

Atenção à saúde do idoso com deficiência

Área Temática: Saúde da Pessoa com Deficiência

COGest – Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada

Secretaria Municipal de Saúde

Autores: Lucila Faleiros Neves e Siomara Rolla Chen

Data: março de 2002

I. Introdução

O envelhecimento da população global é um dos grandes desafios neste século, e também potencialmente uma grande oportunidade para a humanidade em conviver e compartilhar as experiências de vida com estas pessoas.

A OMS em 1999 – Ano Internacional das Pessoas Idosas lançou no Dia Mundial da Saúde o tema "Envelhecer ativamente faz a diferença", reconhecendo que esta é a chave para as pessoas idosas continuarem a fazer parte da sociedade e com isto alcançarem condições mais saudáveis para si, além de contribuírem para o desenvolvimento de novas formas de manejo no processo da vida.

A adoção de políticas sociais que reduzam as desigualdades de oportunidades e promovam a inclusão social reconhecendo que atenção à saúde do idoso é muito mais que o evitamento ou a postergação da doença, exigindo o engajamento pleno com a vida, incluindo atividades produtivas e relações interpessoais.

II. Prevenção de Deficiências

a) Envelhecimento saudável

Esta condição não se refere apenas aos cuidados na fase da velhice mas por toda história de vida das pessoas, ou seja:

- desde as condições fetais na prevenção de deficiências permanentes;
- da alimentação na infância e aqui podemos reforçar a importância da ingestão de cálcio principalmente nas meninas como prevenção mais tardia de osteoporose;
- do acesso aos programas de imunizações (desde a criança até o idoso para o qual a OMS tem preconizado as vacinas contra o tétano, a pneumonia pneumocócica e a influenza);
- do controle do uso abusivo de fumo, álcool, drogas e da manutenção de hábitos alimentares saudáveis, evitando por exemplo as doenças cardiorespiratórias e conseqüências como os acidentes vasculares cerebrais;
- da rotina da atividade física saudável repercutindo em melhor performance da mobilidade, agilidade, postura, como também retardar os processos degenerativos e de redução da atividade global;
- da adequação postural e de carga de esforço físico prevenindo os processos de dor, desvios de coluna como as escolioses, cifoses e lordoses;
- da prevenção de acidentes em todos os ambientes da convivência humana;

- da prevenção e controle de outras doenças (hanseníase, diabetes, deficiência nutricional, hipertensão arterial) evitando deficiências como a cegueira e deformidades físicas;
- da inclusão no mercado de trabalho e social, favorecendo as condições de renda e participação nos processos produtivos;
- dos cuidados com a saúde ocupacional (exposição a ruídos, agentes tóxicos e condições insalubres) no controle das perdas auditivas e outras incapacidades;
- da participação das atividades de lazer, cultura; evitando o isolamento e a segregação social;
- da manutenção das capacidades cognitivas no desempenho de atividades produtivas e da vida diária, prevenindo situações de dependência física e emocional;
- da participação da rotina familiar com a manutenção de responsabilidades e o próprio auto-cuidado afastando os sentimentos de incapacidade, solidão, ou de ônus familiar
- até a criação de entornos saudáveis, acessíveis, solidários, sem violência, preconceitos ou exclusão.

b) Fisiologia do Envelhecimento

Um dos grandes aliados no processo de envelhecimento saudável é o esclarecimento, as informações e a adaptação em relação as alterações fisiológicas, morfológicas, bioquímicas e psíquicas, naturais que o avanço da idade trás e que não podem ser consideradas como doença na velhice, mas devem ser cuidadas com diferenciais da mesma forma como houveram necessidades específicas na infância, adolescência e idade adulta. São estes cuidados fundamentais na prevenção das deficiências e incapacidades funcionais.

- A pele perde água e elasticidade, aparecem manchas e rugas com seu ressecamento e redução capilar, o poder de cicatrização diminui. A prevenção de acidentes deve estar muito presente no dia a dia. Por exemplo, uma ferida que aos 20 anos leva 10 dias para cicatrizar, no idoso exigirá 32 dias.
- A massa corpórea se modifica, com queda do metabolismo basal, aumento da concentração de gordura e enfraquecimento muscular. Neste sentido, há uma predominância de posturas em flexão pela dificuldade em vencer a força da gravidade; a coluna cervical curva-se para frente podendo aparecer problemas como uma cifose dorsal, um certo imobilismo da coluna lombar, os membros tendem a fletir ao nível dos cotovelos, joelhos e articulação coxo-femural. A atividade física, os exercícios de mobilidade e técnicas corporais podem ser de grande valia neste processo evitando as deformidades, a imobilidade e as deficiências físicas ou processos dolorosos.
- Alterações morfológicas e fisiológicas dos órgãos levam a mudanças na capacidade cardíaca, respiratória, digestiva, renal necessitando de condições

mais adequadas e de adaptação do idoso a este diferente funcionamento, que não deve ser considerado patológico. A manutenção do equilíbrio destas funções, passam a depender de fatores de estilo de vida, nutricionais, psicossociais, etc.

Por ex:

O rim do idoso perde peso e tamanho, há também a diminuição do número e tamanho de nefrons e da filtração glomerular, passando o idoso a eliminar uma maior quantidade de urina, de densidade mais baixa, permitindo a eliminação dos excretos, mas facilitando a desidratação que, se não cuidada levará a todo um quadro de debilidade secundária até situações mais graves.

Os pulmões diminuem de volume e perdem a elasticidade, os músculos respiratórios perdem parte de sua capacidade resultando em uma diminuição da ventilação. A capacidade vital no idoso poderá estar diminuída em até 60 a 70% sem que isso signifique uma patologia respiratória, porém que associada a falta de atividade física ou hábitos como fumo podem acarretar problemas secundários.

- Diminuição das capacidades sensoriais: visual, auditiva, térmica, olfativa, gustativa, que conhecidas, compreendidas e cuidadas não necessariamente se tornam deficiências incapacitantes. Por exemplo: o uso de aparelho auditivo ou óculos pode ser recurso adotado que permitirá o desempenho de atividades com independência.
- O Sistema Nervoso Central sofre alterações como retração das circunvoluções cerebrais, perda de neurônios podendo chegar a 20% até a idade de 90 anos. O desbalanceamento entre vários sistemas de transmissão com conseqüências para as funções cerebrais pode levar a manifestações clínicas chamadas de “mudanças cerebrais suaves relacionadas com a idade” que incluem a redução do tônus muscular, distúrbios da memória, mudanças do comportamento afetivo, desorientação no tempo e no espaço e distúrbios do sono.
- O aparelho musculo-esquelético também passa por transformações. O declínio da força muscular pode começar aos 30 anos, em condições de sedentarismo sendo mais pronunciado nos homens do que nas mulheres. Assim, na idade de 70 a 80 anos as mulheres podem apresentar esta diminuição em torno de 30% e os homens em 58%.
- Algumas das funções psíquicas como memória, concentração, associação, são mais sensíveis ao envelhecimento, porém certamente também são determinados por uma série de fatores sociais, emocionais e de antecedentes pessoais. A relação de vida destas pessoas pode facilitar muito o não agravamento destas condições. Por exemplo: manutenção de atividades de leitura, escrita, jogos, lazer, hobbies e a convivência social.
- As relações sociais sofrem transformações como a maior frequência de perda de amigos, de emprego, redução de rendimentos, distância dos filhos. O ajustamento a estas situações pode causar ansiedade e depressão, interferindo com as atividades diárias e assim se tornar um problema de saúde até mesmo incapacitante. Poder vivenciar estas experiências com

suporte familiar e social, mantendo o desempenho de atividades, são caminhos fundamentais para a prevenção de doenças

III. Principais Causas, Conseqüências e Cuidados nas Deficiências

Segundo estudos divulgados pelo Instituto de Saúde de São Paulo – SES estima-se que em determinadas populações 1/5 das pessoas entre 65-74 anos e 1/3 das acima de 75 anos tem algum grau de incapacidade física.

São os fatores biológicos e psicológicos ao lado dos sociais que irão determinar o nível de ajustamento ou de desadaptação do idoso à sua existência. E, neste particular torna-se difícil traçar uma linha demarcatória entre o “normal” e o “patológico”. Ajuriaguerra declara que a senescência não se resume a um enfraquecimento global das funções em curva contínua de involução e que a senilidade introduziria acidentes de inclinações abruptas nestas curvas, assim como desvios e deslocamentos.

Dados de morbidade tem apontado a maior incidência de algumas doenças nos idosos com seqüelas relacionadas à:

A. Deficiência Física

1. Osteoporose

A OMS (2001) declarou a Osteoporose como uma “epidemia inaceitável” sendo reconhecida como o segundo maior problema de saúde pública e maior causa de fraturas ósseas nos idosos (70%). Acomete 4 milhões de brasileiros num total de 200 milhões de pessoas no mundo, segundo a ONU.

Caracterizada pela diminuição da massa óssea e deterioração de sua microarquitetura, acarreta fragilidade do osso e conseqüente aumento do risco de fratura, mesmo com traumas mínimos. Geralmente, acarreta em distúrbios emocionais, relacionados ou não às deformidades adquiridas. Acomete mais mulheres à partir do climatério e que acabam apresentando uma maior tendência à depressão, necessitando de suporte psicológico.

A melhor forma de prevenção está na ingestão de uma dieta rica em cálcio em todas as idades. Estima-se, hoje que 25% das mulheres que atingem a menopausa, terão problemas de osteoporose. Destas, 50% terão fratura de fêmur e ¼ delas, virá a óbito no primeiro ano de vida pós-fratura por complicações cardio-circulatórias. (Dr. Caio Gonçalves, Revista Sentidos, 05/02/2002).

Cerca de 13,3% da população feminina com mais de 45 anos no Brasil apresenta fragilidade óssea que pode evoluir para fraturas. Em termos estatísticos isso significa um superior a dois milhões de mulheres. Destas um milhão poderão ficar inválidas e 200 mil deverão morrer se não receberem tratamento adequado número (Campanha Nacional de Prevenção da Osteoporose – 2001).

Na população mais pobre o risco na população feminina sobe para 24,6% com chance de 100% se tornar osteoporose e causar fraturas (Dr. João Francisco Marques Neto – Reumatologista –Unicamp –2001)

As pequenas fraturas ou deformações dos ossos da coluna entre os 60 e 70 anos são uma das alterações responsáveis pela freqüentes dores nas costas. Entre os 70 e 80 anos ocorrem mais freqüentemente as fraturas de quadril (colo do fêmur). Avalia-se que 25% das pessoas em torno dos 80 anos já tenham sofrido de um ou mais destes tipos de fraturas.

A prevenção da osteoporose inicia-se por bons e adequados hábitos alimentares desde a infância com alta ingestão em cálcio e com o avanço da idade o controle do excessivo consumo de proteínas (carne principalmente), café, fumo e álcool. A exposição adequada ao sol, exames preventivos e o bem estar mental também são recursos para combater a doença. A prática de exercícios regulares por toda a vida deve ser incentivada bem como a prevenção de traumas e quedas com a adoção recursos simples como não andar pela casa no escuro, evitar tapetes soltos, pisos escorregadios, chinelos largos, usar corrimão , atravessar na faixa de segurança, etc

Os principais fatores de risco da osteoporose são:

- Sexo: são acometidas 4 mulheres para cada homem
- Perda de massa óssea acelerada após a menopausa
- Menarca tardia e menopausa precoce: longos períodos sem efeito protetor do estrógeno
- Raça: caucasianos e asiáticos tem mais osteoporose
- Fatores nutricionais: baixa ingestão de cálcio durante a vida
- Ausência de atividade física: inatividade importante ou imobilização levam à perda ou menor formação de massa óssea
- Tabagismo: aumento da depuração renal de estrógeno
- Ingestão de álcool e/ou cafeína: diminuição da massa óssea
- Hereditariedade e propensão para queda
- Deficiência no controle neuromuscular
- Medicamentos ansiolíticos

Temos verificado que o grande desconhecimento das pacientes e familiares quanto as medidas básicas de prevenção e tratamento constituem grande angústia para todas as pessoas direta e indiretamente envolvidas. Por falta de conhecimento e medo de fraturas, muitas vezes são tomadas medidas que comprometem ainda mais a dependência dos pacientes, aumentando sua inatividade e piorando o quadro físico e emocional dos portadores de osteoporose.

Além das ações diretas com os portadores de osteoporose, é importante que eles próprios, sua família e os agentes comunitários se tornem multiplicadores das medidas preventivas, diminuindo assim o número de pessoas com osteoporose, ao aumentar o leque de informações e de pessoas esclarecidas sobre o assunto.

Devem ser orientações e cuidados desenvolvidos:

- os exercícios físicos visando manutenção da amplitude de movimentos, ganho de massa muscular e melhor condicionamento cárdio-respiratório
- as atividades físicas que melhoram a propriocepção e a marcha o que ajuda a prevenir as quedas e realizar suas atividades diárias evitando dores e protegendo sua estrutura óssea. com noções básicas de ergonomia.
- as atividades e recursos de lazer e convivência na comunidade,
- a aplicação de técnicas de relaxamento
- as atividades para apoio do relacionamento familiar, auto-estima
- a apresentação das necessidades nutricionais diárias e quais os alimentos com maior quantidade de cálcio, fornecendo cardápio para manter ingestão mínima diária deste mineral
- a prevenção de quedas e fraturas,
- desempenho de atividades com diminuição da intensidade e a frequência da dor, e a rigidez matinal
- incentivo e apoio para atividades em geral, que diminuam as situações de desequilíbrio físico e favoreçam ativos e positivos os relacionamentos familiares e sociais

2. Afecções osteoarticulares

As Artrites são classificadas entre as 5 principais causas de deficiências de longa evolução, levando a quase 50% dos portadores a uma situação de incapacidade. Caracterizam-se por quadro de dor com inflamação e rigidez articular, restrição e fadiga nos movimentos, limitação funcional, dificuldade de locomoção e deformidades. O manejo e controle desta condição deve ser realizado no nível primário de atenção à saúde sendo o diagnóstico precoce a principal forma de prevenção da destruição articular e conseqüente incapacidade.

Entre as mais de 100 enfermidades que comprometem as articulações no idoso, a osteoartrite e a artrite reumatóide são as duas mais comuns.

- Osteoartrite.

Conhecida como uma doença articular degenerativa é considerada o tipo mais comum das artrites incidindo tipicamente em idosos. Os sinais e sintomas são locais e incluem articulações ósseas com dor que piora com suporte de peso.

O enfoque terapêutico dependerá do estágio da doença, que poderá evoluir para uma situação incapacitante principalmente quanto a quadris, joelhos, costa e mesmo dedos. Na área da reabilitação algumas orientações devem ser dispensadas em relação a necessidade de emagrecer o obeso, manter o trofismo muscular, promover ações analgésicas no controle da dor, economizar a marcha ou utilizar equipamentos e ajudas técnicas como bengala, para que não se agrave o desgaste articular.

- Artrite Reumatóide

Sua incidência, segundo alguns autores é de 2 a 3% nos indivíduos acima de 55 anos, cujo início remonta principalmente a idade dos 30 – 40 anos e mulheres tem sido 3 vezes mais facilmente diagnosticadas que os homens. É uma doença sistêmica frequentemente progressiva caracterizada por sinais de inflamação simétricas nas articulações e pode evoluir para danos da cartilagem e ossos. Pode ainda apresentar quadros secundários iatrogênicos com o uso de medicação (corticóides) a longo prazo como a acentuação da osteoporose, colposos vertebrais, hipertensão e diabetes.

Conhecida também com a “doença da imobilização”, leva comumente a quadros de desânimo requisitando intervenção interdisciplinar para que um conjunto de ações articuladas seja dirigidas para a melhora dos aspectos físicos (mobilidade articular, posicionamento adequado, prevenção, correção ou minimização de deformidades); emocionais e de adaptação social (independência nas atividades da vida diária, relação com a família e a comunidade).

A chave para o controle é o diagnóstico precoce e o tratamento para prevenir a destruição de articulações e maximizar as habilidades funcionais do indivíduo.

A hidroterapia tem se mostrado um recurso terapêutico de resultados satisfatórios, justamente por propor atividades de baixo impacto e requisitar menor grau de força antigravitacional.

3. Dor

Vários estudos referem um aumento na prevalência de dores persistentes, musculoesqueléticas, neuropáticas, fibromialgias relacionadas com o aumento da idade. As maiores estimativas foram obtidas em amostras com pessoas idosas institucionalizadas, onde aproximadamente 70% reportam problema corrente de dor.

A falta de avaliação e diagnóstico apropriados, o uso indiscriminado de analgésico ou antiinflamatórios como único método de controle da dor, tem sido fatores agravantes desta situação com o aparecimento de agravos secundários como deambulação prejudicada, quedas, redução das atividades funcionais, depressão, distúrbios de sono, falta de apetite e má nutrição que podem definir condições de incapacidade.

É fundamental que se associe cuidados alternativos como as massagens, acupuntura, yoga, exercícios relaxantes; recursos terapêuticos como os alongamentos; a eletro, termo e hidroterapia; e também suporte emocional na identificação e cuidado de outras causas relacionais.

B. Deficiência Múltipla

1. Doença de Parkinson

Considerada a segunda doença neurodegenerativa mais comum no envelhecimento (1997-American Academy of Neurology). Caracterizada

essencialmente por sintomas motores como: tremor (em pés, mãos, queixo e mandíbula), rigidez muscular (membros, pescoço e tronco), acinesia ou bradicinesia (redução da quantidade e qualidade dos movimentos), distúrbios de equilíbrio e marcha.

Podem ocorrer manifestações precoces como diminuição do piscamento ocular, da expressão facial (hipomímia) e hipofonia. Os quadros demenciais costumam ocorrer em cerca de 10 a 50% dos acometidos com comprometimento das funções visoespaciais, freqüentemente acompanhadas de distúrbios comportamentais. Alterações autonômicas, como incontinência urinária, constipação, hipotensão ortostática também são encontrados.

De etiopatogenia desconhecida, alguns estudos tem associado fatores com neurotoxinas externas – pestidas e herbicidas em quadros graves e progressivos, sem remissão. Medicamentos como o haloperidol, cinarizina, flunarizina tem sido considerados como agentes responsáveis por parkinsonismo induzido. A própria medicação considerada mais eficaz (L-Dopa) no tratamento traz efeitos colaterais no seu uso a longo prazo como flutuações motoras, discinesias e distúrbios neuro psiquiátricos

Numa fase mais avançada da doença as dificuldades vão tornando-se progressivas para a realização de funções simples relacionadas às atividades da vida diária , comprometendo muito a qualidade de vida destas pessoas

Associado ao tratamento medicamentoso, precisam estar fortemente assegurados:

- os cuidados básicos de saúde para o melhor enfrentamento da condição de incapacidade - manutenção da higiene, alimentação, atividades e convivência social;
- as orientações e apoio aos cuidadores na aceitação e manejo saudável das situações do cotidiano, com respeito e manutenção da dignidade pessoal;
- as intervenções de reabilitação para minimizar as características e efeitos de quadro motor, cognitivo, emocional, adaptativo e funcional;
- Terapias complementares tem sido usadas com sucesso como acupuntura, meditação, yoga, tai-chi, massagem crânio-sacral, fitoterapia.

2. Acidente Vascular Cerebral

Consiste no comprometimento súbito da função cerebral causado por alterações no fluxo sanguíneo cerebral. Aproximadamente 80% dos AVC são causados por um baixo fluxo sanguíneo cerebral (Isquemia) e outros 20% por hemorragias.

É a terceira principal causa de morte entre as patologias clínicas e a mais freqüente causa de morbidade entre as doenças neurológicas depois da Síndrome de Alzheimer. Nos indivíduos acima dos 75 anos esta incidência chega a 30/1000 hab. Entre os fatores de risco destacam-se os:

- genéticos: hipertensão arterial, tabagismo, idade
- genéticos e do modo de vida: obesidade, alcoolismo crônico, diabetes mellitus
- definidos e relacionados com doença: doença reumática

A aterosclerose é apontada como a causa principal dos AVC, e a grande questão não se encontra apenas na mortalidade mas nas seqüelas incapacitantes como: a surdez por lesão do sistema nervoso, do tipo sensorial e irreversível; as hemiparesias com diferentes graus de comprometimento, desde leve assimetria funcional até perda da capacidade de mobilidade, de transferências posturais e de auto-cuidado; as perdas cognitivas (segunda maior causa em adultos -17%) com história de início súbito e sinais como afasia, apraxia, agnosia, alterações de humor.

São princípios de intervenção nestes casos:

- manutenção preventiva das habilidades funcionais;
- estimulação para o exercício e uso de suas capacidades remanescentes;
- desenvolvimento de capacidades motoras, perceptivas, cognitivas e de comunicação;
- prevenção de deformidades – posicionamento, mobilização e informações afins;
- execução de atividades de rotina com o máximo de independência;
- indicação e treinamento para o uso de tecnologia assistiva (adaptações nos materiais e ajudas técnicas, equipamentos para mobilidade reduzida);
- oportunidades de participação para que se sinta útil e encontre prazer nas suas atividades mesmo diante das seqüelas;
- experiência constante de relações de afeto;
- desenvolvimento de projetos pessoais e sociais;
- adaptação e inclusão no meio ambiente.

3. Diabetes Mellitus

O Diabetes Tipo 2 ocorre freqüentemente em pessoas com mais de 40 anos e, em geral, obesas. Além do excesso de peso, outros fatores aumentam o risco para a doença: sedentarismo, ingestão excessiva de calorias, tabagismo, estresse e antecedente familiar. Em geral, o controle do Diabetes Tipo 2 requer dieta, exercícios e, às vezes, medicamentos.

Quanto mais precoce a identificação da doença e o início do tratamento, melhor. Na maioria dos casos não há sintomas iniciais, por isso, a doença costuma ser diagnosticada quando da ocorrência de complicações.

Uma das complicações é a chamada neuropatia diabética, quando há lesão de nervos periféricos que causam formigamentos, ou lesões de nervos autonômicos - que é o caso da disfunção erétil, e que vem sendo mais relatada e tratada com a maior disponibilidade de informação e melhor relação médico e paciente.

O diabético está muito mais propenso a ter doenças circulatórias e tem o risco de 2 a 4 vezes maior de desenvolver uma angina, um infarto do que um indivíduo não diabético.

A doença é crônica e muitas complicações estão associadas a ela: um indivíduo diabético pode ter:

- um problema renal, que pode evoluir para insuficiência renal;
- alteração da visão, que também pode evoluir para cegueira;

- alterações vasculares associadas a perda da sensibilidade e chegar a amputações de membros inferiores.

O Diabetes é a principal causa de amputação de membros inferiores e a primeira causa de cegueira no mundo.

Nos casos de amputação de membros inferiores, deve-se incluir:

- no período pós-cirúrgico cuidados com o coto, cicatrização, posicionamentos, mobilidade articular, prevenção de edemas;
- orientação/informação para o auto cuidado;
- desenvolvimento de recursos pessoais para o encorajamento da participação social;
- indicação e adaptação de equipamentos ou recursos auxiliares visando o máximo de autonomia na locomoção.

C. Deficiências cognitivas

As funções cognitivas (memória, linguagem, atenção e alerta...) podem também declinar com o avanço da idade afetando entre 5% a 11% das pessoas acima de 65 anos e quase 50% daquelas com cerca de 80 anos com uma prevalência maior em mulheres (Advisory Panel on Alzheimer Disease, 1988)

Doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência, sendo responsável por aproximadamente 65% de todos os casos de demência em adultos. Caracterizada principalmente pelo declínio da memória, afasia, apraxia, desorientação tempo-espacial, delírios paranóides, alucinações auditivas. Uma das maiores dificuldades que enfrentam os pacientes e seus familiares é a administração da rotina diária como auto-cuidado, finanças, conflitos interpessoais e comportamento social (detalhamento em Saúde Mental –Idoso)

D. Deficiência Visual/ Cegueira

Catarata é considerada a principal causa de cegueira em idosos nos países em desenvolvimento. Sua ocorrência pode ser em decorrência do processo natural de envelhecimento ou estar associada a doenças (diabetes, por exemplo). No Brasil estima-se cerca de 350 mil cegos por catarata na faixa dos 50 anos. Em 95% destes casos, a cegueira poderia ser eliminada com o recurso da cirurgia. (UNICAMP- 1996). (Detalhamento e outros comprometimentos em Saúde Ocular - Idoso)

A cegueira adquirida na velhice, associada a condições de menor desempenho e agilidade física pode representar um grande fator de risco para o isolamento, perda de motivação e desinteresse na participação da rotina doméstica e social. Algumas noções devem ser reconhecidas nesta situação em que a perda de uma capacidade presente durante toda a vida requer mecanismos complexos de adaptação do indivíduo e facilitação de recursos familiares e sociais, como:

- Orientação para o autocuidado

- Noções de Orientação e Mobilidade, se necessário inclusive o treino para uso de bengala
- Técnicas de adaptação para as atividades de vida diária
- Modificações no ambiente
- Fortalecimento e desenvolvimento de suas capacidades para independência e autonomia no seu cotidiano

E. Deficiência auditiva

A audição é um sentido fundamental para o desenvolvimento geral e relacionamento humano. Por meio dela percebemos, reconhecemos, localizamos e discriminamos os sons, sendo sua integridade anátomo-fisiológica imprescindível, tanto para a alerta e defesa contra o perigo, quanto para a comunicação e socialização do indivíduo.

Além dos fatores genéticos, ambientais, patológicos e traumáticos, o aumento da expectativa de vida tem favorecido o aparecimento das perdas auditivas decorrentes do processo do envelhecimento, a **presbiacusia**. A deficiência auditiva no idoso dificulta sua participação na sociedade, muitas vezes condenando-o ao isolamento e possíveis quadros depressivos. Nos casos de surdez severa o idoso pode ser considerado confuso, ou mesmo portador de distúrbios de comportamento ou de demência.

Segundo MULROW & LICHTENSTEIN (1991) a estimativa de perda auditiva é de 25% a 35% em pessoas com 65 anos e de, aproximadamente, 50% aos 80 anos.

A **Presbiacusia** caracteriza-se por uma diminuição gradual e progressiva da sensibilidade auditiva em ambos os ouvidos, que pode vir acompanhada de uma desordem complexa envolvendo o processamento auditivo central, afetando a detecção e percepção de tons puros, especialmente os de alta frequência, a localização da fonte sonora e a capacidade de reconhecimento e compreensão da fala, principalmente em ambientes ruidosos.

Esta diminuição da audição pode ser acompanhada de quadros de vertigem e zumbido ou *tinnitus* que, em geral, ocorrem nos dois ouvidos causando muito incômodo. A vertigem caracteriza-se por tonturas rotatórias ou não, instabilidade postural e para caminhar, acompanhada algumas vezes de náuseas e vômitos. O zumbido e a vertigem podem ser agravados pelos seguintes fatores: ansiedade, nervosismo, ingestão de álcool, de cafeína, de alguns medicamentos, insuficiência vascular cerebral, distúrbios metabólicos, tumores cerebrais, infecções, intoxicações e traumatismos. Vale ressaltar que o zumbido ou a diminuição da acuidade auditiva unilateral, pode estar relacionados com tumores localizados na região do ouvido.

As alterações da função auditiva no idoso afetam sua vida afetiva, familiar e social, podendo ser identificadas a partir de:

- ocorrência de quedas freqüentes;
- medo de se deslocar e/ou sair de casa;
- dificuldade de compreensão para a fala em diferentes situações e ambientes, especialmente em locais ruidosos (reuniões sociais, cultos religiosos, teatro,

cinema, televisão, consultas médicas, festas, ruas movimentadas, entre outros);

- alterações psicológicas como embaraço, frustração, irritabilidade, depressão, desinteresse, desatenção;
- tendência ao isolamento, evitando situações sociais, culturais e de lazer;
- problemas de alerta e defesa: incapacidade de ouvir pessoas ou veículos se aproximando, panelas fervendo, alarmes, telefone, campainha de porta;

Desta forma, o foco da atenção primária deve estar voltado para o encorajamento à manutenção do convívio social, desenvolvimento de recursos e formas de abordagem para a eficiência da comunicação e prevenção de acidentes.

Em relação à eficiência da comunicação é imprescindível que todos os interlocutores do idoso com perda auditiva, independente de usarem ou não aparelho auditivo, tenham os seguintes cuidados:

- falar sempre de frente, permitindo a visualização do rosto do falante;
- falar em intensidade normal de voz e de forma pausada, facilitando a recepção e processamento da informação;
- propiciar ambientes e situações mais favoráveis quanto à iluminação e acústica, favorecendo a visualização do falante e a relação sinal/ruído.

Portanto, deve-se estar atento aos sinais de alerta descritos anteriormente, e em caso de suspeita de alterações da função auditiva no idoso, deve-se proceder ao encaminhamento para uma avaliação específica e, quando necessário, seleção, indicação e adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI). É importante salientar que o sucesso da protetização depende da capacidade, motivação e adaptabilidade do paciente, além do suporte familiar e do nível de atividade social.

F. Alterações Vocais

O envelhecimento provoca alterações na altura e na intensidade da voz, gerando agravamento da voz feminina e agudização da voz masculina, além da redução da intensidade sonora, caracterizando a presbifonia (VIÚDE & MANSUR, 1996).

Segundo VON LEDEN & ALESSI (1994) a prevalência de disfunções vocais na terceira idade é estimada em 12%. Para BEHLAU (1999), tais disfunções são decorrentes de processos patológicos, tais como: lesões benignas nas pregas vocais, doenças inflamatórias, neoplasias, paralisias laríngeas e outras de origem neurológica.

Desta forma, as alterações vocais no idoso devem ser avaliadas e diagnosticadas à tempo, evitando agravos e propiciando a detecção de doenças mais graves.

IV. Propostas de ações na atenção ao idoso com deficiência:

1. Em relação ao indivíduo:

- Acolhimento nos serviços de saúde, com “escuta qualificada”, orientação, suporte, acompanhamento terapêutico;
- Desenvolvimento de ações preventivas e hábitos de vida saudáveis relacionadas ao trabalho, postura, atividade física, alimentação;
- Avaliação interdisciplinar à tempo das deficiências e intervenção para prevenção de agravos, recuperação funcional e inclusão social;
- Intervenção à tempo pós-trauma possibilitando o desenvolvimento de habilidades e recursos próprios para superação da deficiência, bem como evitando instalação de quadros secundários à lesão;
- Informação e cuidados nas condições de alteração da sensibilidade, tônus muscular, agravos respiratórios, disfunção vesical;
- Desenvolvimento de habilidades funcionais – preensão, orientação tempo/espço, percepção visual e auditiva, planejamento motor;
- Adaptação de materiais e ambiente para independência nas atividades da vida diária – colher, lápis, brinquedos, cadeira, mesa, banheiro;
- Suporte individual e para a comunidade, para a participação nas atividades dos diferentes equipamentos sociais;
- Atividades para aquisição de independência nas AVDs (atividades da vida diária): higiene, vestuário, alimentação, deslocamentos e comunicação e AVPs (atividades da vida prática): abrir porta, fazer compras, arrumar casa, etc;
- Atendimento domiciliar aos acamados e ações domiciliares de reabilitação – posicionamento, adaptações, principalmente na fase inicial da instalação da lesão, quando emergem novas condições decorrentes do agravo;
- Indicação, adaptação, treinamento, desenvolvimento do controle e independência no uso de equipamentos assistivos – cadeira de rodas, órteses e próteses, aparelhos de amplificação sonora individual, recursos ópticos e outros;
- Grupos de atividades e oficinas terapêuticas;
- Criação de oportunidades para o desenvolvimento de projetos pessoais e sociais – atividades domésticas, socialização, voluntariado, lazer, esportivas, cultural, artística;
- Atividades de apoio a reinserção no trabalho, cooperativa;

2. Em relação aos familiares e cuidadores:

- Apoio aos cuidadores no desenvolvimento de suas funções;
- Capacitação para os cuidadores em relação ao processo de envelhecimento e decorrências;
- Suporte terapêutico aos familiares envolvidos;
- Informação e orientação sobre: manuseio, tecnologia assistiva, recursos auxiliares.

3. Em relação ao PSF:

- Apoio e orientação aos ACS para a atenção aos idosos com deficiência visando sua independência nas atividades de vida diária e auto cuidado;
- Capacitação da equipe de saúde da família sobre os diferentes tipos de deficiência na:
 - a) Prevenção – acidentes domésticos e de trânsito, violência, controle e uso adequado de medicação, promoção de atividade física e hábitos alimentares adequados;
 - b) diagnóstico à tempo - detecção e intervenção de doenças potencialmente limitantes ou incapacitantes e encaminhamento para avaliações específicas;
 - c) intervenções específicas – conhecimento de condições específicas de algumas deficiências – cuidado com úlceras de pressão, controle vesical;

4. Em relação à comunidade:

- Divulgação de informações sobre os diferentes tipos de deficiência, seus direitos, equiparação de oportunidades;
- Atividades para a promoção de uma sociedade inclusiva, respeitando a diversidade humana;
- Atividades de sensibilização para o desenvolvimento de ações solidárias e mudanças atitudinais;
- Projetos de acessibilidade ao meio ambiente, à comunicação;
- Criação e desenvolvimento de oportunidades de moradia, trabalho e subsistência – cooperativas e oficinas;

Bibliografia:

Ageing – Exploding the myths - WHO 1999

Angulo, MS, Aspectos fisiológicos do envelhecimento – Curso de Terapia Ocupacional – USP

Cartilha educativa: Convivendo com a osteoporose – Sociedade Paulista de Reumatologia

Cartilha: Treinamento de Cuidadores Informais de Idosos - I Treinamento para formação de cuidadores informais em atenção à saúde do idoso da PMSP -1993

Kara, JN e col (1997) Campanha Nacional de Prevenção de Cegueira e reabilitação visual do idoso. Rev. Med. 76(6): 293-6

Marjama-Lions, JM e Koller, WC (2001) Parkinson's Disease – Update in diagnosis and symptom management. Geriatrics 56(8): 24-6

Mulrow CD, Lichtenstein, MJ (1991) Screening for hearing impairment un the elderly: rationale and strategy. J Gen Intern Med 6 (3): 249-58

Mounton, CP e col. The ABCs of Health Screening(2000). Geriatric Times. I (2)

Pendlebury, WW e Solomon, PR (1996) . A doença de Alzheimer. Clinical Symposia 48 (3)

Revista – O mundo da saúde ano 25, vol.25, n.4 (2001)
– Reabilitação: qualidade de vida e inclusão – Editora do Centro Universitário São Camilo

Russo, I. P. – Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade. Rio de Janeiro - Livraria e editora REVINTER – 1999

SITES:

www.sbgq.org.br

www.boasaude.com

www.saudebrasilnet.com.br

www.unifesp.br

www.cbo.com.br

www.sentidos.com.br