoso

*** Fornecer as orientações relativas aos cuidados necessários, que serão realizados por pessoa responsável pelo cuidado do idoso no contexto domiciliar.**

A programação das visitas dependerá de vários fatores (o território, a adscrição da clientela, necessidade do cliente, etc.), que poderão ser levantados na primeira visita e/ou decidida em reunião de equipe.

É de competência da equipe definir quais os idosos deverão ser visitados com maior assiduidade pelos profissionais de equipe e qual frequência desta visita.

II - Assistência de Enfermagem em Agravos à Saúde do Idoso



Os diagnósticos de enfermagem contidos neste protocolo são uma amostra do que poderá ser encontrado no Diagnóstico de North American Association (NANDA) e na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), para as doenças descritas.

1 - Demências

O Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV) define demência como uma síndrome (causada por diversas doenças) caracterizada pelo prejuízo de um nível intelectual previamente mais alto. O comprometimento envolve memória e pelo menos mais uma outra área cognitiva (incluindo linguagem, orientação, habilidades construtivas, pensamento abstrato, resolução de problemas e praxis) e deve ser severo suficientemente para interferir no desempenho profissional e social, ou em ambos, causando prejuízo funcional.

1 - Demências

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.

SINAIS SUGESTIVOS DE DEMÊNCIA

É possível que o paciente tenha demência, se apresentar dois ou mais dos sinais listados a seguir:

- Perda de memória;
- Dificuldade na execução de tarefas familiares;
- Problemas com a linguagem;
- Desorientação no tempo e no espaço;
- Pobreza ou declínio de julgamento;
- Problemas com o pensamento abstrato;

1 - Demências

- Perda de objetos, ou colocação de objetos em locais inapropriados;
- Mudanças no humor e comportamento;
- Mudanças na personalidade;
- Perda de iniciativa.

Caso seja confirmada a possibilidade de demência, através de entrevista com a família ou cuidador mais próximo, é necessário que este idoso seja encaminhado para avaliação médica especializada.

Diagnóstico de Enfermagem

- Comunicação verbal prejudicada;
- Alteração no processo de pensamento;
- Memória prejudicada;
- Distúrbio no padrão de sono;
- Alteração na eliminação urinária;
- Presença de confusão.

1 - Demências

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Alguns tipos de demência são reversíveis, daí a importância de se excluir causas potencialmente tratáveis, como por exemplo, déficits nutricionais, metabólicos, e a pseudodemência, associada a quadros depressivos. Outras podem ser secundárias a doenças vasculares, infecções e lesões estruturais do SNC.

1 - Demências

A doença de Alzheimer não tem cura, atualmente, o tratamento farmacológico específico consiste na indicação de drogas inibidores da acetilcolinesterase que lentificam a progressão da doença, estabilizando seu curso por um tempo maior. Vários estudos têm demonstrado que a medicação pode, em alguns casos, melhorar a função e o comportamento.

1 - Demências

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

Este tratamento medicamentoso é disponibilizado em alguns Centros de Referência, onde o idoso é avaliado por uma equipe especializada.

1 - Demências

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

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

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

1 - Demências

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

1 - Demências

Alguns instrumentos de avaliação são fundamentais para nortear as ações sistematizadas de enfermagem, além disso, permitem, e facilitam a prática.

O MEM - mini-exame do estado mental (anexo 3) possibilita um breve rastreio do comprometimento cognitivo, permitindo orientações quanto as adequado estímulo às funções que ainda se encontram preservadas.

O Índice de Katz (anexo 5) avalia as dependências par atividades de vida diária - AVD's que envolvem o auto cuidado, oferecendo um bom parâmetro para as intervenções de enfermagem neste nível de comprometimento.



2 - Incontinência Urinária

Incontinência Urinária é a incapacidade de controlar a eliminação da urina da bexiga. Vale lembrar que não se trata de uma doença, mas sim de um sintoma.

Em adultos hígidos a bexiga tem a capacidade de reter um volume de 250 a 400ml. Quando esse volume é atingido, o reflexo da micção faz com que a bexiga se contraia.

Nos idosos, a capacidade da bexiga diminui, assim como o tônus muscular. Isso faz com que haja uma maior dificuldade de retardar a micção.

2 - Incontinência Urinária

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

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

- Instabilidade do músculo detrusor (camada muscular da bexiga)**
- Fraqueza do assoalho pélvico**
- Hiperplasia prostática benigna**
- Infecção urinária**
- Impactação fecal**

2 - Incontinência Urinária

- **Neuropatia diabética**
- **Doença neurogênica adquirida**
- **Cistocele**
- **Retocele**
- **Prolapso uterino**
- **Estenose uretral**
- **Seqüelas pós-operatórias (lesão de esfíncter, obstrução da via de saída da urina)**
- **Alterações cognitivas**

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

2 - Incontinência Urinária

Pode também ocasionar erupções cutâneas na região do períneo, úlceras de decúbito e também fraturas conseqüentes à quedas.

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

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

2 - Incontinência Urinária

Diagnóstico de Enfermagem

- **Alteração da eliminação urinária;**
- **Déficit no auto cuidado: uso do vaso sanitário;**
- **Incontinência urinária presente;**
- **Distúrbio na Auto-Estima.**



2 - Incontinência Urinária

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

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

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

2 - Incontinência Urinária

- **Estimular a higiene corporal e manter o idoso adequadamente vestido, e não em trajes de dormir, pois assim ele melhora a auto estima e se sente estimulado a manter a continência urinária.**
- **Dar oportunidades freqüentes ao idoso para urinar (a cada 2 ou 3 horas), levando-o ao banheiro ou colocando à sua disposição e em locais próximos, dispositivos coletores de urina como comadres e papagaios.**

2 - Incontinência Urinária

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

2 - Incontinência Urinária

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

Estimular o idoso a urinar inicialmente a cada 30 minutos, aumentando gradativamente esse intervalo, até chegar a um período de 2 a 3 horas entre as micções.

2 - Incontinência Urinária

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

Existem também os Exercícios de Kegel que são usados para promover a continência. Eles são indicados para fortalecer os músculos do assoalho pélvico.

2 - Incontinência Urinária

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, o idoso deve realizar até 20 contrações em cada sessão.

Os cuidados de higiene com o períneo devem ser constantes e devem ser realizados após cada episódio de incontinência. O(a) enfermeiro(a) deve orientar ao cuidador que durante a higiene do idoso, o mesmo deve estar atento à ocorrência de hiperemia ou descamação na região perineal, que podem indicar a presença de dermatites ou úlceras de decúbito.

2 - Incontinência Urinária

O uso de fraldas deve ser evitado, pois o seu efeito psicológico negativo acarreta uma regressão do quadro de incontinência.

Deve-se monitorar qualquer sinal indicador de infecção urinária, uma vez que a incontinência pode ser causada ou agravada por quadros de infecção na urina.

O(A) enfermeiro(a) deve orientar os familiares para observar a ocorrência de calafrios, febre, disúria, micção freqüente, urina turva, dores nas costas e sensibilidade na região supra-púbica e informar a equipe que acompanha o idoso

2 - Incontinência Urinária

O uso de cateteres vesicais não está indicado, pois estes são uma porta de entrada para microorganismos no trato urinário.

Os medicamentos usados pelo idoso devem ser avaliados, uma vez que certas medicações podem afetar a eliminação urinária, como por exemplo, os diuréticos, sedativos e agentes anticolinérgicos.

Interromper ou reduzir as dosagens de certas drogas, a critério médico pode ajudar a amenizar a incontinência.

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

3 - Hipertensão Arterial

Dentre as doenças que acometem os idosos a Hipertensão Arterial é a mais freqüente, acometendo 60 a 70% desta população. No idoso a progressiva deposição de cálcio, maior deposição de colágeno e menores quantidades de elastina nas camadas das artérias contribuem para menor distensibilidade e maior rigidez das artérias e em conseqüência aumento da resistência vascular periférica, levando a hipertensão arterial.

3 - Hipertensão Arterial

Além disso existem situações que promovem a ativação do sistema *renina-angiotensina-aldosterona*, implicando na maior retenção de sódio e água, além de promoverem a constrição do leito arterial vascular. Também não se deve esquecer das alterações genéticas, distúrbios metabólicos e o próprio acometimento endotelial que podem gerar um quadro hipertensivo.

3 - Hipertensão Arterial

Muitos idosos normotensos durante a vida adulta, devido as alterações vasculares que se instalam de maneira lenta e insidiosa podem tornar-se hipertensos sem apresentar nenhum sinal clínico clássico, como cefaléias, escotomas visuais, tontura e zumbidos.

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

3 - Hipertensão Arterial

No idoso o quadro de Pseudo-hipertensão é um fenômeno comum, que ocorre na presença de processos artério-escleróticos severos, onde nem a insuflação do manguito consegue colabar a artéria radial.

Neste caso poderá ser utilizado a Manobra de Osler.

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

3 - Hipertensão Arterial

O objetivo do tratamento do idoso hipertenso é a redução da pressão arterial para valores abaixo de 140/90 mmHg (segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão).

No idoso o tratamento não medicamentoso é de extrema importância para o controle da hipertensão, e deverá ser sempre frisado em todas as consultas. A terapia medicamentosa quando necessária deve ser introduzida cautelosamente iniciando com baixa dosagem. O tratamento da hipertensão no idoso reduz a incidência do déficit cognitivo.

3 - Hipertensão Arterial

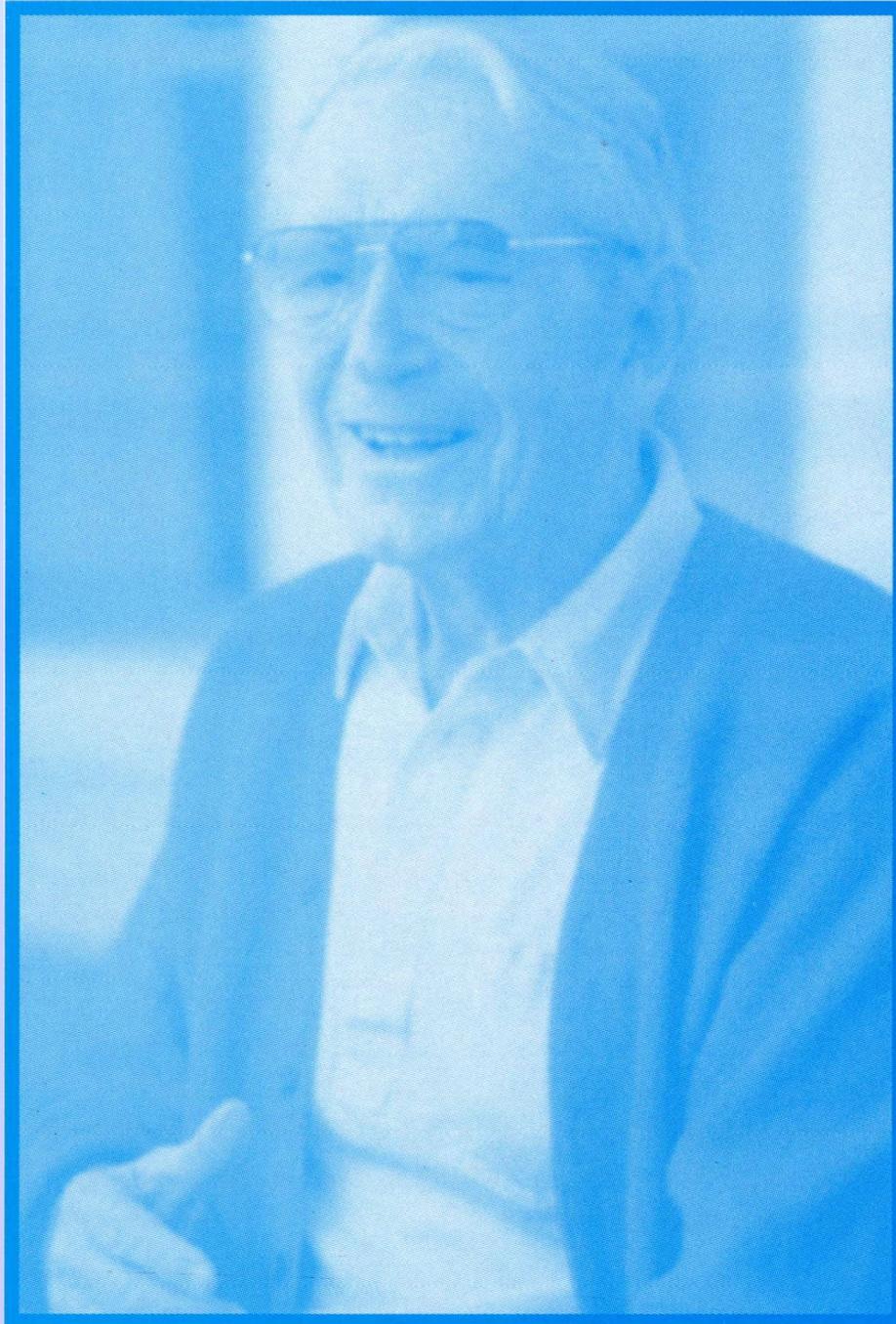
O tratamento não medicamentoso consiste nas mudanças no estilo de vida:

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

3 - Hipertensão Arterial

Diagnóstico de Enfermagem:

- **Perfusão tissular prejudicada relacionada com redução de troca gasosa.**
- **Perfusão tissular prejudicada relacionada com distúrbios da troca celular.**
- **Hipertensão presente.**
- **Risco para hipertensão.**
- **Nutrição alterada: ingestão acima do que o corpo necessita.**



4 - Hipotensão Postural ou Ortostática

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

Considera-se hipotensão postural a queda de 20mmHg ou mais da pressão sistólica e/ou a queda de 10mmHg ou mais da pressão diastólica após 2 minutos de mudança de decúbito clinostático para ortostático.

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

4 - Hipotensão Postural ou Ortostática

Diagnóstico de Enfermagem:

- **Perfusão tissular prejudicada relacionada com distúrbios da troca celular.**
- **Hipotensão presente.**
- **Risco para hipotensão.**
- **Controle ineficaz do regime terapêutico.**

5 - Diabetes

Na população adulta espera-se encontrar uma prevalência de 13% de pessoas portadoras de diabetes. Com o avanço da idade encontramos um aumento desta prevalência podendo chegar a 19% na faixa etária acima dos 60 anos, sendo maiores entre as mulheres, obesos e aqueles com história familiar de diabetes. Cerca de 90% dos idosos que são portadores de diabetes possuem a diabetes tipo II.

5 - Diabetes

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

Cerca de 50% dos idosos desconhecem a sua condição de portador de diabetes. Por este motivo recomenda-se que todo idoso seja “rastreado”, a fim de serem levantados sinais de depressão, distúrbio cognitivo, incontinência urinária, queda e dor persistente que não apresente causa aparente, mas que possa ter ligações com esta doença.

5 - Diabetes

A hiperglicemia no idoso não deve ser considerada como uma condição normal, sendo assim é fundamental o seu controle a fim de evitar lesões macro e micro-vasculares, que poderão piorar com a idade.

Neste caso os objetivos de compensação devem ser individualizados e adaptados pessoalmente, de acordo com as características de cada um e o seu potencial de risco para hipoglicemia, que no idoso pode estar aumentado.

5 - Diabetes

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

- A expectativa de vida remanescente;**
- A presença de complicações do diabetes;**
- A presença de co-morbidades e de distúrbios neuropsiquiátricos;**
- Desejo e capacidade do idoso de aderir ao plano proposto.**

5 - Diabetes

O controle do diabetes no idoso é fundamental e pode ser alcançado através:

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

5 - Diabetes

No idoso portador de diabetes as intervenções dietéticas com o objetivo de redução de peso devem ser o modo inicial do tratamento. No caso da atividade física, deve ser indicado a realização de caminhada e natação.

Para portadores de diabetes com complicações microvasculares com pequena melhora das lesões ou doenças associadas ao diabetes como as cardiovasculares, cerebrovasculares, neuropsiquiátricas, assim como aqueles que demonstram incapacidade de seguir as orientações prescritas, orienta-se que o controle da glicemia de jejum seja menor que 140mg/dl e uma glicemia pós prandial entre 200 e 220mg/dl.

5 - Diabetes

Para idosos que não apresentam as características citadas anteriormente se recomenda manter uma glicemia de jejum entre 100 e 120mg/dl e um nível de pós-prandial de 180mg/dl ou menor e um valor de hemoglobina glicada dentro de 1% do limite superior do método utilizado.

Diagnóstico de Enfermagem:

- Nutrição alterada: ingestão acima do que o corpo necessita.**
- Distúrbio da auto-estima.**
- Risco para prejuízo da integridade da pele dos pés.**
- Déficit de conhecimento.**

6 - Osteoporose

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

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

6 - Osteoporose

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

As conseqüências das fraturas nos idosos, freqüentemente são acompanhadas por: trauma psicológico, perda da autoconfiança, diminuição das atividades, aumento das complicações circulatórias, pulmonares, ostearticulares, isolamento social e imobilidade.

6 - Osteoporose

Os fatores de risco para osteoporose consistem em:

- **Mulheres pós-menopausa (80% dos casos), brancas ou asiáticas, baixas, magras e com antecedentes familiares positivos;**
- **Tabagismo;**
- **Excesso de álcool ou cafeína;**
- **Sedentarismo.**

6 - Osteoporose

Levando em consideração estas condições, se torna fundamental a atividade física, visto que, tal situação favorece a deposição de cálcio nos ossos, em contraposição à inatividade gerará a reabsorção da massa óssea.

***Sinais e Sintomas**

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

6 - Osteoporose

***Diagnósticos de Enfermagem**

- **Dor: relacionada à fratura de compressão;**
- **Alteração na nutrição: menos que o corpo necessita;**
- **Ansiedade;**
- **Risco para prejuízo da integridade da pele;**
- **Controle ineficaz do regime terapêutico.**

6 - Osteoporose

*Prevenção

- Garantir o pico de massa óssea até os 30 anos;
- Dieta rica em cálcio;
- Suplementação de cálcio;
- Vitamina D para garantir a absorção de cálcio a nível intestinal e ósseo;
- Exercícios físicos;
- Prevenir quedas;
- Reposição hormonal;
- Atenção a grupo de risco;
- Programas de divulgação de medidas de prevenção;
- Não fumar;
- Limitar a ingestão de bebida alcoólica.

7 - Adesão ao Tratamento Medicamentoso

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

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

7 - Adesão ao Tratamento Medicamentoso

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

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

7 - Adesão ao Tratamento Medicamentoso

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

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

7 - Adesão ao Tratamento Medicamentoso

* **Fatores Predominantemente Psicológicos:** depressão, negação ou medo da doença, auto-estima diminuída, idéias de suicídio, necessidade de sofrimento/autopunição, relação médico-paciente.

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

7 - Adesão ao Tratamento Medicamentoso

* **Fatores Mistos:** esquecimento, desconhecimento da doença e do tratamento, número de serviços utilizados pelo paciente, nível educacional e cultural do paciente, automedicação..

O diagnóstico da não adesão nem sempre é imediato, podendo-se utilizar alguns recursos::

- questionamentos diretos;
- contagem de comprimidos;
- freqüência de requisição de receitas;
- controle sérico das drogas (menos compatível com a nossa realidade).

7 - Adesão ao Tratamento Medicamentoso

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

7 - Adesão ao Tratamento Medicamentoso

Métodos para Promoção da Adesão Medicamentosa

Participação da Equipe Interprofissional

Na abordagem do idoso para promoção da adesão medicamentosa, o profissional precisa ter consciência de que a persistência será a grande aliada.

Após os encaminhamentos para outros profissionais, o ponto-chave da assistência interprofissional é a discussão de caso.

7 - Adesão ao Tratamento Medicamentoso

É extremamente importante a participação de todos os profissionais que compõem a equipe, esta poderá ter um papel de relevância no atendimento aos freqüentes e múltiplos problemas que afligem o idoso, e a abordagem quanto à adesão medicamentosa não foge à regra.

É preciso que se entenda que a interprofissionalidade não se restringe a encaminhamentos do doente de um profissional a outro, mas sim de uma maior aproximação entre seus diversos componentes.

7 - Adesão ao Tratamento Medicamentoso

O ponto crucial é a discussão do problema do cliente, através do qual pode-se nortear a assistência e saber o quanto a equipe poderá colaborar ou estará limitada, conforma a problemática do doente.

Simplificação de Esquema Terapêutico

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

7 - Adesão ao Tratamento Medicamentoso

- Dar preferência por doses únicas;
- Procurar evitar prescrições em dias alternados, que podem causar equívocos, os idosos podem confundir os dias que tomam ou não o medicamento. Quando este tipo de prescrição for inevitável, pode-se utilizar um calendário para orientação, assinalando-se os dias de uso da medicação;
- Dedicar maior tempo nas consultas para as instruções que se fizerem necessárias, as quais devem ser claras, objetivas e em menor número possível;

7 - Adesão ao Tratamento Medicamentoso

- **Analisar as prescrições anteriores, pois muitas vezes não há referências quanto à necessidade de continuidade ou suspensão de medicações, as quais continuam sendo tomadas indiscriminadamente;**
- **Providenciar, sempre que possível, o fornecimento de medicamento suficiente até o retorno à consulta, sendo fundamental estar atento a quantidade que deverá ser consumida no período, respeitando o prazo de validade das receitas, que no município de São Paulo é de três meses;**

7 - Adesão ao Tratamento Medicamentoso

- **Envolver todos os profissionais que possam colaborar, procurando sempre trabalhar com os recursos disponíveis, fazendo-se encaminhamentos para médicos, auxiliares de enfermagem, psicólogos, educadores, etc.**
- **Desenvolvimento e estímulo para participação em atividades de grupos educativos para promoção da adesão;**

7 - Adesão ao Tratamento Medicamentoso

- **Esclarecer as orientações, utilizando-se sistemas de lembranças:**
 - **com transcrição para esquemas com horários;**
 - **painéis e/ou colagens de comprimidos, para facilitar a identificação para idosos analfabetos;**
 - **colocação da medicação em local visível;**
 - **utilizar cartazes ou desenhos;**
 - **associar o uso de medicamentos às rotinas diárias;**
 - **utilizar despertador;**
 - **envolver familiares;**
- **separar diariamente as medicações a serem utilizadas, mantendo-as em invólucro original para não mudar a estabilidade;**
- **fazer acompanhamento sistematizado, tanto em consultas médicas, como em consultas de enfermagem, preferencialmente sincronizadas.**

8 - Violência

A violência contra o idoso não é um fenômeno novo. Entretanto, apenas nas últimas duas décadas é que esta questão começou a despertar o interesse, reconhecendo que a pessoa idosa é também vítima das diversas violências presentes na nossa sociedade.

Muito mais freqüente do que se pensa, a violência contra o idoso manifesta-se de forma velada e subnotificada. As diversas manifestações da violência ou maus tratos contra as pessoas maiores de 60 anos expressam-se também nas tradicionais formas de discriminação, principalmente na forma cultural existente de que “os idosos são velhos e descartáveis e, portanto, representam um peso social para sociedade”.

8 - Violência

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

Na SMS, o Projeto Prioritário Resgate Cidadão tem desenvolvido ações para o enfrentamento da violência como questão de saúde pública e, portanto, estabelecido mecanismos de intervenção e ação em todas Coordenadorias de Saúde.

A violência contra os idosos 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.

8 - Violência

A violência pode se manifestar das seguintes formas:

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

8 - Violência

- **Psicológica:** agressões verbais crônicas, incluindo palavras depreciativas que possam desrespeitar a identidade, dignidade e autoestima. Falta de respeito à intimidade; falta de respeito aos desejos, negação do acesso a amizades, desatenção a necessidades sociais e de saúde. Manifestações: medo, dificuldade para decidir, apatia, isolamento e depressão.
- **Financeira/Patrimonial:** uso ilegal e indevido, apropriação indébita da propriedade e dos bens financeiros, falsificação de documentos jurídicos, negação do direito de acesso e controle dos bens, administração indevida do cartão do segurado do INSS.

8 - Violência

- **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.

8 - Violência

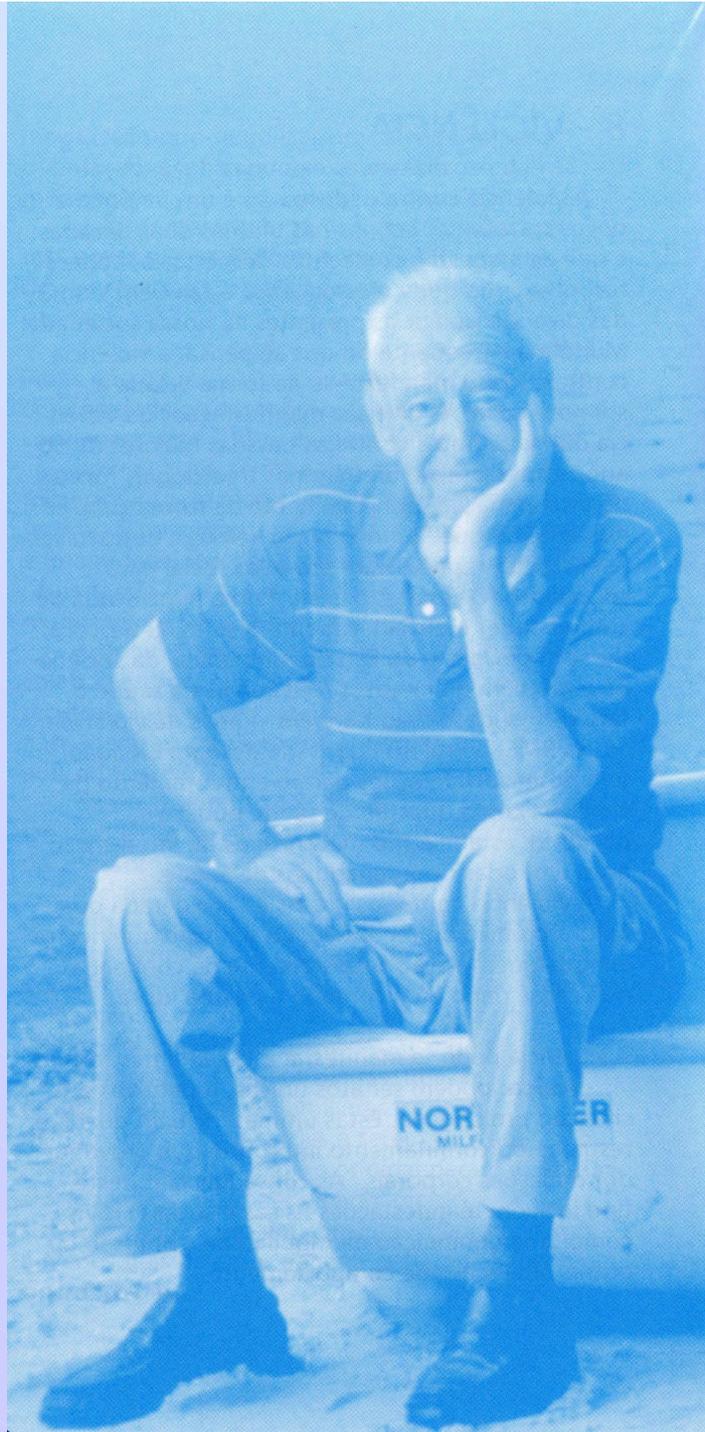
- **Autonegligência:** é aquela violência que ameaça a sua própria saúde ou segurança e se manifesta com a recusa ou o fracasso de prover a si mesmo um cuidado adequado.
- **Medicamentosa:** é administração dos medicamentos por familiares, cuidadores e até mesmo profissionais, de forma indevida, aumentando ou diminuindo ou excluindo medicamentos prescritos.

8 - Violência

Pesquisas realizadas indicam que as mulheres, acima de 75 anos, que apresentam dependência física e com déficit cognitivo ou com alteração do sono, incontinência urinária, dificuldade de locomoção e que necessitam da ajuda de outras pessoas para desenvolver as atividades de vida diária (AVD) são as principais vítimas da violência. Quanto mais velho e mais dependente, maior será a possibilidade de um idoso ou idosa de ser vítima da violência.

8 - Violência

Por outro lado, o agressor é sempre um membro da família da vítima. Os filhos e filhas representam mais de 50% dos agressores, em seguida são os genros, noras e netos. Geralmente os agressores moram no mesmo espaço físico da vítima e apresentam em muitos casos, problemas de transtorno mental, são alccolistas ou dependentes de drogas. Prevalece ainda o isolamento social dos familiares e dos idosos. Esta é uma questão muito importante, pois o idoso vítima da violência tem muita dificuldade em denunciar a violência sofrida, pois ele tem medo de denunciar seu próprio filho.



8 - Violência

O papel do profissional de saúde é muito importante e amplo, mas destacamos alguns cuidados necessários na intervenção:

- A habilidade na detecção de maus tratos requer treinamento, educação e atenção para o problema, sem os quais situações óbvias de abuso podem não ser detectadas;
- Os profissionais devem estar cientes da possibilidade da violência ou atribuir culpa a alguém é fornecer suporte a família do paciente, para que possa prover os cuidados de maneira adequada;

8 - Violência

- Decidir quando e de que maneira intervir nos casos de violência em idosos é muito difícil para a equipe que assiste ao mesmo, não apenas pela pobreza de conhecimento acumulado referente às causas e fatores de risco, mas também porque questões éticas e legais devem ser consideradas na decisão;
- As vítimas quando cognitivamente competentes, têm o direito de determinar o curso da intervenção, inclusive podendo optar por permanecerem em situações de risco;

8 - Violência

- Profissionais de saúde devem deixar de lado seus preconceitos, tornando-se mais alertas para o problema;
- A abordagem na violência contra o idoso requer uma equipe multidisciplinar onde todos os membros da equipe têm importância na compreensão e intervenção necessária;
- Os esforços devem ser concentrados para manter, dentro do possível, o idoso no ambiente domiciliar. A institucionalização deve ser considerada como alternativa e não como fim;

8 - Violência

- O atendimento deve ir além das evidências físicas, observando os sinais e sintomas presentes;
- No caso de suspeitas, realizar visitas domiciliares para recolher maiores informações;
- Investir no cuidado ao idoso em todos os níveis de atenção do setor de saúde.

A Lei Municipal nº 13.642 de 8 de Setembro de 2003 dispõe sobre notificação dos casos de violência contra o idoso, responsabilizando os médicos e demais agentes de saúde, que em virtude de seu ofício percebem indícios da ocorrência de violência ou maus tratos contra os idosos, deverão notificar o fato na Ficha de Notificação de Violência Suspeita ou Confirmada (anexo 9)

8 - Violência

São instrumentos legais que pretendem garantir a inclusão da violência contra o idoso não só nas estatísticas, mas, sobretudo, enfrentar um problema antigo e que ainda não mereceu a consideração da sociedade e dos profissionais de saúde.

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



III- Anexos

Anexo 1

Modelo de Ficha para Consulta de Enfermagem



Prefeitura do Município de São Paulo

Secretaria Municipal da Saúde



CONSULTA DE ENFERMAGEM

A – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Estado civil _____ tempo: _____ ocupação: _____ tempo: _____

Moradia: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

B – HISTÓRICO

Estado de Saúde Atual: _____

Estado de Saúde Pgressa: _____

Tratamentos anteriores e atuais : _____

Antecedentes Familiares: _____

Cirurgias: _____

Alergias _____

Tabagismo: _____ Etilismo: _____

Hidratação: _____

Alimentação: _____

Antecedentes Ginecológicos: Menarca _____ Menopausa: _____

Imunização: _____

Medicações:

Última prescrição	Em uso	Sabe p/ que serve	Prescrita por

Dificuldades: _____

Anexo 1

Modelo de Ficha para Consulta de Enfermagem

Cuidado corporal: _____

Sono e repouso: _____

Eliminações: _____

Incontinência: () Urinária () Fecal

Lazer e recreação: _____

Locomoção/Atividades Físicas: _____

Expressão da sexualidade: _____

Aspectos psicossocioespirituais: _____

C – EXAME FÍSICO

Sinais Vitais: PA: _____ P: _____ T: _____ FR: _____ FC: _____

Medidas Antropométricas: Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ PB _____

Cabeça e Pescoço: _____

Audição: _____

Visão: _____

Escala de Snellen _____

Tórax: _____

Mamas/Mamilos: _____

Ausulta pulmonar: _____

Ausulta cardíaca: _____

Abdômen: Plano () globoso () rígido () flácido () timpânico () distendido () doloroso ()

Pele e anexos: _____

Genitália: _____ Ânus: _____

MMSS e MMII _____

Pés: _____

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Prescrição: _____

Ass/ carimbo/Coren: _____

Anexo 2 - Escala de Risco Nutricional

(adaptado por Cantera; Domingos, 1998)

Marque apenas as respostas afirmativas

Sofre de doença que fez modificar o tipo ou a quantidade de sua alimentação	() 02
Consome menos de 02 refeições diárias.	() 03
Consome poucas frutas, verduras e produtos lácteos.	() 02
Consome bebidas alcoólicas diariamente.	() 02
Tem problemas dentários ou bucais que dificultam a alimentação.	() 02
Nem sempre dispõe de dinheiro suficiente para adquirir os alimentos.	() 04
Come só, na maioria das vezes.	() 01
Consome 03 ou mais medicamentos, com receita ou não, por dia.	() 01
Perdeu ou ganhou mais de 5 quilos nos últimos 6 meses.	() 02
Nem sempre encontra-se em condições físicas para fazer compras, cozinhar ou alimentar-se.	() 02

Pontuação:	0-2	Ausência de risco. reavaliar após 6 meses
	3-5	Risco Moderado: orientar para mudança no estilo de vida e melhorar hábitos alimentares.
	6 ou mais	Alto risco: encaminhar para nutricionista ou médico

Anexo 3

Mini Exame do Estado Mental

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

P
o
n
t
o
s

1. Orientação temporal (0-5): ANO - ESTAÇÃO - MÊS - DIA - DIA DA SEMANA
2. Orientação espacial (0-5): ESTADO - RUA - CIDADE - LOCAL - ANDAR
3. Registro (0-3): nomear: PENTE - RUA - CANETA
4. Cálculo- tirar 7 (0-5): 100-93-86-79-65
5. Evocação (0-3): três palavras anteriores: PENTE - RUA - CANETA
6. Linguagem 1 (0-2): nomear um RELÓGIO e uma CANETA
7. Linguagem 2 (0-1): repetir: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ
8. Linguagem 3 (0-3): siga o comando: Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio, coloque-o em cima da mesa.
9. Linguagem 4 (0-1): ler e obedecer: FECHER OS OLHOS
10. Linguagem 5 (0-1): escreva uma frase completa

.....
.....

11. Linguagem 6 (0-1): copiar o desenho.



TOTAL

Anexo 4

Escala de Avaliação de Depressão Geriátrica de Yesavage

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

- 1- Satisfeito(a) com a vida? (não)
2. Interrompeu muitas vezes suas atividades? (sim)
3. Acha sua vida vazia? (sim)
4. Aborrece -se com freqüência? (sim)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não)
6. Teme que algo ruim lhe aconteça? (sim)
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? (não)
8. Sente-se desamparado(a) com freqüência? (sim)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim)
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? (sim)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora? (não)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não)
14. Acha que sua situação tem solução? (não)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim)

Quando a resposta:

for diferente do exemplo entre parênteses = 0

for igual ao exemplo entre parênteses = 1

Total > 5 = suspeição de depressão

Anexo 5 - Índice de Katz

(Usar para avaliação do grau de independência nas atividades da vida diária)

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

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.

Anexo 5 - Índice de Katz

(Usar para avaliação do grau de independência nas atividades da vida diária)

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 ou sair do banheiro.**

VESTUÁRIO

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

Anexo 5 - Índice de Katz

(Usar para avaliação do grau de independência nas atividades da vida diária)

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-a 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.**

Anexo 5 - Índice de Katz

(Usar para avaliação do grau de independência nas atividades da vida diária)

CONTINÊNCIA

- Controlam completamente ambos os esfíncteres.
- **Incontinência ocasional.**
- **Necessita de supervisão. Usa sonda vesical ou é incontinente.**

ALIMENTAÇÃO

- Sem ajuda
- Ajuda 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
- **Dependente**

Anexo 6 - Recomendações Gerais para uma Dieta Saudável

- Fracionar a alimentação em várias refeições por dia com pequenos volumes (5 a 6 refeições);
- Incluir na alimentação diárias: frutas, verduras e legumes que são ricos em vitaminas, minerais e fibras. Alimentos integrais também são importantes;
- Preferir alimentos naturais aos industrializados;
- Evitar frituras. Dar preferência aos alimentos cozidos, assados, refogados ou grelhados;
- Evitar consumo dos seguintes alimentos: doces em geral, sorvetes, chocolates, refrigerantes, balas e salgadinhos;
- Evitar o consumo de gorduras saturadas como bacon, torresmo, manteiga, creme de leite, dendê, coco, gema de ovo, banha, etc;
- Ingerir de 1 a 2 litros de líquidos por dia: água, sucos naturais sem açúcar, água de coco;
- Dar preferência ao consumo de carnes com baixo teor de gorduras como patinho, lagarto, coxão duro e outras. Ao consumir aves tirar a pele antes de prepara-las;

Anexo 6 - Recomendações Gerais para uma Dieta Saudável

- Evitar o consumo de embutidos como salame, mortadela, presunto, salsicha, lingüiça que são ricos em sódio e gordura saturada;
- Dar preferência ao leite desnatado ou semi-desnatado;
- Dar preferência aos queijos brancos frescos e ricota ao invés dos queijos amarelos ou curados;
- Diminuir o consumo de sal para 6g por dia (uma colher de chá), no caso de idosos **não hipertensos**;
- Usar temperos naturais como limão, alho, cebola, salsa, cebolinha, louro, etc;
- Não ingerir bebidas alcoólicas;
- Não fumar;
- Praticar regularmente uma atividade física para ajudar no controle do peso e lhe proporcionar melhor qualidade da vida;
- Não fazer dietas “milagrosas”. Procurar sempre orientação do médico e da nutricionista.

Anexo 7

Formulário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Medicamentoso

Nome: _____ Idade: _____
Diagnóstico Médico: _____

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

Questionário

1) Como toma medicação?

() Sozinho () Sob Supervisão () Medicado por outra pessoa () N.R. () N.A.

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

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

4) A quanto tempo usa a medicação? _____

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

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

Quais? _____ Motivo _____

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

Qual? _____

8) Onde adquire a medicação? _____

9) A maior parte das pessoas tem dificuldade para lembrar-se de todos os medicamentos. O

(a) sr (a) costuma esquecê-los:

() Sempre () frequente () Raramente () N.R. () Nunca

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

11) Apresenta alguma dessas dificuldades em relação à medicação:

() Econômica, mas não chega a ficar sem medicação

() Econômica, chegando a ficar sem medicação

() Não encontrou na farmácia

() Depende de outra pessoa para comprar

() Não utiliza a medicação quando irá sair de casa

Anexo 7 - Formulário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Medicamentoso

- Não utiliza a medicação quando irá sair de casa
- Não aceita a medicação
- Dificuldade para deglutição
- Referente ao comprimido (forma,sabor)
- Não entendeu a receita Motivo: Dificuldade visual
 - Analfabetismo
 - Não entendeu a letra
 - Outros

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

13) Orientações

- Trazer as medicações nas próximas consultas.
- Fornecimento de esquema com horários de medicação
- Colocação dos medicamentos em local visível.
- Solicitação de auxílio e participação familiar
- Orientação sobre diagnóstico e tratamento
- Colocação diária dos medicamentos em recipientes com horários
- Uso do despertador
- Outros _____

Observações _____

Orientações: _____

Assinatura/ COREN: _____ Data: ____ / ____ /200 ____

IV- Bibliografia

- ATHENA. S. Papas, NIESSEN, Linda C.; CHAUNCEY, Howard H. **Geriatric Dentistry Aging and oral Health**. Editora Mosby - Year Book 1991.
- BARBOSA, Rita Maria Puga dos S. **Educação Física Gerontológica saúde e qualidade de vida na terceira idade**. Rio de Janeiro: Sprint; 2000.
- BORELLI, A. **Envelhecimento ósseo: osteoporose**. In: CARVALHO Filho, E. T. ; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1994. reimpressão 2000. cap. 22.
- BRADWAY, Christine Wanich. **Cuidados de Enfermagem nas Emergências Geriátricas**. São Paulo: Andrei Editora Ltda, 1997.
- CERVATO, A. M. et al. **Alimentação na Terceira Idade**. São Paulo: GENUTI Grupo de Estudos de Nutrição na Terceira Idade, 1998.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional para a prática de Enfermagem Beta 2**. IN: Tradução de HEIMAR DE FATIMA MARIN. São Paulo: Centro de Estudos em Obstetrícia, 2003.
- DRUMMOND, John R.; NEWTON James P.; YEMM, Robert . **Dental Care of the elderly**. Ed. Mosby-Wolfe. 1995.
- DUARTE, Yeda A. O. **Atendimento Domiciliar: Um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
- 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**. IDS\USP: Brasília. 2001 . p 185-196.
- EICKHOFF, T.C. **Adult immunizations: how are we doing?** Hosp Pract (Off Ed). Nov 15; 31(11): 107-8, 111-2, 115-7, 1996.
- GEIS, Pilar Pontes. **Atividade física e saúde na terceira idade teoria e prática**. 5ª. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- GEZA T. Terezhalmly, SAUNDERS Michele J. **The dental clinics of north america**. vol 33; number 1, january 1989
- HOLM, Poul Pedersen; LÖE Harald. **Geriatric Dentistry - A textbook of oral gerontology**. Editora Munksgaard. 1986.
- JOHNSON T M; OUSLANDER J.G. **Incontinência Urinária em Homens Idosos** In: Clínicas Médicas da América do Norte, 1999. 83(5): p 1137-1154.
- D'AVILA V; AMARAL J.R. **Incontinência Urinária** In: Manual da Liga do Gamia, 2003.
- LEBRÃO, Márcia Lucia. **SABE Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2003.

IV- Bibliografia

- LOTUFO, RFM, ZOGAIB, PSM E BARROS, TLN. **Exercício e qualidade de vida. O EXERCÍCIO preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos.** 1º. Ed. São Paulo: Atheneu, 1999.
- LUECKENOTTE, Annette. **Avaliação em Gerontologia.** 3. ed. Rio de Janeiro:Reichmann & Affonso Ed., 2002.
- MACHADO e QUEIROZ, L, Z.V **Negligência e Maus-Tratos** Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2002.
- MACIEL, Arlindo. **Avaliação Multidisciplinar do Paciente Geriátrico.** Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- MEIRELLES, E A Morgana. **Atividade física na terceira idade.** Rio de Janeiro: Sprint; 1997.
- MINAYO, M.C.S. **Violência contra idosos:** relevância para um velho problema. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, Mai/Jun 2003.
- OKUMA, Silene Sumire. **O idoso e a atividade física.** 3º. Ed. Campinas (SP): Papyrus; 2004.
- OLIVEIRA, José E. P; MILECH, Adolpho. **Diabetes Mellitus: clinica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar.** São Paulo: Editora Atheneu, 2004.
- PAPALÉO NETTO, M; BRITO, F.C. **Urgências em geriatria:** epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico, conduta terapêutica. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.
- PEREIRA, S. R. M. ; MENDONÇA, L.M.C. **Osteoporose e osteomalácea.** IN: FREITAS, E.V. e cols. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan, 2002.Cap. 61.
- PIERIN, Angêla M. G. **Hipertensão Arterial.** São Paulo: Editora Manole, 2004.
- PLOTKIN, S. A; MORTIMER E. In: **Vaccines,** Ed. WB Saunders Company, 1994.
- ROACH, Sally. **Introdução à Enfermagem Gerontológica.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A., 2003.
- RUIPEREZ, Isidoro; LLORENTE, Paloma. **Geriatria.** Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso Brasileiro sobre Diabetes. IN: **Diagnóstico, classificação e tratamento do diabetes melito tipo II .** Rio de Janeiro, 2002.
- SPARKS, SHEILA M; TAYLOR, CYNTHIA M.; DYER, JANYCE G. **Diagnóstico de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.
- WAGORN, Yvonne, THÉBERGE, Sonia, ORBEN, Dr. Willian A R. **Manual de ginástica e bem-estar para a terceira idade para um envelhecimento feliz e saudável.** 3º. Ed. São Paulo: Marco Zero; 1993.
- ZIMERMAN, Guite I. **Velhice: Aspectos Biopsicossociais.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PARTICIPARAM DESTA EDIÇÃO

EQUIPE TÉCNICA:

ALLAN KARDEC SOUZA TORRES

BEATRIZ HELENA RAMOS DE ALMEIDA SAVONITTI

BENEDITA MARIA PAULA ROCHA

CERES ELOAH DE LUCENA FERRETTI

CLARA GENARO

CLÉLIA NEVES DE AZEVEDO

DENISE FIGUEREIDO PEDROSA

DENISE TIBÉRIO

HELAINÉ VESCIO

JANE MANZOLLI TANNURI

LEONOR FÉRRE ESTEVES

MARÍLIA ANSELMO VIANA DA SILVA BERZINS

NAIRA REGINA DOS REIS FAZENDA

SIMONE CAZARINI ARANTES

THAÍS GUIMARÃES

CRIAÇÃO E PRODUÇÃO

STUART COMUNICAÇÃO E MARKETING LTDA.

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Rua General Jardim, 36 • 8º andar • Vila Buarque • São Paulo/SP

CEP 01223-010 • Fones: 55(11) 3218-4062/ 3218- 4045

SUS

Sistema Único de Saúde
Secretaria Municipal da Saúde
Prefeitura de São Paulo

Ministério da Saúde **BRASIL**
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

