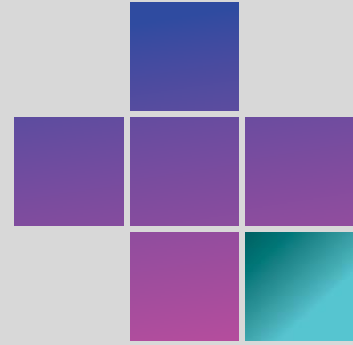




Protocolos de Enfermagem

Cidade de São Paulo



Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
Secretaria-Executiva de Atenção Básica, Especialidades e
Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Atenção Básica - SMS
Área Técnica da Assistência de Enfermagem

Módulo 2

Atenção Primária à Saúde da Pessoa Idosa



5ª edição revisada
Dezembro | 2024



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Ricardo Nunes
Prefeito da Cidade de São Paulo

Luiz Carlos Zamarco
Secretário Municipal da Saúde

Maurício Serpa
Secretário Adjunto Municipal da Saúde

Luiz Artur Vieira Caldeira
Chefe de Gabinete

Sandra Maria Sabino Fonseca
Secretária Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde

Giselle Cacherik
Coordenadora da Atenção Básica

FICHA CATALOGRÁFICA

S241p. São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Secretaria - Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Coordenadoria da Atenção Básica.

Protocolos de enfermagem: módulo 2 – Atenção Primária à Saúde da Pessoa Idosa/ Coordenadoria da Atenção Básica. - 5.ed. rev.- São Paulo: SMS, 2024. 176p.

1.Enfermagem. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde do Idoso. 4.Geriatria. 3.Saúde da Família. 6. Serviços de Saúde. I. Título.

CDU-616.08

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**SECRETARIA-EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E
VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**COORDENADORIA DE ATENÇÃO BÁSICA - SMS
ÁREA TÉCNICA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Módulo 2

Atenção Primária à Saúde

da Pessoa Idosa

Revisão 11/2024

Módulo 2

Atenção Primária à Saúde da Pessoa Idosa



Coordenação Geral

Área Técnica da Assistência de Enfermagem - Coordenadoria de Atenção Básica - SMS - SP

Maria Elizabet Pereira de Siqueira
Ellen Akreman Macedo Tinos
Ana Paula Lima Orlando

Organização

Área Técnica da Assistência de Enfermagem - Coordenadoria de Atenção Básica - SMS - SP

Escola Paulista De Enfermagem - EPE/Unifesp - Departamentos acadêmicos

Revisão e Atualização SMS/CAB

Adalberto Kiochi Aquemi
Cassia Liberato Muniz Ribeiro
Ellen Akreman Macedo Tinos
Karina Mauro Dib
Kelly Cristina Lino dos Santos
Maria Elizabet Pereira de Siqueira
Maria Luiza Franco Garcia
Josie Cleia Santos Miranda

Departamentos CAB

Divisão de Cuidado às Doenças Crônicas
Divisão de Promoção à Saúde
Divisão de Saúde Mental
Divisão de Cuidados em Saúde por Ciclos de Vida
Divisão de Atenção Primária

Divisão de Assistência Farmacêutica e Laboratorial, de Enfermagem e Insumos Estratégicos

Coordenadorias Regionais de Saúde/SMS-SP

Andrea Lutten Leitão
Carlos Eduardo de Paula
Cassia Oliveira Lopes
Cíntia Christina Silva Patrício de Souza
Evelyn de Souza Viana
Julia de Moura Godoy
Lígia Mascarenhas
Lucimar de Lima Xavier de Mendonça
Verônica de Pádua Mello

Escola Paulista de Enfermagem – EPE/UNIFESP

Departamento de Saúde Coletiva - DESC

Ana Beatriz Mateus Pires
Ana Lucia de Moraes Horta
Danila Cristina Paquier Sala
Flávia Saraiva Leão Fernandes
Hugo Fernandes
Káren Mendes Jorge de Souza
Lucíola Demery Siqueira
Márcia Regina Martinez Tedeschi
Meiry Fernanda Pinto Okuno
Miriam do Nascimento Ogata Ooki
Monica Taminato
Paula Hino
Soraia Matilde Marques Buchhorn

Parceiros

Associação Filantrópica Nova Esperança - AFNE
Associação Saúde da Família - ASF
Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim - CEJAM
Fundação do ABC - FABC
Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde - INTS
Associação Comunitária Monte Azul
Casa de Saúde Santa Marcelina
Sociedade Beneficente Caminho de Damasco;
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
Sociedade Beneficente Israelita Brasileira - Hospital Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos profissionais da Coordenadoria da Atenção Básica, Coordenadorias Regionais de Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde, Escola Paulista De Enfermagem – EPE/ Unifesp - Departamentos acadêmicos, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein:

Aline Calle Canella, Aline Fernandes de Rossi, Andrea Cristina Borella, Bárbara Tideman Sartorio Camargo, Barbara Gatti Pascoaso, Beatriz Diório Pires, Beatriz Mayumi Itonaga, Beatriz Secco da Silva, Carla Pereira Barreto, Carolina Manteiga de Castro, Cassia Regina da Silva, Cecilia Onohara da Silva, Daiana Bonfim, Dafne Louize Gomes Fernandes, Debora Bernardo da Silva, Denis dos Santos Azevedo, Fabiana Guimarães dos Santos, Felipe Trojeckas Fragoso, Gabriella Mendes de Oliveira, Giovana Andrade Frederico, Gislaine Desani Costa, Jessica Domingues, Jessica Vilela Silva, Jocielle dos Santos Ramos, Julianni Ribeiro Nunes, Kattielly Gomes Silva, Lais Correia Souza, Leila Justino da Silva, Lucelia dos Santos Silva, Luiza Carraschi de Oliveira, Maria Fernanda Nóbrega, Marina Cristina dos Santos Brito, Phellipe Martins Sanches Ferreira da Rocha, Priscila Maria Gonçalves Ruggeri Faustino, Rebecca Camatta, Samuel Damasceno Cipriano, Sofia Lopes, Stefany Nizer Alves, Thuany Gama Neumann, Verônica Elizabeth Nascimento, Victoria Klebis da Silva, Vivian Pereira Franco.

Agradecemos aos profissionais abaixo relacionados pela dedicação na construção das edições anteriores:

Amara Lousiene Sales Patricio; Andréa Lutten Leitão; Artur Vieira Castilhano Neto; Cecília Seiko Takano Kunitake; Claudia Hernandez F. Takamatsu; Heloisa Maria Chamma Leuzzi Lacava; Ivani dos Santos; Karina Mauro Dib; Leni Aparecida Gomes Uchoa; Maria Bernadete Sampaio Amaral Seixas; Maria Cristina H. dos Santos; Marisa Beraldo; Patrícia Luna; Priscila de Oliveira Conde Candido; Rhavana Pilz Canônico; Renata Sinti Bonanno; Reneide Rodrigues Ramos; Roberta Melão; Rosa Maria Bruno Macucci, Silmara Alves dos Santos; Soraia Rizzo; Andrea da Silva Alves; Ana Izabel C. Gorgulho; Ana Maria A. Bergo; Denise Helena de Castro Freitas; Gloria Mityo Schulze; Leni A. Gomes Uchôa; Luciana Moraes Borges Guedes; Marina Arends Roschel; Maria das Graças L. Oliveira; Maria das Graças Lopes Bel. da Silva; Naira Reis Fazenda; Rachel Gonçalves Miguel; Regina T. Capelari; Rita de Cássia R. Pereira; Mercia Celeste; Patricia Luna; Nayara T. Hollen Dias; Sandra Regina Alves Freitas.



APRESENTAÇÃO

Este documento está em sua 5ª edição revisada em novembro/2024, como instrumento norteador para os profissionais Enfermeiros lotados nos estabelecimentos municipais de saúde da Atenção Básica do município de São Paulo, com o objetivo de apoiar os profissionais na condução das etapas da assistência na Atenção Primária à Saúde - APS, viabilizando a implementação do Processo de Enfermagem, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

A construção deste documento envolveu o trabalho conjunto da Área Técnica da Assistência de enfermagem, Interlocutores Técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde e Assessores das Áreas Técnicas da Coordenadoria da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, com a participação do corpo Docente da UNIFESP através do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES).

Esta atualização periódica, surge pela necessidade de preservar a organização da assistência de enfermagem nos serviços da APS em acompanhamento aos princípios da Política Nacional de Atenção Básica: “promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada”.



SIGLAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

AF – Atividade Física

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AMPI - AB - Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica APF
- Aptidão Física

APS - Atenção Primária à Saúde

AVD - Atividades da Vida Diária

CAEI - Centro de Acolhida Especial para Idosos

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CER - Centro Especializado em Reabilitação

CDI - Centro Dia para Idosos

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centros de Referência Especializada de Assistência Social

DE - Diagnóstico de Enfermagem

e-Multi – Equipe Multiprofissional

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos

IMC - Índice de Massa Corpórea

IU - Incontinência Urinária

NASPI - Núcleo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

MTC – Medicina Tradicional Chinesa

MTCI – Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas

NPV - Núcleo de Prevenção da Violência

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAI - Programa de Acompanhante de Idosos

PE – Processo de Enfermagem

PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PNI - Programa Nacional de Imunização

PMI - Programa Municipal de Imunização

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RASPI - Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

RT – Responsável Técnico

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMS/SP - Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

SMADS/SP - Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo

SUAS - Sistema Único da Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

STS - Supervisão Técnica de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

URSI - Unidade de Referência à Saúde do Idoso

VD - Visita Domiciliária

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA	12
1.1 Envelhecimento e Velhice	12
1.2 Envelhecimento Saudável.....	13
REFERÊNCIAS.....	15
1.3 Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa - RASPI.....	16
REFERÊNCIAS.....	17
1.4 Direitos da Pessoa Idosa.....	18
REFERÊNCIAS.....	18
CAPÍTULO 2 - GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE.....	19
2.1 Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI - AB).....	20
REFERÊNCIAS.....	21
2.2. Consulta de Enfermagem à pessoa idosa	22
2.2.1. Processo de Enfermagem: Avaliação da pessoa idosa	24
2.2.2. Registro Clínico/Evolução de Enfermagem.....	25
REFERÊNCIAS.....	27
2.2.3. Processo de Enfermagem: Diagnósticos de Enfermagem para pessoa idosa	32
REFERÊNCIAS.....	38
2.2.4. Processo de Enfermagem: Planejamento de Enfermagem e Implementação de Enfermagem	38
REFERÊNCIAS.....	47
CAPÍTULO 3 - PRINCIPAIS ACHADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DA PESSOA IDOSA	48
3.1 Alimentação e Nutrição (CIAP - A98 Medicina preventiva/ manutenção da saúde)	48
REFERÊNCIAS.....	53
3.2 Saúde Bucal (CIAP - D19 Sinais/sintomas dos dentes/gengivas; D20 Sinais/sintomas da boca/língua/lábios; D28 Limitação funcional/incapacidade)	54
3.2.1 Avaliação e Higiene da Cavidade Oral	55
3.2.2 Recomendações básicas para pessoas idosas que necessitam/usam próteses (Dentadura/ponte)	57
REFERÊNCIAS.....	61

3.3 Quedas (CIAP - A80 Lesão traumática/acidente).....	62
REFERÊNCIAS.....	64
3.4 Demências (CIAP - P70 - Demência).....	65
REFERÊNCIAS.....	67
3.5 Depressão (CIAP - P03 Tristeza/ Sensação de depressão)	68
REFERÊNCIAS.....	71
3.6 Delirium (CIAP - P99 Outras perturbações psicológicas)	72
REFERÊNCIAS.....	75
3.7 Incontinência Urinária (CIAP - U04 - Incontinência urinária)	76
REFERÊNCIAS.....	79
3.8 Hipertensão Arterial	
(CIAP K85 Pressão arterial elevada; K86 Hipertensão sem complicações; K87 Hipertensão com complicações).....	80
3.8.1. Urgência e Emergência - Crise Hipertensiva na APS ⁴	83
REFERÊNCIAS.....	85
3.9 Hipotensão Postural ou Ortostática	
(CIAP K88 - Hipotensão Postural).....	86
REFERÊNCIAS.....	87
3.10 Diabetes (CIAP - T89 Diabetes insulino-dependente / T90- Diabetes não insulino-dependente)	88
REFERÊNCIAS.....	95
3.11 Osteoporose (CIAP - L 95 Osteoporose)	97
REFERÊNCIAS.....	100
3.12 Adesão ao Tratamento Medicamentoso e Não Medicamentoso	
(CIAP-PS21 Problemas de Adesão/98-Medicina preventiva/ manutenção da saúde).....	102
REFERÊNCIAS.....	107
3.13 Saúde Sexual.....	108
3.13.1 Sexualidade	108
REFERÊNCIAS.....	110
3.13.2 Queixas sexuais	111
3.13.3 Disfunção Erétil (CIAP - Y07 Impotência NE)	114
3.13.4 Dispareunia (CIAP - X04 Relação sexual dolorosa na mulher)	115
REFERÊNCIAS.....	117
CAPÍTULO 4 - VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS (CIAP -Z25 ATO OU ACONTECIMENTO VIOLENTO)	118
4.1 Como identificar violência contra pessoas idosas.....	118
4.2 Rede de cuidado à violência contra pessoa idosa	121
4.3 FLUXO DE ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	122

4.4 FLUXO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	125
REFERÊNCIAS.....	126
 CAPÍTULO 5 - CUIDADOS PALIATIVOS	127
REFERÊNCIAS.....	132
 CAPÍTULO 6 - TECNOLOGIAS PARA O CUIDADO	133
6.1 Imunizações (CIAP-A98 Medicina preventiva /manutenção da saúde).....	133
REFERÊNCIAS.....	135
6.2 Atividade Física (CIAP - A98 Medicina preventiva/manutenção da saúde/ D28 Limitação funcional/incapacidade).....	136
6.2.1 Definições de Termos	137
6.2.2 Recomendações Gerais para a Prática da Atividade Física.....	137
REFERÊNCIAS.....	139
6.3 Desenvolvimento de Trabalho em grupo	141
REFERÊNCIAS.....	145
6.4 Visita Domiciliária à Pessoa Idosa.....	146
6.4.1 Ferramentas para a Visita Domiciliária da Pessoa Idosa	146
REFERÊNCIAS.....	151
 CAPÍTULO 7 - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE	152
REFERÊNCIAS.....	158
 ANEXO 1	159
ANEXO 2	160
ANEXO 3	161
ANEXO 4	162
ANEXO 5	164
ANEXO 6	166

INTRODUÇÃO

Projeções demográficas indicam que, em 2050, a proporção de indivíduos com 60 anos ou mais na população mundial quase dobrará. O aumento da expectativa de vida nas Américas, embora positivo, acarreta o surgimento de novas demandas por serviços de saúde e assistência social, exigindo uma reestruturação dos sistemas vigentes para atender às necessidades de uma população envelhecida.

No Brasil, o envelhecimento populacional é uma realidade, sendo assim, os serviços de saúde, bem como os seus profissionais necessitam estruturar-se para atender à demanda vigente. O conhecimento de aspectos do processo de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem com o envelhecimento (senescência) e das modificações determinadas pelas afecções que frequentemente acometem a pessoa idosa (senilidade) é fundamental para a prestação de uma assistência de qualidade nos níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Organização Pan-Americana da Saúde recomenda que a atenção integrada da pessoa idosa seja sustentada pelos seguintes princípios: o direito à melhor saúde possível; a mesma oportunidade de acesso aos determinantes do envelhecimento saudável independentemente de sua condição socioeconômica, local de nascimento, residência ou outros fatores sociais; A atenção deve ser prestada a todos, sem discriminação com base no gênero ou na idade.

Este documento tem como objetivo orientar as ações de enfermagem na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa nas Unidades de Atenção Básica, Unidade de Referência a Saúde do Idoso (URSI), Programa Acompanhante de Idosos (PAI) e Unidade de Atendimento Domiciliar entre outros, apontando peculiaridades a serem abordadas, visando um atendimento diferenciado, promovendo o máximo da autonomia e independência desta população.

Considerando-se os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde e Estatuto da pessoa idosa – Lei 10.741/03, este trabalho vem corroborar na organização de referência e contra referência, prestando uma assistência voltada para a promoção da saúde da pessoa idosa, encaminhando o indivíduo para outros equipamentos de saúde da rede básica, bem como para nível secundário e terciário quando a indicação for preconizada.

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

Equipe Técnica de Enfermagem - Coordenação da Atenção Básica e Coordenadorias
SMS-SP - Apoio Técnico UNIFESP

CAPÍTULO 1 - ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA

1.1 Envelhecimento e Velhice

O processo de envelhecer é algo natural e gradual no ciclo da vida, diferindo de um ser para o outro, refletindo uma experiência única para cada pessoa.

O enfermeiro tem um papel fundamental na oferta de cuidados de saúde focado na promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidados de recuperação, que influencia diretamente a saúde e o bem-estar das pessoas idosas e de suas famílias. Sendo assim, a atuação do enfermeiro requer um conjunto específico de conhecimentos, habilidades e julgamento crítico para compreender as necessidades das pessoas idosas, identificar fatores de risco e estabelecer formas de enfrentamento para cada situação¹.

O envelhecimento populacional pode ser definido como a mudança na estrutura etária das pessoas de um território, o que produz um aumento relativo do número das pessoas acima de determinada idade². No Brasil, se reconhece como pessoa idosa aquela que tem 60 anos ou mais. Em todo o país, bem como na cidade de São Paulo, a população idosa tem crescido de forma rápida representando atualmente 17,7% da população paulistana, superando o percentual de crianças (17,1%)³.

O rápido crescimento da população idosa, em poucos anos, mudará completamente o atual quadro demográfico. Essa mudança trará efeitos significativos em todos os níveis da sociedade, especialmente na saúde pública, impactando diretamente os profissionais da saúde. Será necessário, portanto, um crescente nível de qualificação e excelência no atendimento a este segmento etário⁴.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tem citado que o contingente populacional da pessoa idosa promove expressivo impacto na sociedade brasileira, demandando novas exigências de políticas públicas de saúde e inserção ativa das pessoas idosas na vida social³. Além dos aspectos demográficos e de saúde, devemos destacar a questão cultural, pois cada sociedade vive esta fase da vida de forma distinta. As diferentes formas de envelhecer podem garantir ou não uma velhice saudável e ativa.

Este período da vida também possui particularidades em relação à dimensão existencial, definida pela relação que o sujeito tem do mundo e com a sua própria história⁵⁻⁶. As diretrizes da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI), no Brasil, foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde justamente para assegurar uma atenção integral e qualificada à população idosa, abordando suas necessidades específicas de saúde. Esses princípios visam promover a saúde e prevenir doenças, com foco em práticas saudáveis, vacinação, atividade física regular, alimentação adequada e prevenção de quedas⁷. Os enfermeiros na RASPI são incentivados a proporcionar um cuidado integral que considere não só a saúde física, mas também os aspectos psicológicos e sociais das pessoas idosas.

1.2 Envelhecimento Saudável

O envelhecimento saudável consiste em desenvolver e manter em idades avançadas a capacidade funcional que possibilita o bem-estar.

A capacidade funcional é determinada pela capacidade intrínseca de uma pessoa (ou seja, pela combinação de todas as suas capacidades físicas e mentais), pelo ambiente em que vive (entendido no seu sentido mais amplo e incluindo o físico, o social e o político) e pelas interações entre os dois.

Os recursos e oportunidades sociais e econômicos disponíveis para as pessoas ao longo da vida influenciam a sua capacidade de tomar decisões saudáveis, bem como de fornecer e receber apoio quando necessário. Consequentemente, o envelhecimento saudável está intimamente ligado à desigualdade social e econômica.

O envelhecimento saudável pode ser uma realidade para todos, mas para isso temos de deixar de ver o envelhecimento saudável como a mera ausência de doenças e, em vez disso, a promoção da capacidade funcional que permite às pessoas idosas serem e fazerem o que preferem. A promoção do envelhecimento saudável exigirá medidas a vários níveis e setores, destinadas a prevenir doenças, promover a saúde, manter a capacidade intrínseca e facilitar a capacidade funcional⁹.

Senescência

A senescência é o processo de envelhecimento natural de uma pessoa e caracteriza-se por alterações físicas, funcionais e psicológicas, que acontecem de forma gradual e discreta no decorrer da vida de uma pessoa.

Os órgãos ou sistemas do corpo humano envelhecem de forma diferenciada. Vários fatores podem interferir nesse processo de envelhecer, como: alimentação, o modo que as pessoas vivem, prática de atividade física, educação, fatores genéticos, causas psicossociais, entre outros¹⁰.

Alguns sinais ou indicadores do processo da senescência ou do envelhecimento, por exemplo, podem ser: ter cabelos brancos, rugas, flacidez muscular e alterações sensoriais, como alterações na percepção do sabor e cheiro dos alimentos, mudanças na visão e na audição¹¹.

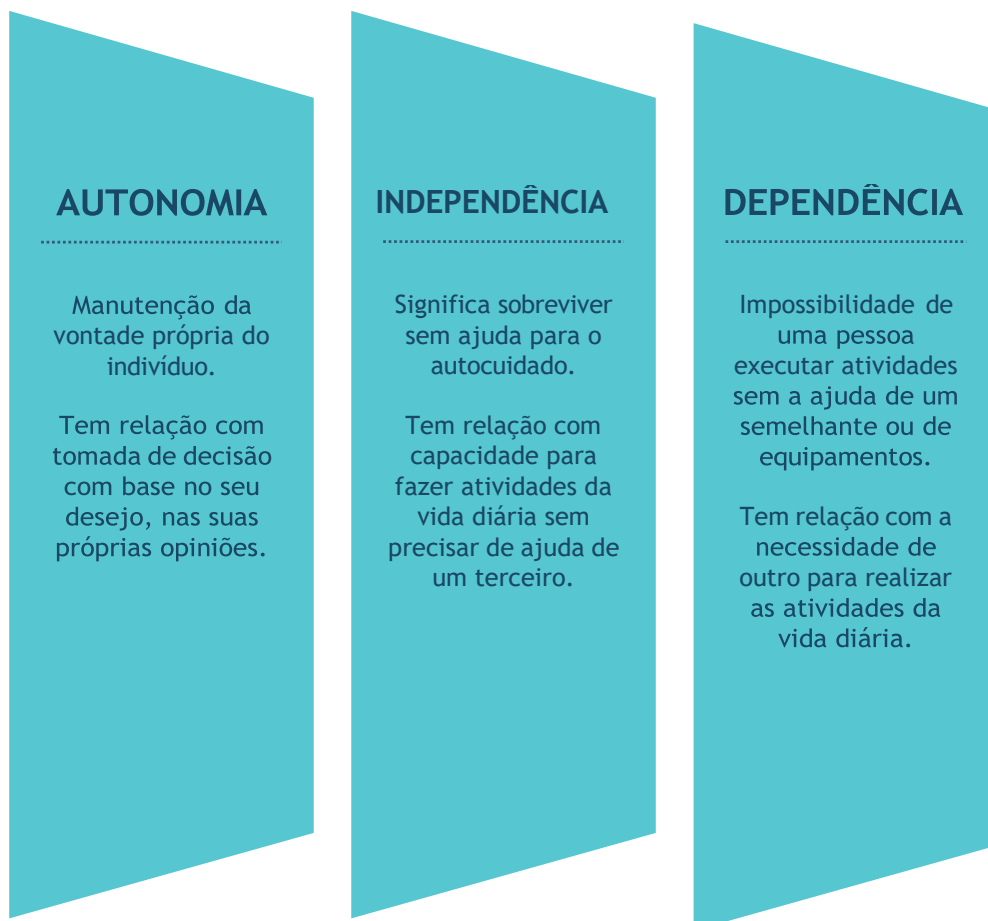
Senilidade

A Senilidade é um termo utilizado para englobar as doenças que tendem a se desenvolver no processo de envelhecimento e que, quando não controladas adequadamente, comprometem a capacidade funcional das Pessoas Idosas, são exemplos: Doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica, Acidente vascular encefálico/acidente vascular cerebral e Demências, especialmente a doença de Alzheimer, mais comuns nas pessoas idosas¹⁰.

O envelhecimento, a velhice e as pessoas idosas revelam a necessidade de discussões mais aprofundadas. Envelhecer com dignidade é um direito humano fundamental e toda a sociedade deve se empenhar para garantir esse direito. Para isso, é essencial investir continuamente na formação dos profissionais da área de saúde na APS, assegurando a melhoria da qualidade da assistência prestada a essa população⁶.

Autonomia, Dependência e Independência

Autonomia e independência são conceitos interdependentes que se desenvolvem ao longo da vida. A autonomia se refere à capacidade de tomar decisões e exercer o autogoverno, enquanto a independência está relacionada à capacidade de realizar as atividades da vida diária de forma autônoma. Ambas são fundamentais para o desenvolvimento pessoal e social. Já os conceitos de independência e dependência estão relacionados à capacidade funcional do indivíduo, ou seja, a manutenção dessas funções pode significar sobreviver sem ajuda para as atividades do dia a dia.



Fonte: Ministério da Saúde, Guia de cuidados para a pessoa idosa (2023)

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da pessoa idosa: guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; 2019. 56 p.
2. Castro CPF, Silva AA, Oliveira M, Almeida FJ, Gonçalves RS. Greater Care Program in the face of the challenges of aging: a qualitative analysis. Rev Saude Publica. 2023;57:70.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2022. Ministério do Planejamento: IBGE; 2022 [cited 2024 May 23]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>
4. Silva TFC, Almeida DBA, Oliva EC, Kubo EKM. Além das equipes intergeracionais: possibilidades de estudos sobre ageismo. Rev Eletr Adm. 2021;27(2):642–62.
5. Bezerra PA, Nunes JW, Moura LBA. Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. Acta Paul Enferm. 2021;34.
6. Ranzani CM, Pinto F, Oliveira C, Gomes T, Gonçalves J. Profile and characteristics of violence against older adults during the COVID-19 pandemic. Rev Lat Am Enfermagem. 2023;31.
7. São Paulo (SP). Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (versão resumida). Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa; 2021 [cited 2024 Apr 20]. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DIRETRIZES_RASPI_2021.pdf
8. São Paulo (SP). Secretaria Municipal de Saúde. Programa Nossos Idosos. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa; 2023 [cited 2024 May 21]. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=346084
9. OMS. Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030. Disponível em <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia de cuidados para a pessoa idosa [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 164 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf
11. Neri, A. L. (org.). Cuidar de Idoso no Contexto da Família: questões psicológicas e sociais. 3. ed. Campinas: Alínea, 2013.

1.3 Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa - RASPI

A APS é a porta de entrada prioritária de todo o sistema de saúde e responsável por atender a pessoa idosa que procura a unidade de saúde, assim como também é responsável pela busca ativa das pessoas idosas que tem dificuldade de acesso às unidades de saúde do seu território. É também o ponto da Rede de Atenção à Saúde onde há abordagem mais eficaz e eficiente para melhorar a capacidade física e mental e o bem-estar.

A RASPI tem como eixo principal a avaliação da capacidade funcional e vulnerabilidade social na Atenção Básica utilizando a AMPI-AB, que classifica as pessoas idosas em saudáveis, pré-frágeis e frágeis¹. Este instrumento é discutido pelas equipes, que devem elaborar um plano de cuidados (Plano Terapêutico Singular - PTS), conforme as necessidades de cada pessoa idosa avaliada¹.

O objetivo geral da RASPI é garantir a promoção e a atenção integral à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica, estabelecendo um sistema integrado, no qual as condições mais prevalentes e de baixa complexidade são atendidas na atenção primária (Unidade Básica de Saúde – UBS), enquanto que doenças de maior complexidade e problemas específicos da população idosa são encaminhados à atenção secundária como a URSI ou a outros ambulatorios de especialidades, obedecendo protocolos de encaminhamento. A UBS está capacitada para atender a maioria dos problemas de saúde da população idosa¹.

A Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, na atualização da Política Nacional Saúde Pessoa Idosa, preconizou a avaliação multidimensional da pessoa idosa, com ênfase na capacidade funcional e vulnerabilidade social, a partir da atenção básica, como forma de identificar as necessidades de cada pessoa idosa e planejar as intervenções através do PTS, pensando sempre nas ações intersetoriais e na continuidade do cuidado². Em 2020, a OMS lançou o ICOPE – Atenção Integrada ao Idoso reforçando esse conceito e fortalecendo a premissa do cuidado centrado na pessoa idosa³ e não na doença e decretou a década do envelhecimento para o período de 2021-2030⁴.

Em 2024, por meio da Portaria Nº 365 foi estabelecido o Núcleo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (NASPI)⁵ nas UBS para atuar na atenção às pessoas idosas residentes/ acolhidos nos serviços socioassistenciais municipais, como o CAEI e a ILPI Grau II.

Link NASPI: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-365-de-7-de-junho-de-2024>



REFERÊNCIAS

1. Secretaria Municipal de Saúde. Manual Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica AMPI-AB, 2021. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/MANUAL_AMPI_AB_ATUALIZAO_2021\(2\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/MANUAL_AMPI_AB_ATUALIZAO_2021(2).pdf)
2. NOTA INFORMATIVA Nº 1/2019-COSAPI/DAPES/SAS/MS, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201904/25085725-nt-01-avaliacao-multi.pdf>
3. Atenção Integrada para os Idosos (ICOPE): Atenção integrada para os idosos. Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária, 2020. (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974>).
4. World Health Organization (WHO). Decade of healthy ageing 2020-2030. Acessado: 04 out. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>
5. PORTARIA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS Nº 365 de 7 de Junho de 2024. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-365-de-7-de-junho-de-2024#:~:text=Estabelece%20o%20N%C3%BAcleo%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o,as%20compet%C3%A2ncias%20de%20seus%20profissionais>.

1.4 Direitos da Pessoa Idosa

O Estatuto da Pessoa Idosa, instituído pela Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003, que entrou em vigor em 1º de janeiro de 2004 é o grande marco legal que busca garantir os direitos das pessoas idosas no Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm

Em 2017, foi sancionada a Lei n.º 13.466, que estabelece prioridade especial das pessoas maiores de 80 anos. O direito à saúde prevê a atenção integral por meio do SUS, assegurando o acesso universal e gratuito aos serviços de prevenção, promoção, proteção, recuperação da saúde e cuidados paliativos.

Nesse sentido, a APS tem papel fundamental, pois é a ordenadora e a coordenadora do cuidado. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), as equipes da Saúde da Família (eSF) e os agentes comunitários de saúde (ACS) são os primeiros serviços que devem estar disponíveis e próximos das pessoas. Assim, é preciso que se esgotem todos os recursos disponíveis na atenção primária, antes de buscar a atenção especializada.

Em 2017, foi sancionada a Lei n.º 13.466, que estabelece prioridade especial das pessoas maiores de 80 anos.

De acordo com o Guia de Cuidados da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, publicado em 2023, esses são os cinco direitos fundamentais. Além dos direitos citados anteriormente, destacam-se outros direitos em outras áreas, como:

- Na Previdência, que estabelece a data-base de 1º de maio para reajustes de benefícios.
- Na Assistência Social, que estabelece a garantia do Benefício de Prestação Continuada (BPC) a idosos a partir de 65 anos que não tenham meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas).
- Nas instituições de acolhimento, como as instituições de longa permanência e casas-lares, em que se estabelece a obrigatoriedade de firmar contrato de prestação de serviços.
- Na habitação, que estabelece a prioridade na aquisição da casa própria nos programas públicos de reserva de pelo menos 3% das unidades habitacionais residenciais para atendimento aos idosos.
- No transporte, que estabelece a gratuidade no transporte coletivo público urbano e semiurbano para pessoas com 65 anos ou mais.

REFERÊNCIAS

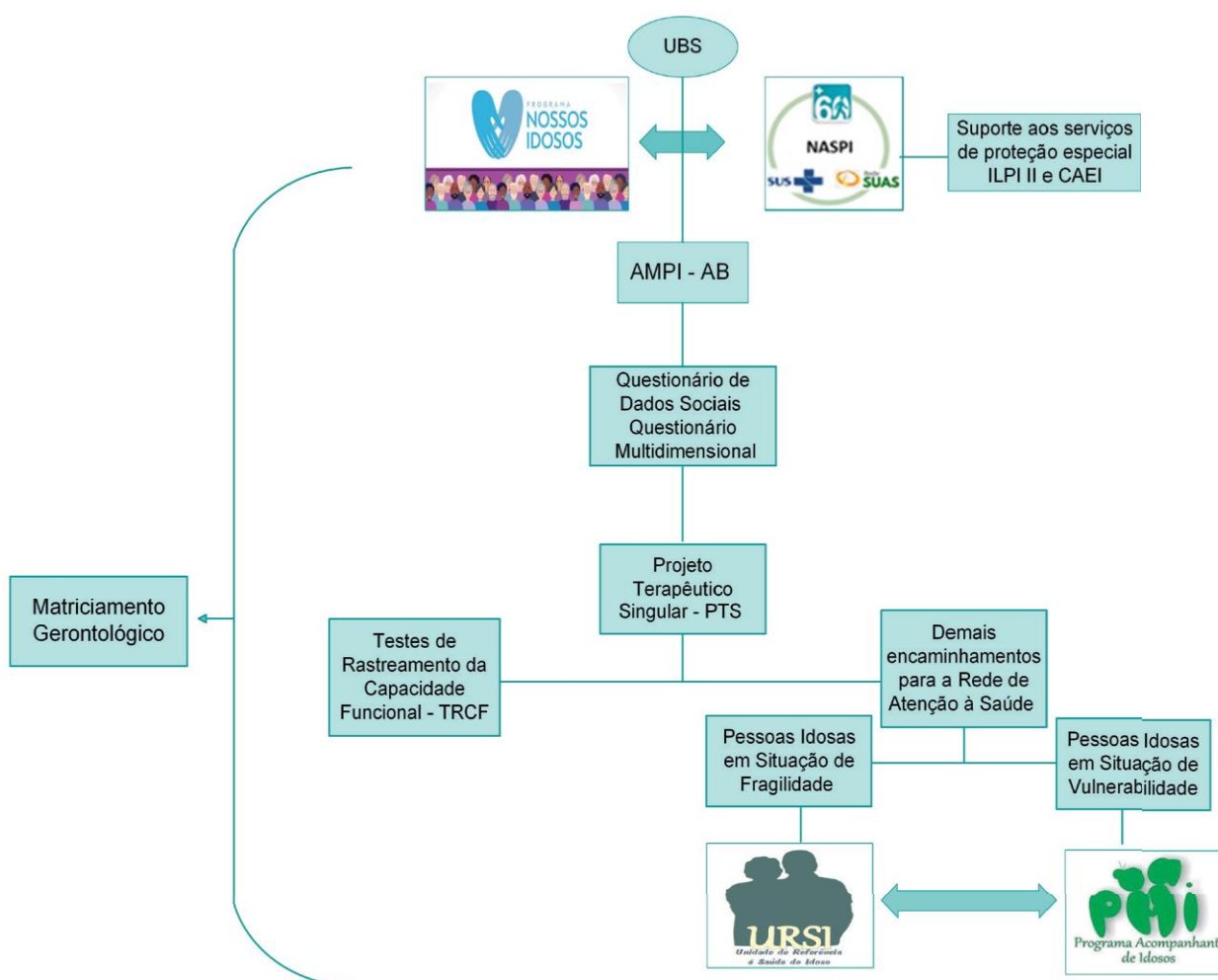
1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia de cuidados para a pessoa idosa [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 164 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf

CAPÍTULO 2 - GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE

O cuidado com a pessoa idosa exige uma abordagem multidimensional, tanto na avaliação quanto na intervenção. A equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde é fundamental para garantir uma atuação interdisciplinar. O acompanhamento contínuo inclui avaliação clínica-funcional regular, estratificação de risco e atualização do plano de cuidados. É essencial oferecer suporte e educação em saúde aos familiares e rede de apoio, especialmente aos cuidadores, para prevenir a sobrecarga e garantir um cuidado de qualidade.

A Enfermagem tem papel fundamental no processo de cuidado da pessoa idosa, seja na realização da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, realizada pela equipe multiprofissional, mas deve ser registrado no sistema somente por um dos membros integrantes da equipe, de acordo com as categorias de CBO definidas.

Fluxograma de Atendimento à Pessoa Idosa



Fluxos RASPI: AMPI-AB Área Técnica Saúde da Pessoa Idosa/Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de São Paulo.

2.1 Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB)

Na Atenção Primária à Saúde (APS) a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI - AB), implementada conjuntamente ao Programa Nossos Idosos da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP), garante melhor avaliação da pessoa idosa e implementação de ações que promovam maior dignidade, segurança e autonomia, fomentando um envelhecimento ativo e saudável.¹⁻²

AMPI-AB Questionário Multidimensional: avalia as condições de saúde e funcionalidade da pessoa idosa. Consta de 17 parâmetros com respostas autorreferidas, abrangendo as seguintes dimensões: física, cognitiva, social e funcional e verificação sobre demais agravos que podem ocorrer com o processo de envelhecimento.

Os dezessete parâmetros abordados na AMPI-AB Questionário Multidimensional são: idade, autopercepção da saúde, suporte social, condições crônicas, medicamentos, internações, quedas, visão, audição, limitação física, cognição, humor, Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), incontinência, perda de peso não intencional e condições bucais.

Objetivos: rastrear possíveis agravos; classificar a funcionalidade da pessoa idosa em saudável, pré-frágil e frágil; direcionar os testes de rastreamento a serem aplicados; elaborar a construção do PTS e possibilitar a gestão do caso com maior eficiência.

Procedimento: fazer as perguntas adaptando a linguagem à compreensão da pessoa avaliada.

Pode ser realizado por qualquer membro da equipe de saúde da UBS/ESF, incluindo profissionais de nível superior e médio que tenham sido devidamente capacitados.

A AMPI-AB foi validada para a aplicação via telefone e pode ser utilizada desta forma. Se a pessoa idosa tiver dificuldade em responder o questionário, devido a problemas cognitivos ou de comunicação, é possível que o cuidador ou responsável responda o questionário pelo idoso. A pontuação indicada para cada item direciona a necessidade de aplicação de Teste de Rastreamento, de encaminhamentos e das ações a curto, médio e longo prazo.

Pontuação: cada parâmetro receberá uma pontuação que varia de zero a dois (0-2). Os parâmetros 10,11, 12, 13, 14, 15 e 17 têm mais de uma pergunta, porém a pontuação é dada ao parâmetro e não a cada pergunta. A pontuação total do questionário corresponde à soma dos valores de todos os dezessete parâmetros. Conforme a soma dos pontos obtidos, teremos a seguinte classificação:

- 0 - 5 Pontos: Pessoa Idosa saudável;
- 6 - 10 Pontos: Pessoa Idosa pré-frágil e
- 11 Pontos: Pessoa Idosa frágil.

Reaplicação da AMPI-AB: repetir a AMPI-AB conforme pontuação abaixo:

- 0 - 5 Pontos: repetir após 12 meses;
- 6 - 10 Pontos: repetir após 6 meses e
- 11 Pontos: encaminhamento para serviço de referência especializado à saúde da pessoa idosa.

Após alta do serviço especializado e retorno do cuidado para a UBS, realizar a AMPI-AB após 6 meses.

AMPI-AB QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIAIS: É um instrumento de rastreamento que tem como objetivo detectar sinais de vulnerabilidade social como indicador de risco para fragilidade.

Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/enrol/index.php?id=107892>

REFERÊNCIAS

1. São Paulo (SP). Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (versão resumida). Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa; 2021 [cited 2024 Apr 20]. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DIRETRIZES_RASPI_2021.pdf
2. São Paulo (SP). Secretaria Municipal de Saúde. Programa Nossos Idosos. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa; 2023 [cited 2024 May 21].

2.2. Consulta de Enfermagem à pessoa idosa

A Consulta de Enfermagem à pessoa idosa exige raciocínio clínico acurado, subsidiado pelo Processo de Enfermagem (PE), conforme descrito na Resolução COFEN nº 736/24.

No cotidiano de atuação da APS, o encontro clínico entre o enfermeiro e a pessoa idosa acontece nos consultórios, no território, onde quer que ele possa produzir cuidados. São nestes espaços, onde ocorre atendimento/consulta, que o enfermeiro, em uso do Processo de Enfermagem, realiza seu raciocínio clínico, considerando não só os aspectos fisiológicos ou fisiopatológicos, mas também a forma como a determinação social do processo saúde-doença atravessa a vida de cada pessoa, família ou comunidade.

O modo como realizamos o atendimento/consulta logo na investigação faz toda diferença no diagnóstico e grau de intervenção para manejo clínico de alguma queixa ou necessidade encontrada. Na relação entre profissional e pessoa/família/comunidade é possível exercer influência na autopercepção de saúde das pessoas e sua autonomia para o cuidado, a grande maioria dos sintomas e queixas na APS são indiferenciadas ou inespecíficas, por isso é altamente relevante considerar a subjetividade, a história de vida e a forma com a qual a pessoa se relaciona com o problema ou necessidade apresentada para então, planejar e intervir. Se ao atender uma pessoa, você utilizar uma abordagem centrada do corpo biológico, na medicalização de processos naturais, não baseada em evidências científicas corre grande risco de propor intervenções desnecessárias, que podem ser prejudiciais a vida das pessoas e aumentar custos em saúde.

A composição multiprofissional da APS favorece a colaboração contínua entre os profissionais, com objetivo proporcionar para a pessoa idosa, família e comunidade a melhor escolha para manejar os problemas ou necessidades encontradas. O enfermeiro é um profissional com autonomia para atuar de forma resolutiva no manejo de diversas condições, dentro do seu escopo de atuação profissional.

A interconsulta constitui-se em uma potente ferramenta para compartilhamento de saberes entre profissionais. Se preciso for, compartilhe o cuidado da pessoa ou família com outro profissional, em busca de ofertar cuidado integral, contínuo, resolutivo e amparado pelo exercício legal da profissão.

Durante o encontro clínico com a pessoa idosa a comunicação é essencial para a obtenção de informações necessárias para orientar a intervenção terapêutica.



ORIENTAÇÕES PARA A COMUNICAÇÃO COM A PESSOA IDOSA

1. Utilizar frases concisas e diretas.
2. Evitar tratamento infantilizante ao lidar com pessoas idosas, evitando termos inadequados como “vovô”, “querido” e diminutivos desnecessários como “bonitinho” e “lindinho”, a menos que sejam de preferência da pessoa.
3. Demonstrar respeito e empatia pela pessoa idosa, reconhecendo suas experiências e sentimentos.
4. Ouvir atentamente, mostrando interesse genuíno em compreender suas preocupações e perspectivas.
5. Evitar pressa, permitindo que a pessoa tenha tempo para processar informações e expressar seus pensamentos.
6. Verificar a compreensão, encorajando perguntas e esclarecendo dúvidas.
7. Incluir membros da família ou cuidador no processo de comunicação, quando possível, para garantir um entendimento mais abrangente. Estimular a utilização de recursos, quando disponíveis, como óculos ou aparelhos auditivos para facilitar a interação, quando houver limitações sensoriais.
8. Adaptar a comunicação conforme necessário.
9. Encorajar a colaboração da pessoa idosa no processo de tomada de decisões.
10. Promover uma abordagem positiva, celebrando conquistas e progressos.

O conhecimento da população idosa começa pela identificação desses usuários na população geral residente no território sanitário, por meio do cadastramento individual e familiar. Devem ser levantados, em seu contexto de vida, os fatores multidimensionais que determinam sua capacidade de realizar as Atividades diárias de vida (AVD), considerando tanto os recursos e fatores de proteção, quanto os fatores de risco relacionados a relações familiares e comunitárias, ambiente domiciliar e peridomiciliar, atividades produtivas, recreativas e de participação social.

Do ponto de vista sociofamiliar, os principais fatores de risco são:

- Morar sozinho.
- Residir em ILPI.
- Ausência de companheiro ou cônjuge.
- Viuvez recente.
- Ausência de familiares, amigos ou cuidadores com disponibilidade para atender o idoso, principalmente o dependente de cuidados.

- Ausência de visitas de familiares ou amigos com regularidade.
- Ser responsável pelo cuidado de pessoas dependentes em sua casa.
- Analfabetismo.
- Ser dependente do Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou não ter acesso à renda própria capaz de garantir a própria subsistência.
- Não possuir moradia própria ou ter moradia própria em condições precárias de organização e higiene.
- Não participar de alguma atividade de socialização extradomiciliar, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência etc.
- Ter indícios ou ocorrências de violência doméstica, principalmente quando voltada à pessoa idosa.

2.2.1. Processo de Enfermagem: Avaliação da pessoa idosa

Entrevista/Anamnese

- Realizar coleta de dados sociofamiliar da pessoa idosa;
- Realizar coleta de dados sobre o uso de medicação e Polifarmácia (Medicações e tratamentos: pesquisar medicamentos em uso (quantidade, horário e associações) e investigar a automedicação; Atentar para os casos de interações medicamentosas;
- Realizar coleta dados sobre Diagnóstico prévio da pessoa idosa;
- Realizar coleta dados sobre situação vacinal da pessoa idosa;
- Investigar sinais e sintomas, início, condições de melhora e piora, medicações em uso se houver;
- Histórico de reações adversas ou alergia a medicação;
- Investigar perda de memória e desinteresse em atividades prazerosas;
- Avaliar dificuldades de comunicação (alteração de visão, audição, memória);
- Avaliar medo de cair e risco de queda: ambiente de moradia, fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha, tontura/vertigem, alteração postural/hipotensão ortostática, síncope e redução da visão;
- Dor crônica: perguntar sobre a presença de dor igual ou superior a 3 meses, sua característica, o que piora ou melhora a dor, a limitação que ela gera;

- Hábitos de vida: investigar o interesse social e lazer, atividade física, alimentação, sono e repouso;
- Sexualidade: a impotência sexual e a dispareunia são as queixas mais comuns;
- Identificar Rede de apoio, cuidadores e ambiente social.

ATENÇÃO!

- Alterações relativas ao sono podem aparecer nessa fase, sendo as mais comuns: dificuldade para dormir, sono interrompido, duração curta dos períodos de sono, experiência subjetiva de “sono que não descansa”, sonolência diurna, redução do bem-estar durante a vigília e troca do dia pela noite.
- Investigar possível sedentarismo ou redução da capacidade funcional. O sedentarismo acarreta problemas no sistema osteoarticular, devido à má postura, problemas no equilíbrio, na marcha, circulatórios e deformidades, entre outros.
- Problemas na nutrição do idoso podem estar presentes, como a perda do apetite em razão da diminuição da sensibilidade ao paladar e ao olfato. Perguntar por dificuldades na mastigação devido à falta de dentes ou próteses mal adaptadas, além de dificuldade de deglutição.
- Lembrar que fatores econômicos interferem na alimentação adequada. A redução da sensação de sede também deve ser investigada.
- A pessoa idosa tem tendência à obstipação, principalmente pela falta de exercícios físicos e hábitos alimentares.

NOTA: No final do histórico, deixar um momento para que a pessoa idosa fale sobre aquilo que lhe preocupa dentro dos aspectos físicos, sociais, econômicos, psicológicos e espirituais

2.2.2. Registro Clínico/Evolução de Enfermagem

O Registro clínico é fundamental para a garantia da continuidade do cuidado e melhores desfechos na produção do cuidado. Diversos prontuários eletrônicos utilizam a ferramenta para evolução/registo clínico orientado por problemas, definido pelo acrônimo SOAP (Subjetivo/Objetivo/Avaliação/Plano), que pode se interrelacionar com a forma de raciocínio e registro clínico do enfermeiro, pelo PE. Abaixo, segue um quadro que descreve esta interrelação:

SOAP		ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
S Subjetivo	Avaliação Compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa idosa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas (AMPI-AB), protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática	Evolução De Enfermagem
O Objetivo	Avaliação Compreende a coleta de dados objetivos (exame físico)	
A Avaliação	Diagnóstico de Enfermagem Compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais;	
P Plano	Planejamento de Enfermagem Compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para a pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde. Deverá envolver a priorização de Diagnósticos de Enfermagem; a determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde e a tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais. Implementação de Enfermagem Compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem.	

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2024)

REFERÊNCIAS

1. Potter PA, Stockert PA, Perry AG, Hall AM. Fundamentos de Enfermagem. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024.
2. Silva RM, Brasil CCP, Bezerra IC, Figueiredo MLF, Santos MCL, Gonçalves JJL, Jardim MHAG. Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso dependente. *Ciência Saúde Colet* 2021; 26(1):89-98.
3. Oliveira SKP, Queiroz APO, Matosil DPM, Moura AF, Lima FET. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2012; 65(1): 155-61.
4. COFEN. Consultas de Enfermagem na APS: recomendações para a prática clínica de enfermeiros, 2024. Disponível em <https://app.cofenplay.com.br/biblioteca>.

Exame Físico

RECOMENDAÇÕES PARA AVALIAÇÃO SISTEMATIZADA DA PESSOA IDOSA

- Pessoa idosa sentada: examina-se estado mental, o pescoço, os nervos cranianos, movimentos, a sensibilidade, os reflexos profundos;
- Pessoa idosa em pé: avaliação da marcha, equilíbrio, mobilidade e função e flexibilidade muscular e articular;
- Pessoa idosa deitada: avaliar o tônus muscular, a força, a presença de movimentos anormais meningorradiculares (rigidez de nuca, Brudzinski, Kerning e Lasègue).

Principais Pontos no exame físico de pessoas idosas de acordo com a queixa ou necessidade de saúde afetada

- Cognição: um passo importante antes de qualquer processo para diagnosticar declínio cognitivo é avaliar a presença de possíveis condições associadas e tratá-las primeiro. Condições comuns e reversíveis que podem causar declínio cognitivo incluem desidratação, má nutrição, infecções e problemas com medicamentos. Com o tratamento adequado dessas condições, os sintomas cognitivos devem desaparecer;
- Capacidade visual, uso de óculos, sensibilidade à luz, edema, congestão, lacrimejamento, secura, movimentos extra-oculares, queda palpebral, coloração da esclera, palidez cutânea mucosa. O arco senil é em um anel esbranquiçado no perímetro da córnea, sendo comum ao envelhecimento normal;
- Capacidade auditiva, presença de cerúmen, secreções, dor, zumbido;

- Função dos membros superiores e inferiores;
- Capacidade de realizar as atividades de vida diária;
- Incontinência urinária ou presença de urgência urinária ou noctúria;
- Estado nutricional;
- Verificar peso, altura, índice de massa corpórea (IMC), circunferência abdominal e circunferência de panturrilha (CP) esquerda;
- Couro cabeludo: lesões, assimetrias, condições de higiene, etc;
- Nariz/narina: desvios, secreções, lesões, olfato, sangramento nasal, sensação de obstrução, dor e outros sintomas;
- Cavidade oral: condições de dentição e/ou próteses, mucosa, odor à respiração, higiene, lesões, umidade, cor, sinais de inflamação, etc;
- Realizar palpação da tireoide e verificar se há aumento da glândula e/ou dor à palpação e identificar a presença de nódulos, massas, cicatrizes e dilatação das veias cervicais;

Observação: limitação da movimentação do pescoço: secundária à osteoartrose cervical, é achado comum em idosos.

- Pele e Anexos: Avaliar condições de higiene: observar dados que reflitam o grau de autocuidado, nível de dependência e sistema de apoio que o idoso costuma contar. Observar aspectos relativos à umidade, textura, turgor e presença de lesões. O turgor diminuído pode indicar desidratação.

NOTA: Atentar para possíveis lesões na pele que indiquem maus tratos e/ou violência física - NOTIFICAR.

Pressão Arterial

- Aferir a pressão arterial nas 3 posições: sentada, deitada e em pé;
- Registrar alterações de sinais e sintomas relacionados a posição, se houver (hipotensão ortostática);

Tórax

- Inspeção: forma, abaulamentos unilaterais ou localizados, retrações e tiragem, expansão simétrica na respiração, presença de cicatrizes e circulação colateral;
- Frequência respiratória: contar a frequência e atentar se esta for superior a 24 incursões respiratórias por minuto, pois pode indicar um quadro de infecção respiratória;
- Observar também o ritmo, a expansividade e ressonância;
- Ausculta cardíaca: frequência, ritmo, pulso apical, arritmias, sopros etc;

Observação: A presença da quarta bulha cardíaca é comum em 90% dos idosos, independentemente de terem cardiopatias, sendo frequentemente atribuída ao processo natural de envelhecimento. Já a terceira bulha tem caráter patológico, geralmente associada a insuficiências ventriculares esquerdas. Os sopros cardíacos sistólicos são igualmente frequentes, com prevalência de 60% nessa faixa etária. A principal causa é a doença valvar calcificada, afetando principalmente as válvulas aórticas e mitral. É fundamental estar atento à presença de arritmias, já que os sistemas de condução cardíaca se alteram com o envelhecimento. A presença de bradicardia pode sugerir bloqueios atrioventriculares, enquanto a taquicardia pode sugerir fibrilação arterial (ritmo “irregularmente irregular”).

- Ausculta pulmonar: sons respiratórios normais (murmúrio vesicular) ou anormais (crepitações ou estertores, roncos, sibilos, atrito pleural ou estridor);

Observação: As crepitações nas bases pulmonares isentas de significado clínico são frequentes, particularmente quando desaparecem após a tosse.

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

Abdome

- Inspeção: simetria, hérnias, cicatrizes, veias dilatadas, saliências, distensões, contrações fortes e evidências de perda de peso;
- Ausculta: ruídos hidroaéreos e sons vasculares;
- Palpação: realizar de acordo com os movimentos respiratórios, palpar o fígado e o baço durante a inspiração profunda. As vísceras ocas e massas são melhores apalpadas durante a expiração, palpar as pulsações;
- Percussão: timpânico e/ou maciço.

Aparelho Geniturinário

- Avaliação da região escrotal: simetria dos testículos. Atentar para a presença de dor e massas, pois é sempre patológico;
- Avaliação da próstata: urgência miccional, disúria;
- Avaliação da região vulvar e vaginal: inflamações, presença de secreções, lesões e prolapso;
- Incontinência e ou uso de dispositivos urinários;
- Avaliação perianal: fissuras, hemorroidas.

Aparelho Musculoesquelético

- Postura: na velhice podem existir alterações típicas de postura e que poderão ser influenciadas por doenças e medicamentos;
- Marcha: a marcha senil caracteriza-se por aumento da flexão dos cotovelos, cintura e quadril. Diminui também o balanço dos braços, o levantamento dos pés e o comprimento dos passos (marcha de pequenos passos);
- Tônus muscular: avaliar a resistência do músculo a movimentos passivos. É importante observar a presença de tremor, rigidez, a instabilidade postural e/ou o excesso de movimentos involuntários.

Sistema Vascular Periférico

- O exame deve ser realizado de maneira comparativa, pois é muito comum a presença de edema nos membros inferiores nos idosos devido à imobilidade e deficiência na drenagem venosa. Na presença de edema, observe se este é uni ou bilateral e o uso de medicamentos que provocam a retenção de fluidos, tais como, o uso de corticoides, anti-inflamatórios e bloqueadores do canal de cálcio. Durante a avaliação deve-se atentar:
- Dilatação venosa, circulação colateral e varizes;
- Pulso pedioso e perfusão periférica: enchimento capilar, cor e temperatura das extremidades;
- Dor, claudicação intermitente, edema, cor, alterações cutâneas (pele fina, atrófica, lustrosa, queda de pelos, coloração acastanhada no terço inferior das pernas, dermatite, fibrose, úlcera).

NOTA: é importante mensurar a panturrilha e a coxa:

- Edemas em panturrilha > 3cm e associados a veias superficiais proeminentes, dor a palpação e edema generalizado do membro são sinais de trombose venosa profunda;
- Edemas em panturrilha associado a dor, calor e rubor são sinais de edemas articulares.

Avaliação Neurológica

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

Aspectos da avaliação neurológica considerados significativos na pessoa idosa:

- **Nível de consciência:** avaliar a orientação fazendo perguntas sobre: nome próprio, profissão, nomes de pessoas próximas e sua ocupação; lugar: onde a pessoa está; cidade e estado; tempo: dia da semana, mês e ano;
- **Função motora:** verificar o movimento voluntário de cada extremidade através de comandos específicos. Por exemplo: peça à pessoa para levantar as sobrancelhas, franzir a testa, mostrar os dentes, apertar as mãos. A avaliação deve ser feita comparando um membro com o outro. Pede-se ao paciente que estenda os membros superiores e aperte a mão do avaliador. Observar se o aperto de mão é forte, firme e igual em ambas as mãos. Para as extremidades inferiores, coloque o paciente deitado e solicite que faça o levantamento de cada perna estendida e, depois, que ele estenda e flexione cada perna. Observe a força para a realização dos movimentos;
- **Resposta pupilar:** avaliar tamanho, forma e simetria de ambas as pupilas. Observar o reflexo direto e o consensual à luz;
- **Reflexos tendinosos profundos:** pesquise os reflexos do bíceps, tríceps, braquiorradial, patelar, aquileu e plantar;
- **Coordenação:** teste a função cerebelar das extremidades superiores usando o teste dedo-nariz com uma mão por vez, cada vez mais rápido e depois com os olhos fechados. Nos membros inferiores, solicita-se que passe o calcanhar sobre a região tibial da outra perna, invertendo o movimento depois. Observe a noção de distância e coordenação dos movimentos;
- **Postura e Marcha:** solicite para que o usuário caminhe e observe marcha e postura. Sua avaliação é indispensável no exame neurológico;
- **Equilíbrio:** solicitar ao paciente que fique em pé com os pés juntos e mãos junto a coxa com os olhos abertos. Solicite que repita com os olhos fechados, caso o paciente não tenha risco para queda.

CONDIÇÕES QUE PROVOCAM SINTOMAS COGNITIVOS

Desidratação grave	Desidratação grave e outros problemas nutricionais podem causar delirium (que se assemelha a demência) e, em casos graves, óbito.
Delirium	O delirium é uma perda repentina e drástica capacidade de concentrar a atenção. A pessoa fica extremamente confusa a respeito de onde está e que horas são. O delirium surge em um curto período e tende a oscilar ao longo do dia. Pode resultar de causas orgânicas agudas, como infecção, medicamentos, alterações metabólicas (como hipoglicemia ou hiponatremia), intoxicação exógena ou abstinência de substâncias.
Polifarmácia	Dois ou mais medicamentos podem interagir e causar efeitos colaterais adversos (ver caixa no Capítulo. Sedativos e hipnóticos são os medicamentos mais frequentemente responsáveis por distúrbios cognitivos em idosos.

Cirurgia de grande porte e anestesia geral	Cirurgia de grande porte e anestesia geral sabidamente são fatores de risco para piora cognitiva
Doença cerebrovascular	A doença vascular no cérebro está intimamente associada ao declínio cognitivo. Se o paciente tem histórico de acidente vascular cerebral (AVC), “derrame” ou ataque isquêmico transitório, a prevenção de outros eventos é fundamental para impedir mais perda da cognição.

2.2.3. Processo de Enfermagem: Diagnósticos de Enfermagem para pessoa idosa

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é parte integrante do PE e compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais⁴.

O DE aproxima o enfermeiro do seu objeto de trabalho, demandando raciocínio clínico e avaliação das necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática. Diagnosticar implica em um processo cognitivo, no qual inferências são formuladas com base nos dados observados. Quando interpretados de maneira precisa, esses dados orientam as ações e permitem antecipar resultados desejados, aprimorando, assim, a qualidade da assistência de enfermagem⁶.

Durante as consultas de enfermagem, valendo-se dos resultados da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI), com a aplicação do Processo de Enfermagem e a determinação dos Diagnósticos de Enfermagem, segundo a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - CIPE® tem-se os norteadores para as intervenções e orientações prioritárias ao cuidado de cada pessoa e sua família¹⁻².

Assim, primeiramente é preciso conhecer globalmente o estado de saúde da pessoa idosa, potencializando os pontos favoráveis do cuidado em saúde com vistas ao envelhecimento saudável. Para as pessoas idosas que tenham a classificação como pré-frágil e frágil, as orientações do cuidado em saúde devem priorizar intervenções precoces dos agravos, buscando articulação multiprofissional e acesso aos demais serviços da rede quando necessários. Lembrando que a pessoa idosa precisa ou em algum momento precisará de cuidados, assim, identificar se o núcleo familiar a qual pertence oferece suporte necessário ou se há riscos de vulnerabilidade é muito importante. Para isso, o enfermeiro pode valer-se de ferramentas como a Escala de Vulnerabilidade Familiar (EVFAM-BR), que analisa quatro dimensões: renda, cuidado em saúde, família e violência de maneira simplificada e assertiva; identificando famílias vulneráveis que podem ofertar riscos ao estado de saúde da pessoa idosa³. Abaixo segue uma lista de possíveis achados diagnósticos de enfermagem, de acordo com as necessidades afetadas.

NECESSIDADES AFETADAS	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Emocional Psicológica Atitudinal	• Ansiedade • Baixa autoestima • Medo • Tristeza • Condição psicológica prejudicada • Dificuldade de enfrentamento • Não adesão ao regime terapêutico • Adesão ao regime terapêutico • Enfrentamento do cuidador (eficaz ou prejudicado) • Enfrentamento familiar (eficaz ou prejudicado)
Apoio social	• Apoio familiar positivo • Falta de apoio familiar • Apoio social eficaz • Falta de apoio social
Síndromes geriátricas	• Capacidade para executar o autocuidado • Capacidade de participar no planejamento do cuidado prejudicada • Déficit no autocuidado • Comunicação prejudicada • Audição prejudicada • Mobilidade prejudicada • Cognição prejudicada • Memória prejudicada • Desorientação
Sono	• Risco de sono prejudicado • Sono adequado • Sono prejudicado
Alimentação	• Adesão ao regime dietético • Não adesão ao regime dietético • Risco de ingestão de alimentos excessiva • Risco de ingestão de alimentos insuficiente • Falta de conhecimento sobre regime dietético
Peso	• Problema de peso corporal • Sobrepeso

Atividade física e de lazer Exercício físico	• Capaz de desempenhar atividade física ou de lazer • Capacidade de executar atividade física ou de lazer prejudicada • Adesão ao regime de exercício físico • Não adesão ao regime de exercício físico • Falta de conhecimento sobre exercício físico
Medicamentos Polifarmácia	• Adesão ao regime medicamentoso • Não adesão ao regime medicamentoso • Capacidade para manejar (controlar) o regime medicamentoso prejudicada • Polifármacos (ou polifarmácia) • Problema com aquisição de medicação • Interação medicamentosa adversa • Efeito colateral da medicação • Falta de conhecimento sobre medicação
Monitoramento glicêmico	• Adesão ao teste diagnóstico • Não adesão ao teste diagnóstico • Falta de conhecimento sobre o regime terapêutico • Conhecimento sobre o regime terapêutico
Uso de substâncias psicoativas	• Abuso de tabaco • Abuso de álcool • Abuso de drogas
Imunização	• Adesão ao regime de imunização • Não adesão ao regime de imunização
Complicações	• Pressão arterial alterada • Úlcera diabética • Condição oral ou bucal prejudicada • Integridade da pele prejudicada • Perfusão tissular ineficaz • Micção prejudicada • Função renal prejudicada • Diarreia • Constipação • Função do sistema gastrointestinal prejudicada

Complicações	• Edema periférico • Função cardíaca prejudicada • Sistema cardiovascular prejudicado • Função do sistema respiratório prejudicada • Dor • Controle da dor inadequado • Dificuldade de enfrentamento da dor • Déficit sensorial • Visão prejudicada • Confusão • Vertigem postural (tontura) • Lesão por queda • Queda • Cinestesia prejudicada • Função do sistema musculoesquelético comprometida
Ambiental	• Problema habitacional

Fonte: Sociedade Brasileira do Diabetes. Consulta de enfermagem no acompanhamento de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária à saúde¹².

Diagnósticos de Enfermagem possíveis para a Atenção à Saúde do Idoso, considerando a interrelação com a Classificação Internacional da Atenção Primária à Saúde (CIAP)

CIAP (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE)	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Alimentação e Nutrição (CIAP-A98 Medicina preventiva/ manutenção da saúde)	• Adesão ao regime dietético • Não adesão ao regime dietético • Alimentação, por si próprio, prejudicada • Risco de desidratação
Atividade Física (CIAP - A98 Medicina preventiva/manutenção da saúde)	• Adesão ao Regime de Exercício Físico • Não adesão ao regime de exercício físico
Imunizações (CIAP - A98 Medicina preventiva/manutenção da saúde)	• Adesão a regime de imunização • Não adesão ao Regime de imunização
Saúde Bucal (CIAP - D19 Sinais/sintomas dos dentes/gengivas; D20 Sinais/sintomas da boca/língua/lábios; D28 Limitação funcional/incapacidade)	• Higiene oral ineficaz • Conhecimento sobre higiene oral prejudicado • Capacidade para executar a higiene oral prejudicada • Alimentação prejudicada • Integridade tissular da pele prejudicada: musosa oral • Imagem corporal perturbada
Quedas (CIAP - A80 Lesão traumática/acidente)	• Risco de queda • Conhecimento sobre prevenção de queda
Demências (CIAP - P70 - Demência)	• Cognição prejudicada • Déficit de autocuidado • Comunicação prejudicada
Depressão (CIAP - P03 Tristeza/ Sensação de depressão)	• Humor deprimido • Risco de humor deprimido • Isolamento social • Sono prejudicado • Déficit de autocuidado • Risco de suicídio
Delirium (CIAP - P99 Outras perturbações psicológicas)	• Risco de delírio • Delírio • Confusão aguda

Incontinência Urinária (CIAP - U04 - Incontinência urinária)	Incontinência Urinária
Hipertensão Arterial (K85 Pressão arterial elevada; K86 Hipertensão sem complicações; K87 Hipertensão com complicações)	- Falta de Conhecimento sobre Doença - Não adesão ao regime terapêutico - Capacidade para Manejar o Estresse reduzida - Pressão sanguínea alterada
Hipotensão Postural ou Ortostática (CIAP K88 - Hipotensão Postural)	Presença de hipotensão
Diabetes (CIAP - T89 Diabetes insulino-dependente / T90- Diabetes não insulino-dependente)	- Dificuldade de enfrentamento (pessoa idosa com diabetes, cuidador ou família) - Não adesão ao regime terapêutico - Adesão ao regime terapêutico
Osteoporose (CIAP - L95 Osteoporose)	- Falta de conhecimento sobre prevenção de queda - Falta de conhecimento sobre regime dietético - Não adesão ao regime de exercícios físicos - Falta de conhecimento sobre a doença - Falta de adesão ao regime medicamentoso - Presença de dor
D12 Obstipação	Constipação/ Impactação fecal
D18 Alterações nas fezes/mov. intestinais	Motilidade gastrointestinal alterada
Adesão ao Tratamento Medicamentoso e Não Medicamentoso (CIAP - PS21 Problemas de Adesão)	- Não adesão ao regime medicamentoso - Adesão ao regime medicamentoso
Saúde Sexual	- Comportamento Sexual, problemático - Desempenho Sexual, prejudicado - Falta de Conhecimento sobre Comportamento Sexual
Disfunção Erétil (CIAP - Y07 Impotência NE)	- Comportamento sexual, problemático - Desempenho Sexual, prejudicado - Falta de Conhecimento sobre Comportamento Sexual
Dispareunia (CIAP - X04 Relação sexual dolorosa na mulher)	- Comportamento Sexual, problemático - Desempenho Sexual, prejudicado - Sobrecarga de Estresse - Falta de Conhecimento sobre Comportamento Sexual
Violência (CIAP - Z25 Ato ou acontecimento violento)	- Risco de Violência - Presença de violência - Resposta Pós-Trauma

REFERÊNCIAS

1. Sgnaolin V, Sgnaolin V, Schneider RH. Implicações da avaliação geriátrica ampla na qualidade de vida em pessoas idosas com câncer: uma revisão integrativa. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2021;24(1):e200297.
2. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução nº 736 de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem; 2024.
3. Secretaria da Saúde. Manual de atenção à pessoa idosa/ Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família. – (Série Enfermagem) – 2 ed – São Paulo: SMS, 2016 92 p.
4. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 2009.
5. Brasil. Guia de cuidados para a pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf
6. Prado PR, Bettencourt ARC, Lopes JL. Defining characteristics and related factors of the nursing diagnosis for ineffective breathing pattern. Rev Bras Enferm. 2019;72(1):221-30.
7. Atenção Integrada para os Idosos (ICOPE): Atenção integrada para os idosos. Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51974/OPASFPLHL200004A_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Mini-Cog© em outros idiomas. Disponível em: <https://mini-cog.com/wp-content/uploads/2022/09/PORTUGUESE-Mini-Cog-in-Portuguese.pdf>

2.2.4. Processo de Enfermagem: Planejamento de Enfermagem e Implementação de Enfermagem

O planejamento é a etapa onde acontece a determinação dos resultados que se espera alcançar. É onde há o estabelecimento de prioridades para os diagnósticos encontrados e pactuação das metas de cuidado com a pessoa, família ou comunidade sob cuidados.

Implementação

A Implementação é o momento em que se realiza as Intervenções, que são algumas atitudes que o/a enfermeiro(a) poderá realizar para construir a prescrição de enfermagem individualizada e outras condutas para a pessoa, no encontro clínico, família ou comunidade.

A prescrição de enfermagem na APS pode ser composta por medidas não farmacológicas e farmacológicas. Após eleger e pactuar quais condutas serão necessárias para a pessoa ou família sob cuidados, imprima a prescrição, seja com recomendação de cuidados ou com medicação, e oriente sobre as condutas, fortalecendo a cultura de Segurança do Paciente.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), O (a) Enfermeiro (a) realiza consulta de enfermagem, procedimentos, solicitando exames complementares, prescrevendo medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão.

Seguem algumas intervenções possíveis para pessoa idosa, considerando a solicitação de exames, prescrição de medicamentos de acordo com os achados diagnósticos de enfermagem, transcrição de medicamentos de programas de saúde, e orientações de cuidado.

Avaliação Laboratorial

Os exames laboratoriais para pessoas idosas devem ser solicitados tendo em vista a sua indicação, evitando procedimentos que não agreguem valor à avaliação clínica, funcional e social contínuas¹⁻⁵. O quadro 1 apresenta estas indicações para alguns dos principais exames que o(a) enfermeiro(a) pode considerar importante e solicita para estabelecer ou acompanhar o plano de cuidados à pessoa idosa.

Quadro 1 - Exames laboratoriais de rotina e complementares a serem solicitados por enfermeiros(as) e as principais indicações ao cuidado de enfermagem de pessoas idosas.

EXAMES SOLICITADOS POR ENFERMEIROS(AS) NA APS	INDICAÇÕES
Hemograma completo	Avaliação de anormalidades nos eritrócitos, leucócitos ou plaquetas
Hemograma Dengue	Avaliar as anormalidades nos eritrócitos, leucócitos ou plaquetas (específico arboviroses)
Colesterol total e frações	Avaliação do risco cardiovascular
Creatinina	Avaliação da função renal
Ureia	Avaliação da função renal na presença de doença renal crônica
Glicemia em jejum	Investigação e confirmação diagnóstica de diabetes melito
Hemoglobina glicada	Acompanhamento e avaliação clínica do diabetes melito
Teste oral de tolerância à glicose	Acompanhamento e avaliação clínica do diabetes melito
Triglicerídeos	Avaliação na suspeita de síndrome metabólica

Sódio	Investigação e confirmação diagnóstica de distúrbios do sódio, em especial a hiponatremia
Potássio	Investigação e confirmação diagnóstica de hipercalemia e hipocalemia, na doença renal crônica, e durante o uso dos seguintes medicamentos: IECA*, BRA* ou espironolactona
Cálcio total ou iônico	Investigação e confirmação diagnóstica de hipercalcemia, osteoporose, outras doenças osteometabólicas e neoplasias
Ácido úrico	Monitoramento do tratamento da hiperuricemia (gota), e da doença renal crônica
GGT (Gamaglutiltransferase)	Avaliação de doenças hepatobiliares, investigação para rastrear uso abusivo de álcool ou fármacos hepatotóxicos
Fosfatase alcalina	Investigação, confirmação diagnóstica e acompanhamento do tratamento de doenças hepáticas, ósseas, intestinais, e das paratireoides
Bilirrubinas	Avaliação da função hepática na presença de hipertensão portal ou de afecções que envolvem o ciclo da bilirrubina
TGO (transaminase glutâmico-oxalacética) e TGP: transaminase glutâmico-pirúvica	Avaliação da função hepática na suspeita de distúrbios hepáticos agudos, p.ex., infecção viral, uso de fármacos
TSH (Hormônio Estimulante da Tireoide)	Investigação de disfunção tireoidiana
PSOF (pesquisa de sangue oculto nas fezes)	Investigação para rastrear carcinomas, principalmente no cólon, ou para investigar lesões do trato gastrointestinal
PSA (antígeno prostático específico)	Rastreamento do câncer de próstata em pessoas idosas do sexo biológico masculino e monitoramento de resposta ao tratamento e recidivas
Urina do tipo 1	Investigação e confirmação diagnóstica de infecção urinária, entre outros distúrbios metabólicos e renais
Urocultura	identifica a presença de bactérias no trato urinário
PPF	Investigação de parasitas intestinais
Microalbumina na urina (chamado também de relação albumina/ creatinina)	Investigação e confirmação de disfunção renal. Avaliação na suspeita de microalbuminúria, especialmente importante no cuidado do diabetes
Vitamina D	Investigação e acompanhamento de deficiência

Vitamina B12	Investigação e acompanhamento de deficiência
Testes rápidos e/ou Sorologias para HIV, Sífilis, Hepatites B e C	Rastreamento de IST a depender da prática sexual realizada pela pessoa

*IECA= inibidor da enzima conversora da angiotensina; BRA= bloqueador de receptores da angiotensina.

Fonte: baseada e adaptada do Ministério da Saúde e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2019), e Willianson e Snyder (2016).

Intervenções Farmacológicas e Não farmacológicas

Tratamento medicamentoso é uma intervenção terapêutica que envolve o uso de substâncias químicas ou biológicas, conhecidas como medicamentos ou fármacos, com o objetivo de modificar processos biológicos no organismo para tratar, prevenir ou controlar uma doença ou condição de saúde. E tratamento não medicamentoso é um tipo de intervenção terapêutica que busca melhorar ou manter a saúde sem o uso de medicamentos ou substâncias químicas. Ele envolve abordagens que utilizam métodos físicos, psicológicos ou comportamentais para prevenir, tratar ou controlar doenças e condições de saúde.

O tratamento medicamentoso em pessoas idosas requer uma abordagem cuidadosa e individualizada para garantir a eficácia e a segurança das terapias farmacológicas. A educação, o monitoramento contínuo e o suporte integral são fundamentais para alcançar os melhores resultados de saúde nessa população.

É fundamental que o(a) enfermeiro(a) peça à pessoa idosa e/ou a um familiar, cuidador(a) que traga todos os medicamentos e prescrições em uso, inclusive os medicamentos de uso habitual que não estejam na prescrição. Ao identificar o uso de medicações diversas, o(a) enfermeiro(a) deve atentar-se para o potencial de risco de interação metabólica e ou sinais de intolerância, em consonância com as políticas e diretrizes da APS para a consulta clínica com o farmacêutico.

Quadro 2 - Lista de Medicações prescritas por enfermeiras(os) na Atenção Primária à Saúde.

CONDIÇÃO CLÍNICA	FÁRMACO	PRESCRIÇÃO E OBSERVAÇÕES
Acompanhamentos de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica	- Espironolactona 25mg ou 100mg - Furosemida 40mg - Hidroclorotiazida 25mg - Atenolol 50mg - Propranolol 40mg - Captopril 25mg - Enalapril 5mg ou 20mg - Isossorbida 20mg - Anlodipino 5mg ou 10mg - Nifedipino 20mg - Losartana 50mg - Metildopa 250mg	Durante a consulta de enfermagem ao hipertenso, poderão ser prescritas as medicações anti-hipertensivas contidas na REMUME dando continuidade ao plano terapêutico proposto a este usuário já iniciado pelo médico. Obs: Considerando o parecer do COREN 058/2013, na rede da Atenção Básica SMS-SP, o Enfermeiro, através da Consulta de Enfermagem, após a avaliação, poderá realizar a prescrição de medicamentos de uso contínuo até a próxima consulta médica, não ultrapassando 180 dias conforme PORTARIA Nº 338/2014-SMS.G.
Acompanhamentos de pessoas com Diabetes Mellitus	- Glibenclamida 5mg - Gliclazida 60mg - Metformina 500mg ou 850mg	De acordo com a página 70 do protocolo de enfermagem de saúde do adulto: durante a consulta de enfermagem ao portador de diabetes, poderá ser prescrito as medicações antidiabéticas, COM EXCEÇÃO DA INSULINA, contidas na REMUME dando continuidade assim ao plano terapêutico proposto a este usuário. Período máximo de até 180 dias
Manejo da dor	Paracetamol 200 mg/ml ou 500 mg/cp	A cada 4/4 horas ou 6/6 horas a depender da frequência da dor. Adultos: 500-1000 mg/dose. (máximo de 4g/dia)
	Dipirona solução gotas 500 mg/ml ou 500 mg/cp	6/6 horas a depender da frequência da dor. Adultos: 500-1000 mg VO (máximo de 4g/dia)
	Ibuprofeno (300mg/cp ou 50mg/ml)	Até 600mg VO até 8/8h. Dose máxima: 2.400 mg/dia
Dermatite amoniacal/ Dermatite das fraldas/ Dermatite Associada a Incontinência (DAI)	Oxido de zinco 150mg/g + vitamina a 5000ui/g + Vitamina d 900ui/g pomada bisnaga 45g	Aplicar após cada troca de fralda ou quando
	Nistatina 100.000 UI bisnaga	Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada após cada troca de fralda por 5 dias. Aplicar apenas na presença de infecções por Cândida

Dermatite amoniacal/ Dermatite das fraldas/ Dermatite Associada a Incontinência (DAI)	Miconazol, nitrato de 2% creme, mínimo 20g	Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada, 2x/dia (pela manhã e à noite), por 7 a 14 dias. Aplicar apenas na presença de infecções por Cândida. Não deve ser utilizado por períodos maiores que duas semanas
	Cetoconazol 2% creme (20mg/g) bisnaga 30g	Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada, 2x/dia (pela manhã e à noite), por 7 a 14 dias. Aplicar apenas na presença de infecções por Cândida. Não deve ser utilizado por períodos maiores que duas semanas
	Dexametasona, acetato 0,1% (1mg/g) Crema bisnaga 10g.	Aplicar uma fina camada do produto sobre a área a ser tratada, 1 ou 2 vezes por dia No máximo duas vezes por dia, a fim de aliviar a inflamação. Usar com cautela e orientação aos familiares vigorosa para não ultrapassar o tempo recomendado. A absorção pela pele pode resultar em efeitos adversos mais graves (semelhantes aos de corticosteroide administrado por via sistêmica)
Constipação	Óleo mineral puro fr 100ml.	Adulto: 15 ml à noite e outra dosagem no dia seguinte ao despertar. Caso não obtenha êxito, aumente a dosagem para 30 ml (2 colheres de sopa) à noite e 15 ml pela manhã. Atenção pode causar: Pneumonia lipídica, má absorção de vitaminas lipossolúveis, desidratação, incontinência fecal.
Tontura e Vertigem (hipotensão Postural)	Sais Para Reidratação Oral (Envelope 27,9g)	Dissolver o conteúdo do envelope em um litro de água filtrada ou fervida. Administrar 100 a 150ml por quilo de peso corporal em período de 4 a 6 horas.
Escabiose	Permetrina 5 % tópico loção	Aplicar a loção do pescoço para baixo, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés, regiões interdigitais, periumbilical, genital (não aplicar em área de mucosa) e áreas sob as unhas; e áreas sob as unhas. Remover a loção após 8-14 horas tomando banho. Em Repetir a aplicação após 7 a 10 dias; Examinar e tratar pessoas em contato próximo com o paciente; Prurido residual pode permanecer por 2 a 4 semanas após o tratamento

Escabiose e Pediculose	Ivermectina 6mg comprimido	Dose de 200 mcg/kg; Repetir a dose oral única em 7 a 10 dias; Orientar que o medicamento deve ser ingerido com água, e não necessita jejum Doses recomendadas:		
		PESO		POSOLOGIA
		15 a 24 kg	Dose oral única	½ comprimido (3mg)
		25 a 35 kg	Dose oral única	1 comprimido (6mg)
		36 a 50 kg	Dose oral única	1 e ½ comprimidos (9mg)
		51 a 65 kg	Dose oral única	2 comprimidos (12mg)
		66 a 79 kg	Dose oral única	2 e ½ comprimidos (15mg)
		≥ 80 kg	Dose oral única	200 mcg/kg
Pediculose	Permetrina 1% tópico loção	Aplicar no couro cabeludo especialmente retroauricular e nuca, deixar por 5-10 minutos e enxaguar com água morna posteriormente. Repetir o procedimento após 7 dias. Examinar e tratar pessoas com contato próximo aos pacientes.		
Tinea corporis (impinge) e Tinea pedis (pé-de-atleta ou frieira)	Miconazol, nitrato de 2% creme, mínimo 20g	Aplicar em toda área afetada 2x (pela manhã e à noite) ao dia por 7 a 14 dias O produto não deve ser usado por pacientes com hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Não deve ser utilizado na região dos olhos. Se lesões extensas, pode ser necessário uso de antifúngico sistêmico. Encaminhar ao médico		
Ascaridíase, Ancilostomíase, Enterobíase ou Oxiuríase	Albendazol 400mg	1 comprimido ao dia, por 3 dias		
Teníase, Tricuríase	Albendazol 400mg	1 comprimido ao dia, por 5 dias		
Giardíase	Albendazol 400mg	Tratamento de um dia, repetido após 7 dias.		
Ressecamento vaginal	Estriol 1mg/g (0,1%) creme ginecológico bisnaga 50g + aplicador.	Inserir 0,5g por dia de creme vaginal por 21 dias e repetir a conduta se necessário (tempo máximo de tratamento por até 3 meses) Para mulheres na menopausa com infecção urinária de repetição, pode ser prescrito Na persistência de sintomatologia, encaminhar para avaliação médica		

Tosses persistentes e tosses com expectoração	Mikania glomerata spreng (guaco) solução oral 0,02 a 5 mg de cumarina	Oral: Adultos - 15 ml 3x/dia por 7 dias. Contra-Indicações: Hepatopatias, pois o uso crônico pode causar aumento do tempo de protrombina.
Má digestão e como coadjuvante no tratamento de úlcera do estômago e duodeno	Maytenus ilicifolia (espinheira santa) taninos totais 13 mg a 20 mg comprimido	Uso oral - dose mínima: 1 cp VO 2x/dia. Dose máxima: 2 cp 3x/dia. Se uso contínuo administrar por 3 meses e fazer pausa de 1 mês.
Doenças reumáticas e distúrbios degenerativos do sistema locomotor, como artrite e artrose, e tratamento de dor lombar baixa	Harpagophytum procumbens (garra do diabo) harpagosideo 5 mg a 50 mg comprimido	Uso oral - dose mínima: 1cp de 8/8h após as refeições. Dose máxima: 2 cp de 8/8h após as refeições por período mínimo de 15 dias, podendo prolongar por até 30 dias
Coadjuvante no alívio dos sintomas do climatério: redução da frequência e da intensidade da sensação de calor no corpo e no rosto (fogachos) e crises de suor noturno	Glycine max isoflavonas totais mínimo de 50 mg extrato seco com mínimo de 18 mg de formas agliconas comprimido	Uso oral - dose mínima: 1 cp 1x/dia a noite. Dose máxima: 2 cp 1x/dia a noite. Se uso contínuo administrar por 3 meses e fazer pausa de 1 mês
Sedativo moderado, como agente promotor do sono e no tratamento de distúrbios do sono associados à ansiedade	Valeriana officinalis sesquiterpenos 0,8 mg a 3,5 mg comprimido	Uso oral - Ansiolítico leve - dose mínima 2 cp 1x/dia a noite, início do efeito em 2 semanas. Dose máxima: 2 cp 3x/dia, tratamento mínimo 4 semanas. Se uso contínuo - administrar por 3 meses, fazer pausa por 1 mês. Distúrbios do sono: iniciar com 1cp ao anoitecer e 1cp 1h antes de dormir. Início do efeito em 2 semanas. Tratamento mínimo 4 semanas
Para facilitar a digestão e aliviar o desconforto abdominal. Gases e náuseas resultantes de deficiência na produção e eliminação da bile. E atua na diminuição do colesterol presente no sangue	Cynara scolymus L. (alcachofra) derivados de ácido cafeoilquínico 24 a 48mg comprimido ou cápsula-	Uso oral: Ingerir 2 comprimidos de 8 em 8 horas, ou a critério médico. A duração do tratamento para a indicação como colerético/colagogo é de 2 semanas A duração de tratamento para a indicação como hipocolesterolemizante é de 06 a 12 semanas

Orientações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, controle de doenças crônicas e reabilitação de agravos em saúde

ORIENTAÇÕES VOLTADAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS

Hábitos saudáveis: Manutenção ou promoção de hábitos saudáveis que auxiliam na prevenção e/ou controle de doenças/agravos de saúde.

- Prática regular de atividade física;
- Alimentação saudável e adequada às necessidades individuais;
- Ingesta hídrica regular e adequada às necessidades individuais;
- Cessar ou reduzir substâncias químicas que geram dependência e levam a comprometimentos biopsicossociais: tabaco, álcool e outras drogas.

Bem-estar: Ações favoráveis à promoção de bem-estar psicossocioespiritual.

- Participar de grupos/ações de socialização, cidadania e espiritualidade;
- Estimular Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS);
- Praticar atividades com o meio ambiente/natureza;
- Orientar e estimular padrão de sono satisfatório/ higiene do sono.

Segurança: Ações favoráveis à promoção de segurança ambiental e sociofamiliar e ações para situações de risco de vida.

- Orientar e estimular ambiente doméstico seguro (prevenção à quedas);
- Orientar e estimular circulação segura fora do ambiente doméstico;
- Orientar sobre rede de apoio familiar/amigos (cotidiano; situações de emergência; e violência).

Autocuidado: Ações globais promotoras de saúde biopsicossocial à toda pessoa idosa:

- Conscientizar e estimular atualização periódica da situação vacinal;
- Orientar e monitorar exames preventivos à saúde da pessoa idosa;
- Orientar dúvidas sobre a sexualidade e estimular rastreio de infecções sexualmente transmissíveis;
- Orientar e estimular autocuidado com a pele e anexos (higiene corporal, hidratação, lesões, vestuário);
- Orientar e estimular autocuidado quanto a eliminações fisiológicas (micção e evacuação, incontinência ou outros desconfortos);
- Orientar e estimular promoção da saúde bucal.

ORIENTAÇÕES VOLTADAS AO CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS E REABILITAÇÃO DE AGRAVOS EM SAÚDE

- Monitoramento: Manutenção ou promoção de ações que auxiliam no controle de doenças e reabilitação de agravos em saúde.
- Estimular e monitorar acompanhamento regular multiprofissional de acordo com as necessidades de saúde e doenças crônicas;
- Capacitar, estimular e monitorar uso adequado dos medicamentos, atentando-se principalmente nas situações de polifarmácia e autoprescrição;
- Estimular e monitorar exames periódicos/regulares de acordo com as necessidades de saúde e doenças crônicas;
- Capacitar, estimular e monitorar ações de autocontrole de doenças crônicas (controle glicêmico, pressórico, hídrico, sinais/sintomas de agudização dos agravos).
- Capacitar, estimular e monitorar ações de autocuidado de doenças crônicas (cuidados e restrições alimentares, cuidado com os pés, vigilância de edemas e peso diário, entre outras).

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da pessoa idosa. Guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56p.
2. Williamson MA, Snyder LM. Wallach: interpretação de exames laboratoriais. 10ª ed. Azevedo MF, Voeux PL, tradutoras. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
3. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Cofen 195/97. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Rio de Janeiro: COFEN; 1997. 19 p.
4. Barros ALBL. (org.). Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

CAPÍTULO 3 - PRINCIPAIS ACHADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DA PESSOA IDOSA

3.1 Alimentação e Nutrição (CIAP - A98 Medicina preventiva/manutenção da saúde)

O envelhecimento é um processo normal e fisiológico. As alterações que podem ocorrer no organismo em decorrência desse processo, juntamente com outras que são patológicas, interferem na alimentação e nas necessidades nutricionais da pessoa idosa. As necessidades nutricionais são específicas para cada pessoa e devem ser avaliadas individualmente. A composição corporal do indivíduo muda com o envelhecimento, havendo diminuição da massa magra e aumento da massa gorda, acarretando menores necessidades calóricas, o que pode causar aumento do peso corporal em determinada fase.

NOTA: É de suma importância que o(a) enfermeiro(a) identifique fatores que possam interferir na condição nutricional da pessoa idosa, tais como:

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

A atuação do(a) enfermeiro(a) na APS junto a população idosa consiste na identificação dos problemas que podem estar presentes na alimentação, como a perda do apetite em razão da diminuição da sensibilidade ao paladar e ao olfato, e dificuldades na mastigação devido à falta de dentes ou próteses mal adaptadas. A abordagem sobre hábitos e rotinas alimentares da pessoa idosa requer atenção, cabendo ao profissional oferecer educação em saúde e promoção do autocuidado, seja de forma individualizada e ou em grupos. A relação dos problemas alimentares identificados, associados aos parâmetros antropométricos (Quadro 1): peso, altura, índice de massa corpórea (IMC), além da circunferência abdominal e circunferência de panturrilha, possibilita ao profissional identificar os critérios para encaminhamento à assistência multiprofissional, como a nutricional, quando necessário, à avaliação individualizada (Quadro 2) (ANEXO 5).

Fórmula para Cálculo do IMC:

$$\text{IMC} = \frac{\text{P (peso)}}{\text{A}^2 \text{ (altura x altura)}}$$

Quadro 1 - Classificação Nutricional com base no resultado do IMC.

VALORES DO IMC (KG/M2)	ESTADO NUTRICIONAL
Menor que 18,5	Baixo peso
18,5 a 24,99	Peso adequado
25 a 29,99	Sobrepeso
Maior que 30	Obesidade

Fonte: Protocolo de atendimento da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade da SMS/SP, 2020. Link: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Sobrepeso_e_Obesidade_2021_final.pdf

Quadro 2 - Critérios para o encaminhamento da pessoa idosa para assistência nutricional.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL INDIVIDUAL	
Baixo peso	(IMC <22kg/m ²) e/ou Circunferência da Panturrilha ≤31 cm
Sobrepeso	- IMC entre 28 kg/m² e 29,9 kg/m², com complicações associadas - IMC ≥30 kg/m², com ou sem complicações associadas
Perda de peso não intencional	4,5kg ou 5% nos últimos doze meses
Outras condições	- Diabetes mellitus tipo 1 ou 2, descompensada; - Dislipidemias: conforme classificação laboratorial - Síndrome metabólica Alergias/intolerâncias de origem alimentar, diagnosticadas - Doenças inflamatórias intestinais - Anemias carenciais - Obstipação intestinal crônica: Menos de 3 evacuações semana durante um período mínimo de 3 meses. - Hiperuricemia - Nefropatias; Hepatopatias; Cardiopatias - Disfagia, após avaliação do profissional fonoaudiólogo - Terapia nutricional enteral

Fonte: Protocolo de encaminhamento à assistência nutricional individual da SMS/SP, 2020. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_encaminhamento_final_29012021.pdf

É importante que o plano educativo contenha orientações sobre o consumo de alimentos in natura e minimamente processados, estímulo à hidratação e à alimentação saudável, pelos(as) enfermeiros(as) (quadros 3 e 4). Nesse sentido, o estabelecimento de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (quadro 5) é fundamental para promover hábitos alimentares saudáveis entre as pessoas idosas, garantindo a ingestão adequada de nutrientes e a prevenção de desidratação, entre outros fatores críticos. Além disso, os(as) enfermeiros(as) devem avaliar a capacidade do idoso de se alimentar de forma independente, intervindo quando há comprometimento dessa capacidade e direcionando para apoio multiprofissional, conforme necessário (quadro 2). Essas ações são essenciais para melhorar a qualidade de vida dos idosos e reduzir os riscos de complicações associadas à má nutrição.

Quadro 3 - Classificação dos alimentos segundo grau de processamento.

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS
In natura	Obtidos diretamente de plantas ou de animais e são adquiridos para o consumo sem que tenham sofrido qualquer alteração após deixarem a natureza.	Legumes, verduras, frutas, carnes de gado, de porco e de aves e pescados frescos, resfriados ou congelados, ovos.
Minimamente processados	Submetidos a algum processo, mas que não envolvam agregação de substâncias ao alimento original, como limpeza, moagem e pasteurização.	Arroz, feijão, lentilhas, cogumelos, frutas secas, sucos de frutas sem adição de açúcar, castanhas e nozes sem sal, farinhas de mandioca, de milho de tapioca ou de trigo e massas frescas.
Processados	Fabricados pela indústria com a adição de sal, açúcar ou outro produto que torne o alimento mais durável, palatável e atraente.	Conservas em salmoura (cenoura, pepino, ervilhas, palmito), compotas de frutas, carnes salgadas e defumadas, sardinha e atum em latinha, queijos feitos com leite, sal e coalho e pães feitos de farinha, fermento e sal.
Ultraprocessados	Formulações industriais, em geral, com pouco ou nenhum alimento inteiro. Esse tipo de alimento sempre contém aditivo	Salsichas, biscoitos, geleias, sorvetes, chocolates, molhos, misturas para bolo, barras energéticas, sopas, macarrão e temperos instantâneos, salgadinhos chips, refrigerantes, produtos congelados e prontos para aquecimento como massas, pizzas, hambúrgueres e nuggets.

Fonte: Guia alimentar para a população brasileira, 2014.

Recomendações para Alimentação Saudável

O Guia Alimentar da População Brasileira, elenca uma série de recomendações baseadas nas necessidades nutricionais da pessoa idosa.

Quadro 4 - Recomendações do Guia Alimentar específicas para população idosa.

RECOMENDAÇÕES	ORIENTAÇÃO
Hidratação diária	Estimular ingestão hídrica regularmente.
Consumo diário de leguminosas	Estimule o consumo diário de feijão ou outras leguminosas, preferencialmente no almoço e no jantar.
Consumo diário de legumes e verduras	Oriente o consumo diário de legumes e verduras no almoço e no jantar (acompanhando, por exemplo, a combinação do arroz com feijão).
Consumo diário de frutas	Estimule o consumo diário de frutas, sendo preferencialmente inteiras, em vez de sucos.
Alimentação em ambientes adequados e com atenção	Oriente que o usuário se alimente com regularidade e atenção, sem se envolver em outras atividades, como assistir televisão, mexer no celular ou computador, comer na mesa de trabalho, em pé ou andando ou dentro de carros ou transportes públicos. Oriente também, que o usuário faça as refeições sempre que possível em companhia com a família ou amigos.
Evitar o consumo de bebidas adoçadas	Oriente que os idosos evitem o consumo de bebidas adoçadas, tais como refrigerante, suco de caixinha, suco em pó e refrescos (também chamadas de bebidas ultraprocessadas).
Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados	Oriente que hambúrguer e/ou embutidos (linguiças, salsicha, presunto, mortadela, salames), macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos/bolachas salgados ou recheados, doces ou guloseimas são alimentos ultraprocessados e devem ser evitados.

Fonte: Guia alimentar para a população brasileira, 2014.

Quadro 5 - Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções no cuidado com a alimentação e nutrição da pessoa idosa.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Adesão ao regime dietético	Manter a adesão ao regime dietético
Não adesão ao regime dietético	Melhorar adesão ao regime dietético
Alimentação, por si próprio, prejudicada	Alimentação, por si próprio, melhorada
Risco de desidratação	Melhorar a hidratação

Principais Intervenções de Enfermagem:

- Orientar a importância de consumo de alimentos variados, porções fracionadas em intervalos regulares;
- Estimular ingestas hídricas;
- Orientar a importância da prática de atividades físicas regulares;
- Avaliar e orientar medidas antropométricas;
- Reforçar adesão;
- Compreender os motivos da não adesão;
- Identificar comportamento alimentar e ingestão hídrica;
- Reforçar a importância de alimentação saudável;
- Avaliar a capacidade para preparo/consumo dos alimentos e deglutição;
- Avaliar o comprometimento da capacidade de alimentar-se;
- Encaminhar para os profissionais da equipe multiprofissional (eMulti), segundo Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Agendar consulta/visita domiciliar de acompanhamento;
- Estimular a rede apoio (familiar, cuidador, comunidade) da pessoa idosa nas questões alimentares;
- Orientar o usuário, cuidador e familiares sobre a necessidade de ingesta hídrica;
- Instruir sobre sinais de alerta de desidratação;
- Agendar consulta de acompanhamento se necessário.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Universidade de São Paulo. Fascículo 2: Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 15 p.: il. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo2.pdf.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª ed., 1ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 156 p.: il. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

3.2 Saúde Bucal (CIAP-D19 Sinais/sintomas dos dentes/gengivas; D20 Sinais/sintomas da boca/língua/lábios; D28 Limitação funcional/incapacidade)



A saúde bucal das pessoas reflete as suas condições de vida. Sendo assim, as doenças bucais se diferenciam, dependendo da inserção social à qual pessoa idosa pertenceu e/ou pertence. Comumente, carregam em sua trajetória grandes prejuízos como muitas perdas dentárias, e os poucos dentes remanescentes possuem cárie em sua maioria, doença periodontal, além das necessidades relacionadas à reabilitação oral¹⁻².

A qualidade de vida da pessoa idosa pode ser impactada pela ausência parcial ou total de elementos dentais, condições sociodemográficas e acesso às necessidades ao serviço odontológico. A fragilidade senil também foi associada ao edentulismo, idade, sexo feminino, necessidade de prótese dentária inferior e percepção de dor de dente. Assim, pessoas idosas com avaliação pré-frágil ou frágil devem ser priorizadas para exames bucais³⁻⁴.

As ações de Saúde Bucal voltadas à pessoa idosa têm como objetivos melhorar a autoestima, mastigação, fonação e estética facial elevando a qualidade de vida e contribuindo para alcançar o estado biopsicossocial satisfatório. Desta forma, torna-se fundamental a interação multidisciplinar e a participação dos familiares e/ou cuidadores no processo de atenção em saúde bucal do idoso.

3.2.1 Avaliação e Higiene da Cavidade Oral

Os aspectos relevantes, como ocorrência de sinais e sintomas relatados e avaliados pelo(a) enfermeiro(a) durante a consulta, podem indicar a necessidade de cuidados da saúde bucal e priorizar o direcionamento adequado à atenção odontológica^{1,5}.

O rastreamento precoce de Câncer de Boca é outra questão relevante ao cuidado da saúde bucal, cabendo ao enfermeiro(a) avaliar a mucosa oral e identificar lesões sugestivas de potenciais malignidade, precocemente. Além de orientar cuidados com relação à redução do tabagismo e do etilismo, controle de exposição ao sol e aumentar o consumo de dieta saudável, rica em frutas e vegetais⁶.

SINAIS DE ALERTA

- Queixa de dor ou desconforto na boca;
- Queixa no momento da realização da higiene bucal;
- Resistência/recusa à realização da sua higiene bucal;
- Sangramento gengival - quando não tratado pode causar perda óssea e perda de dentes;
- Edentulismo/ necessidade de prótese e/ou uso de prótese mal adaptada;
- Halitose - requer abordagem multidisciplinar, devido a existência de causas diversas. Xerostomia, má higiene bucal e saburra lingual são algumas causas de halitose;
- Boca seca (xerostomia – falta de saliva) ou ardência bucal - além de manifestação comum ao envelhecimento normal, pode ser causada por medicamentos, diminuição de ingestão de líquidos, estresse e tratamento com radiação;
- Dificuldade ao se alimentar, tanto na mastigação como na deglutição - a perda de dentes traz consequências na fala, mastigação e deglutição, comprometendo o processo digestivo, a ingestão de nutrientes, o apetite, a comunicação e principalmente a autoestima;
- Costume ou mudança de hábitos alimentares, preferindo alimentos pastosos, pegajosos e líquidos (dieta cariogênica) - dentes cariados, perda de dentes, próteses mal adaptadas dificultam a mastigação e podem favorecer a desnutrição no idoso, principalmente no idoso frágil.

CÂNCER BUCAL: PREVENÇÃO E RASTREIO⁶

- Examinar a boca periodicamente (4/4 meses), investigando possíveis lesões na língua (em cima, embaixo e dos lados), gengivas, bochechas, lábios e palato. Além de realizar inspeção do pescoço, gânglios linfáticos submandibulares e retroauriculares;
- Pessoas que apresentarem lesões brancas, vermelhas ou enegrecidas, erosivas/ ulceradas ou nodulares, que perduram por mais de 15 dias devem ser encaminhados ao serviço odontológico para diagnóstico e tratamento (o Cirurgião Dentista da Atenção Básica confirmando a potencialidade de malignidade encaminhará ao Estomatologista do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO de sua referência);
- O álcool, particularmente as bebidas destiladas, e o tabaco, nas diversas formas de uso (cigarro, charuto, cachimbo) constituem os principais fatores de risco para o câncer bucal. Má higiene, as carências de vitaminas do tipo A e C, próteses mal adaptadas, deficiências imunológicas e a radiação solar também têm sido apontados como fatores de risco para o câncer de boca.

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Na pessoa idosa, independente da presença dos dentes, é necessário higienizar a cavidade bucal (dentes, língua, bochechas, gengivas e as próteses);
- A higiene dos dentes deve ser realizada com escovação utilizando-se uma pequena quantidade de creme dental fluoretado e com o uso do fio dental;
- Em usuários desdentados totais a cavidade bucal pode ser higienizada com escova de dente comum de cerdas macias;
- A língua também deve ser higienizada com a escova dental ou com raspadores de língua. Não é preciso aplicar força para se obter uma boa higiene.

Quadro 1 - Recomendações básicas para pessoas idosas com dentes.

HIGIENE BUCAL	
Escovação: A escova deve ser macia de cabeça pequena para alcance de todos os dentes. Recomenda-se uma quantidade de creme dental fluoretado do tamanho de um grão de ervilha seca, colocado transversalmente sobre as cerdas da escova.	1. Posicione a escova inclinada na direção da gengiva e faça movimentos de cima para baixo, nos dentes de cima, e de baixo para cima, nos dentes de baixo como se estivesse varrendo os dentes; 2. Depois escove a parte interna de cada dente da mesma forma; 3. Escove a superfície do dente que usamos para mastigar. O movimento é suave, de vaivém. A escova deve ir até os últimos dentes do fundo da boca, realizando movimento de “limpador de para-brisa”; 4. Escovar a língua é muito importante, pois ela acumula restos alimentares e bactérias que provocam o mau hálito. Faça movimentos cuidadosos com a escova “varrendo” a língua da parte interna até a ponta.
Fio Dental: O fio dental ou fita dental deverá ser utilizado em todos os dentes para limpeza do espaço ao redor dos dentes (sulco gengival).	1. Enrole cerca de 40 cm de fio ou fita dental entre os dedos; 2. Leve-o até o espaço existente entre a gengiva e o dente e pressione-o sobre o dente, puxando a sujeira até a ponta do dente; 3. Passe o fio dental pelo menos duas vezes em cada um dos espaços entre os dentes, primeiro pressionando para um lado, depois para o outro; porém, sem forçar o espaço gengival evitando ferimentos; 4. Leve-o até o espaço existente entre a gengiva e o dente e pressione-o sobre o dente, puxando a sujeira até a ponta do dente; 5. Pessoas com amplos espaços interdentais (entre os dentes) devem usar escovas interdentais – fornecidas pelas equipes de saúde bucal das Unidades Básicas de Saúde.

3.2.2 Recomendações básicas para pessoas idosas que necessitam/usam próteses (Dentadura/ponte)

A adaptação com uma prótese total ou removível pode requerer algum tempo. Próteses que provocam incômodos deverão ser avaliadas pelo cirurgião dentista para que se verifique o motivo. Usuários mais idosos normalmente levam um pouco mais de tempo para se adaptar; algumas vezes porque o rebordo é muito fino, outras vezes porque a redução da salivagem provoca secura bucal e pode dificultar o uso da prótese.

RECOMENDAÇÕES AOS USUÁRIOS COM PRÓTESES TOTAIS

- Durante as refeições deve realizar movimento de abrir e fechar a boca, evitando movimentos laterais até que ocorra a adaptação com a prótese;
- No início do uso das próteses ingerir alimentos mais líquidos e pastosos, posteriormente passar aos alimentos mais duros e consistentes;
- Usar somente os dentes posteriores na mastigação, para que as próteses não se desloquem;
- Retirar as próteses para higienizá-las após cada refeição;
- Na hora da higienização segurar as próteses com firmeza;
- Escová-las sobre uma bacia ou sobre a cuba da pia do banheiro com água para evitar que caiam e se quebrem;
- Caso ocorra quebra da prótese procurar um dentista, não consertá-las em casa;
- Escovar as próteses do lado de dentro e do lado de fora com escova média (escova dental ou escova específica para prótese) com sabão de coco ou detergente líquido neutro, evitar o uso do creme dental fluoretado;
- Recomenda-se que o usuário durma sem a prótese para dar “descanso” às mucosas. Ao retirá-las sempre deixá-las em um recipiente com água;
- Caso a pessoa use prótese superior e inferior e prefira dormir com as próteses, recomenda-se retirar uma delas. Preferencialmente intercalar ora superior e ora inferior;
- Os tecidos bucais podem sofrer algumas alterações, por isso é importante que se consulte um cirurgião dentista quando houver lesões na mucosa (ulceradas ou nodulares) que não regridem em até 3 semanas ou quando se perceber a redução da eficiência mastigatória;
- Aconselha-se a troca das próteses a cada 5 anos. Os dentes sofrem desgastes e há perda da eficiência mastigatória, por isso indica-se a troca periódica das próteses.

RECOMENDAÇÕES BÁSICAS PARA PESSOAS IDOSAS COM USO COMBINADO DE DENTES E PRÓTESES REMOVÍVEIS (PONTES)

- Higienizar os dentes que suportam os grampos da prótese com extremo cuidado, removendo completamente toda placa bacteriana. Os grampos não “estragam” os dentes tampouco provocam cáries. O que provoca cárie é a placa bacteriana e restos alimentares que não foram removidos adequadamente. As pessoas idosas devem ser orientadas a retirar as próteses após cada refeição para serem higienizadas;
- Usar uma escova de cerdas média para prótese e uma macia para os dentes naturais. As próteses deverão ser higienizadas com sabão de coco ou detergente líquido neutro. Não se recomenda o uso de creme dental fluoretado para limpeza das próteses. Escovar os grampos das próteses por dentro;
- Escovar dentes, língua e mucosa bucal sem as próteses;
- Para os portadores de próteses fixas deve-se fazer uso de passadores de fio dental para que se remova a placa bacteriana sob a prótese fixa;
- As próteses removíveis e totais que possuem porções metálicas (grampos, arco palatino ou barras) não devem ser colocadas em soluções com hipoclorito (água sanitária), pois podem sofrer oxidação.

Quadro 2 - Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções para saúde bucal em pessoas idosas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Higiene oral ineficaz	Melhorar higiene oral
Conhecimento sobre higiene oral prejudicado	Conhecimento sobre higiene oral melhorado
Capacidade para executar a higiene oral prejudicada	Capacidade para executar a higiene oral eficaz
Alimentação prejudicada	Melhorar alimentação
Integridade tissular da pele prejudicada: mucosa oral	Melhorar integridade tissular da mucosa oral
Imagem corporal perturbada	Imagem corporal melhorada

Principais Intervenções de Enfermagem:

- Orientar sobre cuidados de higiene oral/lesão;
- Obter dados sobre atitude em relação à condição de saúde e autocuidado;
- Investigar rede de apoio;
- Orientar família/cuidador sobre padrão de higiene oral;
- Obter dados sobre autoestima/autoimagem;
- Agendar/encaminhar à consulta odontológica;
- Assegurar/garantir continuidade dos cuidados orais;
- Estimular manutenção do acompanhamento odontológico de rotina;
- Obter dados sobre condição nutricional/preferências;
- Obter dados sobre condição financeira;
- Investigar rede de apoio;
- Orientar usuário/família/cuidador sobre cuidados durante preparo do alimento (tipo, consistência, tamanho);
- Orientar usuário/família/cuidador sobre cuidados durante as refeições (decúbito, velocidade de ingestão, quantidade ofertada);
- Investigar episódios de engasgo ou pneumonias broncoaspirativa;
- Agendar/encaminhar à consulta com nutricionista;
- Agendar/encaminhar à consulta com fonoaudiólogo;
- Investigar histórico familiar de câncer de boca;
- Investigar tabagismo/etilismo;
- Agendar/encaminhar à avaliação psicológica;
- Reforçar identidade pessoal;
- Apoiar quanto ao autocuidado/autoestima;

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).
2. Bastos RS, Lauris JRP, Bastos JRM, Velasco SRM, Foger-Teixeira D, Sá LM. The impacts of oral health-related quality of life of elderly people living at home: a cross-sectional study. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021May;26(5):1899–910. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.11962019>.
3. Melo RB, Barbosa LC, Souza T de M, Bastos RS. Edentulismo e fragilidade em pessoas idosas domiciliadas: um estudo transversal. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2023;26:e230165. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230165.pt>.
4. Miranda AF, Freitas Lima SMD, Berto Rezende TM. (2020) Idosos frágeis, condições sistêmicas e assistência odontológica domiciliar: uma mini-revisão. *Arch Gerontol Geriatr Res* [Internet]. 2020;5(1): 017-021. DOI: 10.17352/aggr.000019.
5. Secretaria da Saúde. Manual técnico: saúde do adulto / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. – 4. ed. - São Paulo: SMS, 2012. 76 p. – (Série Enfermagem: Cap 1: Adulto Saudável: 1.4 – Saúde Bucal do Idoso p.17).
6. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Diagnóstico precoce do câncer de boca / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2022. 137p.: il. ISBN 978-65-88517-20-8 (versão eletrônica) 1. Neoplasias bucais. 2. Diagnóstico precoce. 3. Detecção Precoce de Câncer. I. Título. CDD 616.99431. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-diagnostico-precoce-cancer-boca-2022.pdf>

3.3 Quedas (CIAP - A80 Lesão traumática/acidente)

As quedas representam um importante problema para as pessoas idosas e estão associadas a elevados índices de morbimortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce. As principais complicações das quedas são lesão de partes moles, restrição prolongada ao leito, hospitalização, institucionalização, risco de doenças iatrogênicas, fratura, hematoma, perda da independência e morte². A instabilidade postural e as quedas são importantes marcadores de diminuição de capacidade funcional e fragilidade, por isso os relatos sobre queda devem ser valorizados².

A adoção de medidas simples pode diminuir o risco de queda e proporcionar mais segurança à pessoa idosa¹⁻². Destaca-se a necessidade do envolvimento da e-Multi que atua na APS para garantir o cuidado integral da pessoa idosa, com destaque do papel do(a) enfermeiro(a) na realização de intervenções para a prevenção de quedas³.

A enfermagem desempenha um papel crucial na prevenção e gestão dessas quedas, atuando de diversas maneiras para garantir a segurança e o bem-estar da pessoa idosa. O(a) enfermeiro(a) em todas as consultas deve questionar a ocorrência e a frequência de quedas. Essa informação possibilita a identificação do risco, além das visitas domiciliares, onde o(a) enfermeiro(a) pode observar se o ambiente em que a pessoa idosa vive está propício para o risco de quedas. A abordagem integrada da enfermagem na prevenção de quedas envolve avaliação, intervenção, educação e monitoramento contínuo. Com essas estratégias, é possível reduzir significativamente a incidência de quedas e suas consequências, promovendo um envelhecimento mais seguro e saudável.

Durante a Consulta de Enfermagem ou VD, o(a) enfermeiro(a) poderá utilizar a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, atentando para a avaliação do risco de queda. Na ocorrência de quedas, não esquecer de registrar: o local da queda, horário e data, o que fazia no momento da queda, medicamento em uso, local afetado, consequências e o encaminhamento.

Quadro 1 - Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções na prevenção de quedas à pessoa idosa.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Risco de queda	Prevenção de queda
Conhecimento sobre prevenção de queda	Conhecimento sobre prevenção de queda melhorado

Principais Intervenções de Enfermagem:

- Obter dados sobre risco de queda;
- Investigar instabilidade postural;
- Investigar quedas por condições do ambiente;
- Investigar quedas pós uso de medicações;
- Investigar antecedentes de quedas: frequência, local, condição ou fator de causa.

Orientar cuidados e medidas de prevenção:

1. Usar calçados fechados e ajustados aos pés;
2. Quando sentado por longo tempo, levantar-se lentamente ;
3. Firmar-se em base e ou estrutura segura, ao levantar-se;
4. Se instabilidade para equilíbrio de marcha, utilizar dispositivos para apoio de marcha: bengala, andador como ponto de firmeza;
5. Em caso de sintomas como tontura, vertigens ou fraqueza muscular, solicitar auxílio;
6. Evitar sair de casa desacompanhado quando sintomas de vertigens e tonturas;
7. Atentar-se aos efeitos adversos de medicações que podem ocasionar sintomas de tonturas e vertigens, comunicar ao familiar e ou pessoa próxima;
8. Retirar tapetes e qualquer outro objeto que possa desestabilizar a marcha;
9. Se possível instalar barras de apoio nos ambientes domésticos que facilite a locomoção;
10. Evitar uso de cadeiras, escadas e ou bancos para pegar objetos em locais altos;

Orientar quanto à prática da prevenção de queda:

1. Utilização de calçado fechado com solado firme e numeração correta;
2. Verificar o uso de medicamentos que podem causar hipotensão postural;
3. Utilização de dispositivos de auxílio à marcha, se necessário, como bengalas, andadores e cadeiras de rodas;
4. Orientar o banho sentado em caso de instabilidade postural, deixar a porta do banheiro destrancada.

- **Orientar quanto aos cuidados em casa:**

1. Orientar sobre a acomodação de alimentos e objetos de uso cotidiano em locais de fácil acesso, evitando-se o uso de escadas e banquinhos;
 2. Reorganização do ambiente interno à residência (iluminação adequada, barra de apoio, evitar uso de tapetes, mas se usados, devem ser antiderrapantes, interruptor de fácil acesso);
 3. Manter uma luz acesa à noite, sugerir a colocação de um diferenciador de degraus nas escadas bem como iluminação adequada da mesma e corrimão bilateral para apoio;
 4. Evitar transitar em área com piso úmido, evitar móveis e objetivos espalhados, colocação de pisos antiderrapantes e barras de apoio nos banheiros e evitar o uso de banheiras.
- Orientar, treinar e adaptar as atividades cotidianas e a modificação do ambiente;
 - Aconselhar a continuidade da prevenção de queda;
 - Obter dados de conhecimento sobre risco de queda;
 - Aconselhar a pessoa idosa sobre a importância de adotar práticas para prevenção de quedas;
 - Estimular a prática de prevenção de queda.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia de cuidados para a pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
2. Maia LC, Moraes N, Costa M, Caldeira AP. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. Ciênc. Saúde Colet 2020; 25(12): 5041-50.
3. Dourado-Júnior FW, Moreira AC, Salles DL, Silva MA. Intervenções para prevenção de quedas em idosos na Atenção Primária: revisão sistemática. Acta Paul Enferm. 2022;35:e APE02256

3.4 Demências (CIAP - P70 - Demência)

A demência é uma condição muito comum em pessoas idosas e pode ter um impacto significativo na qualidade de vida. Caracterizada por uma deterioração progressiva da função cognitiva, com maior ênfase na perda de memória e interferência nas atividades sociais e ocupacionais com perda inicial nas atividades instrumentais de vida diária. A demência afeta a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizado, o idioma e o julgamento. As formas mais comuns de demência incluem a doença de Alzheimer, a demência vascular, a demência com corpos de Lewy e a demência frontotemporal, entre outras¹.

É fundamental que os(as) cuidadores(as) e familiares estejam atentos aos primeiros sinais de demência, como lapsos de memória frequentes, desorientação em relação ao tempo e ao espaço, dificuldade na realização de tarefas cotidianas, alterações de humor e personalidade, e dificuldade de comunicação. Um diagnóstico precoce pode ajudar na gestão dos sintomas e no planejamento adequado do cuidado e do apoio necessários².

Além disso, promover um ambiente seguro e acolhedor para as pessoas idosas com demência, estimular a atividade cerebral por meio de jogos, puzzles e interações sociais, e garantir uma dieta saudável e equilibrada também são estratégias importantes na gestão desse transtorno cognitivo. O apoio emocional e prático oferecido aos cuidadores é igualmente essencial, pois o cuidado de uma pessoa com demência pode ser desafiador e desgastante¹.

É importante considerar ações relacionadas a:

- Incentivo à autonomia: Promover a independência da pessoa idosa sempre que possível, incentivando-o a realizar atividades diárias simples;
- Controle de sintomas comportamentais: Gerenciar sintomas comportamentais como agitação, agressividade ou repetição de padrões de comportamento de forma apropriada e compassiva;
- Apoio emocional: Oferecer suporte emocional a pessoa idosa e seus familiares, reconhecendo os desafios emocionais associados à demência;
- Monitoramento da saúde física: Garantir que ele receba atendimento médico adequado, monitorando sua saúde física e garantindo o uso correto da medicação.

As intervenções de enfermagem para pessoas idosas com demência visam promover a qualidade de vida, proporcionar conforto, segurança e suporte tanto para o paciente quanto para seus familiares.

Quadro 1 - Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções para demências em pessoas idosas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Cognição prejudicada	Cognição melhorada
Déficit de autocuidado	Capacidade melhorada para executar o autocuidado
Comunicação prejudicada	Melhoria na Comunicação

Principais Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar o estado cognitivo da pessoa idosa e suas habilidades funcionais;
- Orientar a pessoa idosa sobre as rotinas diárias e ajudá-la a lembrar de eventos ou informações importantes;
- Comunicar-se com a pessoa idosa de maneira clara e simples, utilizando frases curtas e tom amigável;
- Monitorar as mudanças de comportamento e nas funções cognitivas da pessoa idosa para ajustar o PTS;
- Orientar a família e/ou cuidadores sobre o comprometimento da função cognitiva da pessoa idosa e como apoiá-la;
- Encaminhar para avaliação da e-Multi segundo necessidade;
- Promover atividades que estimulem a cognição;
- Obter informações sobre a rotina da pessoa idosa e o autocuidado;
- Estimular o autocuidado;
- Encaminhar para e-Multi conforme necessidade;
- Verificar a rede de apoio da pessoa idosa;
- Estimular participação em grupos educativo-assistenciais da UBS;
- Avaliar as dificuldades de comunicação da pessoa idosa;

- Estimular a comunicação de desejos e necessidades;
- Orientar a comunicação entre os familiares. Monitorar o processo de comunicação e encaminhar para e-Multi conforme necessidade;
- Apresentar os grupos educativo-assistenciais da UBS, estimulando sua participação;
- Incentivar participação em atividades sociais;
- Implementar estratégias de escuta e cuidado para suporte emocional para pessoa idosa e família.

REFERÊNCIAS

1. Fong TG, Inouye SK: The inter-relationship between delirium and dementia: The importance of delirium prevention. Nat Rev Neurol. 2022;18 (10):579–596, 2022.
2. Nascimento HG do, Figueiredo AEB. Estratégia de saúde da família e idoso com demência: o cuidado pelos profissionais de saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2021;26(1):119–28. A

3.5 Depressão (CIAP - P03 Tristeza/ Sensação de depressão)

A depressão é uma condição de saúde mental que pode afetar pessoas de todas as idades, mas é particularmente prevalente entre as pessoas idosas. Porém, a depressão em pessoas mais velhas pode ser subestimada ou mal diagnosticada, levando a um sofrimento desnecessário e a uma baixa qualidade de vida para quem sofre com a doença e para quem convive com a pessoa afetada¹.

De acordo com o estilo de vida, escolhas, oportunidades e momento do ciclo vital, as pessoas idosas podem enfrentar uma série de desafios que contribuem para o desenvolvimento da depressão, como a solidão, perda de entes queridos, problemas de saúde crônicos, limitações físicas, transições de vida significativas, perda de papéis sociais, além de outros fatores sociais e emocionais. É essencial reconhecer os sinais precoces da depressão, como tristeza persistente, falta de interesse em atividades anteriormente prazerosas, fadiga, dificuldade de concentração, alterações no padrão de sono e apetite, bem como pensamentos negativos ou de desesperança. Quanto antes diagnosticar, menores os transtornos e maior bem-estar pode ser vivido caso haja um bom tratamento e acompanhamento¹.

O tratamento da depressão em pessoas idosas envolve uma abordagem holística que pode incluir psicoterapia, medicamentos, apoio social, exercícios físicos, terapias complementares e mudanças no estilo de vida. É fundamental que recebam um suporte compassivo e personalizado, considerando suas necessidades individuais e respeitando sua autonomia e dignidade².

Além disso, a conscientização sobre a importância da saúde mental na terceira idade, a não estigmatização da depressão e o estímulo a abordagens preventivas e de intervenção precoce são fundamentais para promover o bem-estar emocional e psicológico das pessoas idosas. Ao reconhecer e lidar adequadamente com a depressão nessa fase da vida, é possível melhorar a qualidade de vida para que possam receber o apoio necessário para enfrentar esses desafios de forma mais saudável e resiliente².

A depressão nessa população pode ser abordada de diversas maneiras, considerando os múltiplos aspectos envolvidos nessa condição. A enfermagem pode direcionar suas intervenções para promover a saúde emocional e o bem-estar dessas pessoas, levando em consideração não apenas os aspectos clínicos, mas também as questões psicossociais, o suporte familiar e a qualidade de vida como um todo. É importante adotar uma abordagem abrangente e individualizada para o cuidado das pessoas idosas com esse tipo de transtorno, visando à melhoria da condição depressiva e à promoção de uma melhor qualidade de vida e bem-estar².

É importante considerar ações relacionadas a:

- **Avaliação abrangente:** Realizar uma avaliação completa do estado emocional, físico e social da pessoa idosa para identificar fatores contribuintes para a depressão;

- **Estabelecimento de um relacionamento terapêutico:** Criar um ambiente de confiança e apoio para que a pessoa idosa se sinta confortável em compartilhar seus sentimentos e preocupações;
- **Oferecer apoio emocional:** Fornecer informações sobre a depressão, seus sintomas e tratamentos disponíveis, bem como oferecer suporte emocional durante o processo de recuperação;
- **Estimular a cognição:** Atividades que estimulam a mente, como quebra-cabeças, jogos de memória, leitura ou participação em grupos de discussão, podem ajudar a manter a função cognitiva e melhorar o humor;
- **Promover da atividade física:** Incentivar a prática de atividades físicas adequadas às capacidades da pessoa idosa, pois o exercício regular pode contribuir para a melhora do humor e redução dos sintomas depressivos;
- **Encaminhar para acompanhamento psicológico ou psiquiátrico:** Em casos mais graves, é importante encaminhar a pessoa idosa para acompanhamento especializado com psicólogos ou psiquiatras para avaliação e tratamento adequado, que pode incluir psicoterapia ou medicação;
- **Monitorar a depressão e fazer reavaliação periódica:** Acompanhar a evolução do quadro depressivo, reavaliando constantemente as intervenções realizadas e adaptando o plano de cuidados conforme necessário;
- **Monitorar e realizar o acompanhamento do cuidador familiar:** Promover espaço para que o cuidador familiar possa expressar suas dificuldades, necessidade e potencialidades diante a situação vivida.

Essas intervenções devem ser personalizadas de acordo com as necessidades e condições específicas de cada pessoa idosa, visando sempre a melhora da qualidade de vida e o bem-estar emocional.

Quadro 1 - Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções para depressão em pessoas idosas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADO
Humor deprimido	Melhora do Humor
Risco de humor deprimido	Fortalecimento de Relações
Isolamento social	Aumento da Participação Social
Sono prejudicado	Melhoria na Qualidade do Sono
Déficit de autocuidado	Capacidade para promover o autocuidado melhorada.
Risco de suicídio	Prevenção do Suicídio

Principais Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar os sinais e sintomas de depressão, incluindo humor, comportamento e nível de energia da pessoa idosa;
- Monitorar alterações no estado mental e nas emoções da pessoa idosa, anotando mudanças significativas;
- Aplicar AMPI-AB, atentando para a avaliação pela Escala de depressão geriátrica (GDS);
- Produzir PTS;
- Encaminhar a pessoa idosa para avaliação psicológica e/ou psiquiátrica se necessário;
- Orientar a família sobre depressão, suas causas e opções de tratamento disponível;
- Demonstrar interesse e aceitação pelo usuário independente do comportamento apresentado;
- Empregar o toque afetivo, se necessário e de acordo com o contexto cultural, principalmente quando o nível de depressão estiver muito acentuado;
- Manter vigilância constante e discreta do usuário quando começar a remissão dos sintomas, porque a energia para atos ocorre mais precocemente do que o alívio de sentimento e ideias depressivas, incluindo a de suicídio;
- Estimular a pessoa idosa a desempenhar as atividades de autocuidado e aquelas relacionadas às mudanças necessárias para o ritmo de vida diária, como higiene oral e corporal, aparência, alimentação, hidratação, eliminações, sono e repouso, lazer e ocupação;
- Orientar familiares sobre os sinais e sintomas da depressão;
- Solicitar aos familiares que comuniquem qualquer mudança de humor percebida;
- Estimular o fortalecimento de relações e vínculos saudáveis;
- Estimular a prática de atividade física de acordo com as condições da pessoa idosa;
- Incentivar a participação em grupos de PICS;
- Orientar estratégias para manejo do estresse e de sintomas ansiosos;
- Não utilizar frases estereotipadas para animar o usuário, como “Vamos lá, essa tristeza passa!”, “Veja como o dia está lindo!”, “Isso é coisa da sua cabeça...”;
- Estar atento para perceber e valorizar os esforços para mudanças de comportamento, por mínimas que sejam, para estimular o desenvolvimento da autoestima;

- Fomentar a participação da pessoa idosa em atividades sociais e recreativas para melhorar a interação social e o bem-estar emocional;
- Obter dados sobre o sono;
- Orientar sobre o sono;
- Orientar estratégias para melhoria do padrão de sono segundo rotina da pessoa idosa;
- Obter dados sobre autocuidado;
- Orientar sobre o autocuidado;
- Identificar rede de suporte para o autocuidado da pessoa idosa;
- Monitorar o risco de suicídio, levantando informações acerca da ideação de suicídio, ideias de ruína, desvalia e ideia de morte; do planejamento para a tentativa e dos meios para realizá-la;
- Orientar os familiares a criar um ambiente seguro para o usuário, removendo objetos potencialmente perigosos e observando a ingestão de medicamentos;
- Formular um acordo verbal (contrato) de curto prazo, pactuando que o usuário não se colocará em situações de risco e não causará danos a si mesmo;
- Manter observação constante e discreta;
- Incentivar a pessoa idosa a expressar honestamente seus sentimentos, inclusive raiva e outros sentimentos negativos;
- Criar um ambiente de aceitação e não julgamento para que o usuário possa expressar seus sentimentos, explorando os grupamentos expressão, clarificação e validação da comunicação terapêutica;
- Orientar a família a construir um plano de contenção (familiares de referência, serviços e profissionais de saúde que possam ser acionados em momentos críticos) para momentos em que o risco de suicídio ficar mais intenso.

REFERÊNCIAS

1. Silva CKA, Pita JA de M, Ribeiro ML de M, Parrela RF, Tourinho L de OS. Depression in the elderly: a literature review study from 2013 to 2020. RSD. 2022;11(7):e47611730429.
2. Sousa PHSF, Primo AE, Fernandes A karine B, Silva MML, Almeida TF, Azevedo MVC, Torres RC, Júnior GMS. Enfermagem na prevenção da depressão no idoso / Nursing in the prevention of depression in the elderly. Braz. J. Develop. 2020;6(9):70446-59.

3.6 Delirium (CIAP - P99 Outras perturbações psicológicas)

O delirium, também conhecido como confusão mental aguda, é um distúrbio comum em pessoas idosas caracterizado por uma alteração súbita e flutuante do estado de consciência, cognição e atenção, orientação, memória e percepção de comportamento. Diferentemente da demência, o delirium é reversível, mas requer intervenção médica imediata devido à sua gravidade e potencial impacto na saúde e bem-estar dessa população¹.

As pessoas idosas são especialmente suscetíveis ao delirium devido a fatores como doenças crônicas, infecções, uso de medicamentos, desidratação, cirurgias, hospitalizações prolongadas e estresse emocional. Os sintomas podem variar de agitação e desorientação a alucinações, alterações cognitivas, distúrbios do comportamento, delírios, dificuldade de concentração, alteração no ciclo do sono, alterações repentinas de humor e alterações psicomotoras¹⁻².

O delirium afeta principalmente a atenção, costuma ser causado por enfermidade aguda ou toxicidade por fármacos (às vezes com risco de morte) e, geralmente, é reversível. O diagnóstico precoce do delirium é essencial para garantir um tratamento adequado e a prevenção de complicações. Os profissionais de saúde devem conduzir uma avaliação abrangente, incluindo exames físicos, testes cognitivos, análise dos medicamentos em uso, avaliação do estado nutricional e investigação de possíveis causas subjacentes². O tratamento do delirium em pessoas idosas geralmente envolve a identificação e correção das causas desencadeantes, manejo dos sintomas, controle da dor, otimização do ambiente do paciente, suporte emocional e apoio multidisciplinar. A prevenção do delirium também é crucial e pode incluir medidas como a promoção da mobilidade, da orientação temporal, do sono adequado, da hidratação e da interação social³.

Em resumo, o delirium em pessoas idosas é uma condição clínica séria que requer atenção especializada e cuidados individualizados. Com o devido diagnóstico, tratamento e prevenção, é possível minimizar o impacto do delirium na saúde dos idosos e promover uma recuperação eficaz e rápida.

É importante considerar ações relacionadas a:

- Realizar avaliação completa: Realizar uma avaliação minuciosa para identificar fatores desencadeantes, como infecções, desequilíbrios eletrolíticos, medicamentos em uso, dor não controlada, entre outros;
- Garantir um ambiente calmo e seguro: Reduzir estímulos desnecessários, mantendo um ambiente tranquilo e familiar para minimizar a confusão e a agitação;
- Orientar e proporcionar orientação temporal e espacial: Manter a orientação do paciente quanto ao tempo, local e situação, reforçando informações de forma clara e simples;

- Nutrir adequadamente: Assegurar que o idoso receba uma alimentação balanceada para otimizar a recuperação;
- Monitorar continuamente: Observar e documentar os sintomas do delirium, incluindo alterações no nível de consciência, agitação, alucinações e delírios;
- Controlar a dor: Gerenciar adequadamente a dor do idoso, uma vez que a dor não tratada pode contribuir para o desenvolvimento ou agravamento do delirium;
- Colaborar com a equipe multidisciplinar: Trabalhar em conjunto com médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais de saúde para abordar as necessidades do paciente de maneira abrangente;
- Reavaliar regularmente: Monitorar a resposta do paciente às intervenções realizadas, ajustando o plano de cuidados conforme necessário e garantindo a continuidade do acompanhamento;
- Promover a mobilização: deambulação.

As intervenções de enfermagem para delirium em pessoas idosas visam identificar e tratar a causa subjacente do quadro agudo de confusão mental, garantir a segurança do paciente e promover a recuperação. Algumas intervenções que podem ser adotadas visando a estabilização do quadro agudo de confusão e a prevenção de complicações.

Quadro 1 - Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções para delirium em pessoas idosas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADO
Risco de delírio	Prevenção do delírio
Delírio	Delírio interrompido
Confusão aguda	Redução dos episódios de confusão

Principais Intervenções de Enfermagem:

- Identificar fatores predisponentes para o delirium na pessoa idosa, a exemplo de:
 1. Idade avançada (mais de 70 anos);
 2. Presença e gravidade da demência;
 3. Ser do sexo masculino;

4. Déficit cognitivo;
 5. Déficit da acuidade visual ou auditiva;
 6. Medicação/polimedicação;
 7. Imobilidade;
 8. Alcoolismo ou outras perturbações aditivas;
 9. Dor crônica;
 10. Desidratação;
 11. História prévia de delirium;
 12. Comorbilidades (AVC, depressão, doença renal ou hepática).
- Identificar e corrigir fatores precipitantes do delirium na pessoa idosa, especialmente doenças infecciosas, como infecções do trato urinário e do sistema respiratório⁴;
 - Aplicar AMPI-AB;
 - Avaliar o nível de consciência e o estado mental regularmente;
 - Monitorar sinais vitais e mudança de comportamento frequentemente;
 - Identificar alteração do estado mental da pessoa idosa com base na sua história clínica, no seu estado cognitivo (atual e anterior) e na avaliação clínica;
 - Obter dados sobre delirium a partir de familiares e cuidadores;
 - Identificar e corrigir a causa subjacente ao delirium;
 - Monitorar a evolução das alterações do estado mental;
 - Orientar aos familiares e cuidadores sobre o delirium na pessoa idosa;
 - Encaminhar para avaliação da e-Multi segundo necessidade;
 - Promover um ambiente seguro e tranquilo para reduzir estímulos que possam causar confusão;
 - Reorientar a pessoa idosa ao tempo, lugar e à situação e, se necessário, utilizar elementos visuais ou auditivos;
 - Realizar avaliação do início e curso do estado confusional;
 - Monitorar episódios de confusão aguda;
 - Reorientar a pessoa idosa ao tempo, lugar e à situação e se necessário utilizar elementos visuais ou auditivos;
 - Verificar e orientar hidratação adequada;
 - Verificar padrão de sono e realizar orientações pertinentes;
 - Orientar familiares e cuidadores sobre confusão mental e cuidados necessários.

REFERÊNCIAS

1. Lobo RR, Silva Filho SRB, Lima NKC, Ferriolli E, Moriguti JC. Delirium. Medicina (Ribeirão Preto). 2010;43(3):249-57
2. Kennedy M, Helfand BKI, Gou RY, et al: Delirium in older patients with COVID-19 presenting to the emergency department. JAMA Netw Open 3 (11):e2029540, 2020. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.29540
3. Fong TG, Inouye SK: The inter-relationship between delirium and dementia: The importance of delirium prevention. Nat Rev Neurol 18 (10):579–596, 2022. doi: 10.1038/s41582-022-00698-7
4. Almeida L, Martins S, Martins N, Fernandes L. Diagnóstico, intervenção precoce e prevenção do delirium no adulto: o que fazer na atenção primária à saúde?. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2366. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2366](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2366).

3.7 Incontinência Urinária (CIAP - U04 - Incontinência urinária)

A incontinência urinária (IU) é definida pela International Continence Society (ICS) como uma queixa de perda involuntária de urina¹. É comum em pessoas idosas e geralmente desempenha um papel importante em pessoas independentes na comunidade ou dependentes em ILPI.

A IU afeta quase 40% das mulheres com 80 anos ou mais, 10–35% dos homens mais velhos e até 80% dos(as) residentes de ILPI e pode prejudicar gravemente a qualidade de vida de uma pessoa devido aos problemas sociais e de higiene associados. Portanto, os(as) profissionais de saúde precisam demonstrar sensibilidade ao avaliar e discutir a IU, principalmente com adultos mais velhos².

Existem três subtipos principais de IU. São eles: urgência (U), estresse (E) e mista (M), que têm diferentes fatores de risco e etiologias. IUU e IUE são os subtipos mais comuns em pessoas idosas, enquanto IUM é a combinação de ambos os tipos. A IU é um fator de risco para mortalidade em pessoas idosas e está intimamente relacionada a declínios na função cognitiva e no desempenho de atividades da vida diária (AVD), bem como à idade, obesidade, diabetes, perda de independência, níveis de depressão e ansiedade e agitação³.

Os fatores associados à ocorrência de IU são: sexo feminino; idade avançada; etnia não caucasiana; ausência ou baixa escolaridade; infecção do trato urinário; obstipação; hipertensão arterial; diabetes mellitus; história de doenças cardíacas; obesidade; acidente vascular cerebral; problemas respiratórios; depressão; déficit cognitivo; artrite, artrose/reumatismo; hiperplasia prostática; histórico de quedas; limitação funcional, de mobilidade ou dependência; comorbidade e fragilidade. Ademais dessas condições, a IU pode estar associada a hábitos de vida, como sedentarismo. Ainda, pode-se destacar associação com polifarmácia, cirurgia ginecológica, histerectomia e menopausa em mulheres, autoavaliação negativa do estado de saúde e pouca qualidade de vida⁴.

O estigma associado à IU tem um impacto profundo no bem-estar psicossocial das pessoas idosas e daqueles que cuidam delas. Pessoas idosas com IU geralmente experimentam uma sensação de vergonha e humilhação; portanto, elas optam por esconder essa condição de saúde para proteger sua dignidade e, ao fazê-lo, perdem oportunidades de acesso e utilização oportunos de serviços de assistência. As consequências de não buscar ajuda de profissionais de saúde são bem-estar físico precário, menor qualidade de vida, sofrimento psicológico, depressão e isolamento social⁵.

A incontinência urinária é frequente, mas incorretamente, considerada uma consequência do envelhecimento. No entanto, em muitos casos, essa condição é reversível. Portanto, é essencial identificar suas causas e implementar o tratamento⁶.

O tratamento inicial para incontinência geralmente começa com uma abordagem de estilo de vida conservadora e várias medidas não cirúrgicas, incluindo exercícios de Kegel, evitar cafeína, estrogênio vaginal em mulheres, fisioterapia e medicamentos orais. Para condições que não respondem a tais terapias conservadoras, a consideração de terapias mais invasivas pode ser indicada⁶⁻⁷.

Quadro 1 - Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções para incontinência urinária em pessoas idosas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Incontinência Urinária	• Redução da Frequência de episódios de incontinência urinária • Aumento da Continência

Principais intervenções de Enfermagem:

- Realizar uma avaliação completa do histórico de incontinência, incluindo frequência, duração e característica;
- Avaliar o impacto da incontinência na qualidade de vida e nas AVD;
- Avaliar inclusão da pessoa segundo protocolo da SMS/SP para dispensação da fralda descartável;
- Encaminhar para avaliação da fisioterapia.

Educação da pessoa idosa e família:

- Ensinar sobre anatomia e fisiologia do trato urinário e fatores que contribuem para a IU;
- Informar sobre técnicas de treinamento da bexiga e exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, como os exercícios de Kegel. (Cartilha educativa no link: <https://www.scielo.br/j/fp/a/b4G6Zp5wLNgd79MdW4CX5bk/?lang=pt>);
- Orientar sobre a importância da ingestão adequada de líquido, a intervalos regulares, diminuindo o consumo antes do anoitecer para minimizar a ocorrência de nictúria, e a manutenção de uma dieta equilibrada.

Gestão de Sintomas:

- Ajudar a pessoa idosa a estabelecer um cronograma regular para ir ao banheiro (a cada 2 ou 3 horas), para prevenir episódios de incontinência;
- Sugerir o uso de dispositivos auxiliares, como absorventes ou roupas íntimas para incontinência, para melhorar o conforto;
- Aplicar a Escala de avaliação do uso de fraldas geriátricas e produtos absorventes. (Link: <https://objn.uff.br/escala-de-avaliacao-do-uso-de-fraldas-e-absorventes-estudo-metodologico/>).

Controle Ambiental:

- Assegurar que o ambiente seja seguro e acessível, com fácil acesso ao banheiro;
- Fornecer iluminação adequada e equipamentos de suporte, como barras de apoio, para evitar quedas e facilitar a movimentação.

Intervenções Farmacológicas:

- Auxiliar na administração e monitoramento de medicamentos prescritos para tratar a incontinência urinária;
- Investigar o uso de medicamentos que possam contribuir para a incontinência (diuréticos, antidepressivos);
- Monitorar efeitos colaterais e eficácia das medicações, comunicando alterações ao médico responsável;
- Prescrever medicamentos e fitoterápicos necessários ao plano terapêutico.

Reabilitação e Terapia Comportamental:

- Colaborar com fisioterapeutas para implementar programas de reabilitação, como terapia comportamental, que incluem o treinamento da bexiga e o fortalecimento muscular;
- Incentivar técnicas de relaxamento e controle do estresse, que podem melhorar o controle da bexiga;
- Suporte Psicológico e Emocional;
- Oferecer apoio emocional e psicológico para ajudar a pessoa idosa a lidar com a incontinência e suas implicações sociais e emocionais;
- Facilitar a participação em grupos de apoio para compartilhar experiências e estratégias de enfrentamento.

Acompanhamento e Reavaliação:

- Realizar acompanhamento regular para avaliar a eficácia das intervenções e ajustar o plano de cuidados conforme necessário;
- Encorajar a comunicação aberta sobre quaisquer mudanças nos sintomas ou nas necessidades do paciente.

É importante ressaltar que essas intervenções devem ser personalizadas de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa idosa e baseadas em uma avaliação completa. A colaboração interdisciplinar é fundamental para garantir uma abordagem abrangente e eficaz no manejo da IU.

REFERÊNCIAS

1. D'Ancona C, Haylen B, Oelke M, Abranches-Monteiro L, Arnold E, Goldman H, et al.. Relatório da International Continence Society (ICS) sobre a terminologia para sintomas e disfunções do trato urinário inferior e do assoalho pélvico em homens adultos . Neurourol Urodyn. 2019;38:433–77.
2. Tai H, Liu S, Wang H, Tan H. Determinants of Urinary Incontinence and Subtypes Among the Elderly in Nursing Homes. Front Public Health. 2021;9:788642.
3. John G. Incontinência urinária e doença cardiovascular: uma revisão narrativa . Int Urogynecol J. 2020;31:857–63.
4. Kessler M, Facchini LA, Soares MU, Nunes BP, França SM, Thumé E. Prevalência de incontinência urinária em idosos e relação com indicadores de saúde física e mental. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2018;21(4):409-419.
5. Yan F, Xiao LD, Zhou K, Li Z, Tang S. Perceptions and help-seeking behaviours among community-dwelling older people with urinary incontinence: A systematic integrative review. J Adv Nurs. 2022;78(6):1574-1587.
6. Harris S, Leslie SW, Riggs J. Mixed Urinary Incontinence. 2024. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2024.
7. Clares JWB, Nóbrega MML, Guedes MVC, Silva LF, Freitas MC. ICNP® nursing diagnoses, outcomes and interventions for community elderly. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl2):191-8.

3.8 Hipertensão Arterial (CIAP K85 Pressão arterial elevada; K86 Hipertensão sem complicações; K87 Hipertensão com complicações)

Definição

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – 2020, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), relacionada à fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais, e caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva.¹ A Pré-hipertensão (PH), por sua vez, é uma condição caracterizada por PAS entre 121 e 139 e/ou PAD entre 81 e 89 mmHg².

A HAS frequentemente está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos), sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM)².

Rastreamento e diagnóstico da Hipertensão Arterial

Informações sobre rastreamento e diagnóstico da HAS podem ser consultadas no Protocolo de Enfermagem - Módulo 3 Atenção Primária à Saúde da Pessoa Adulta Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/3_Atencao_a_Saude_do_Adulto.pdf

Epidemiologia

No Brasil, a HAS acomete entre 60% e 70% das pessoas acima de 60 anos. E contribui, direta ou indiretamente, para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Deve-se considerar, ainda, a transição demográfica e epidemiológica que o Brasil vem sofrendo, o que implicará em um aumento substancial da prevalência de HAS e de suas complicações¹⁻².

Medida da Pressão Arterial em consultório

A medida da PA com técnica auscultatória (Quadro 1) é amplamente realizada em nosso meio, com esfigmomanômetro aneróide e estetoscópio, e requer boa audição coordenada com a visualização dos valores na escala do aparelho, para promover a identificação correta dos sons que determinam as pressões arteriais sistólica e diastólica.

Quadro 1 - Etapas para a medida da pressão arterial, em consultório, com técnica auscultatória.

PREPARO DO USUÁRIO

1. Repouso por 5 minutos, em ambiente calmo e confortável, e orientar para não falar ou se mover durante a medida;
2. Verificar se o usuário NÃO:
 - Está com a bexiga cheia;
 - Praticou exercícios físicos há, pelo menos, 90 minutos;
 - Ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou 30 minutos antes.
3. Sentar o usuário, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso relaxado e recostado na cadeira;
4. Posicionar o braço na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e sem garrotear o braço com roupas.
5. Na primeira consulta, registrar a PA em ambos os braços, preferencialmente de forma simultânea, e usar a leitura do braço que forneceu valor mais elevado para medidas subsequentes. Registrar em que braço devem ser feitas as medidas.

ETAPAS DA MEDIDA

1. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital, centralizar o meio da bolsa inflável sobre a artéria braquial;
2. Estimar o nível da PA sistólica:
 - Posicionar o manguito;
 - Palpar a artéria radial;
 - Fechar a válvula da pera e inflar até identificar o desaparecimento do pulso;
 - Abrir a válvula lentamente, para desinflar o manguito;
 - Identificar pelo método palpatório a PA sistólica (reaparecimento do pulso).
3. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva. Não permitir que o estetoscópio seja colocado sob o manguito;
4. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PA sistólica;
5. Realizar a deflação lentamente (cerca de 2 mmHg/segundo);
6. Determinar a PA sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff);
7. Determinar a PA diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff);
8. Continuar a auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder a deflação rápida e completa. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PA sistólica/diastólica/zero;
9. Realizar três medidas, com intervalo de 1 minuto, e usar a média das duas últimas medidas. Se houver diferença > 10 mmHg, realizar medidas adicionais.

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial dentro e fora do consultório – 2023.

Classificação da pressão arterial e da hipertensão arterial

A HAS é classificada em diferentes estágios (1, 2 e 3) de acordo com os valores de PA sistólica e diastólica mais elevados aferidos no consultório. Os valores que classificam o comportamento da PA em adultos são apresentados abaixo.

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade.

CLASSIFICAÇÃO	PA SISTÓLICA (MMHG)	PA DIASTÓLICA (MMHG)
Ótima	< 120 e	< 80
Normal	120 - 129 e/ou	80 - 84
Pré-hipertensão	130 - 139 e/ou	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159 e/ou	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179 e/ou	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180 e/ou	≥ 110

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023.

Tratamento da HAS

O tratamento da HAS inclui medidas medicamentosas e não medicamentosas de promoção do autocuidado, por meio da adoção de comportamentos esperados. Na pessoa idosa, o tratamento da HAS reduz a incidência do déficit cognitivo e demência, e deverá ser sempre frisado em todas as consultas.

O tratamento medicamentoso para controle da PA segue critérios segundo evidências para efetiva redução de lesão de órgãos-alvo e desfecho cardiovascular. O tratamento não medicamentoso, por sua vez, consiste em mudanças no hábito de vida, como¹:

- Controle do peso;
- Dieta saldável, rica em frutas, vegetais, grãos e baixo teor de gordura, além de redução de gordura saturada e trans;
- Redução da ingestão de sódio;
- Aumento da ingestão de potássio;
- Prática de atividades físicas;
- Limitar o consumo de álcool;
- Parar de fumar.

3.8.1. Urgência e Emergência - Crise Hipertensiva na APS⁴

A equipe de enfermagem deve estar atenta caso esteja diante de uma pessoa idosa em situação de crise hipertensiva, conforme quadro abaixo:

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
Urgência Hipertensiva	Quadro clínico sintomático com elevação abrupta da PAD acima de 120 mmHg, sem lesão aguda e progressiva de órgão alvo.
Emergência Hipertensiva	Quadro clínico sintomático com elevação abrupta da PAD acima de 120 mmHg, com lesão aguda e progressiva de órgão alvo.

MÉDICO(A) E ENFERMEIRO(A) IDENTIFICAM

- Alterações neurológicas ou subagudas (por exemplo: alteração do nível de consciência, confusão mental, déficits focais);
- Complicações cardiovasculares iminentes (por exemplo: dor torácica, dispneia, estertoração pulmonar e hipoxemia);
- Alterações renais como: oligoanúria, hematúria e edema periférico;
- História de uso de drogas simpatomiméticas, como cocaína;
- HA rebote após suspensão súbita de agentes anti-hipertensivos;
- Eclâmpsia;
- Período de pré e pós-operatório imediatos;
- Epistaxe severa e refratária a medidas convencionais;
- Suspeita de feocromocitoma (crises paroxísticas de cefaleia, sudorese e palpitação – apresentação clássica).

O QUE FAZER?

- Coletar dados do paciente;
- Medir a pressão nos dois braços em local calmo, até a estabilização;
- Encaminhar emergência para Samu 192;
- Em caso de uso de drogas ilícitas, encaminhar para CAPS.

Fonte: Protocolo Clínico Prático para o Tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) da Atenção Primária à Saúde (APS): Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. São Paulo - 2020

Quadro 2 - Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções para HAS em pessoas idosas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Falta de Conhecimento sobre Doença	Conhecimento sobre a doença eficaz
Não adesão ao regime terapêutico	Adesão ao regime terapêutico eficaz
Capacidade para Manejar o Estresse reduzida	Capacidade para manejar estresse melhorada
Pressão sanguínea alterada	Pressão sanguínea normal

Principais Intervenções de Enfermagem:

- Orientar a pessoa idosa e a família sobre a HA, a partir das dúvidas e interesses identificados;
- Promover ações educativas de alcance coletivo sobre HA;
- Compreender motivos relacionados à não adesão;
- Elaborar Projeto Terapêutico Singular com a Pessoa Idosa;
- Aconselhar sobre os benefícios do regime terapêutico;
- Orientar o tratamento medicamentoso e não medicamentoso;
- Reforçar orientação sobre a rotina de tomada dos medicamentos (Ex: caixa de medicamentos);
- Encaminhar para consulta com profissional da e-Multi conforme necessidade;
- Monitorar e registrar a PA no mínimo três vezes na semana em dias alternados;
- Promover o acesso e a atitude acolhedora na UBS;
- Obter dados sobre capacidade para manejar estresse;
- Indicar locais para atendimentos individuais ou em grupos com práticas integrativas e complementares em saúde;
- Encaminhar usuário para outros serviços (Ex: CAPS, CECCO) conforme necessidade;
- Monitorar pressão arterial;
- Encaminhar para avaliação médica, se necessário;
- Avaliar a necessidade de uso de medicação de urgência;
- Realizar rastreamento da HAS se necessário;

- Aplicar estratificação de risco cardiovascular;
- Apresentar grupos educativo-assistenciais da UBS, fazendo indicação segundo o caso;
- Discutir o caso com a e-Multi se necessário;

REFERÊNCIAS

1. Weimar KSB et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658.
2. Malachias MVB et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2016; 107(3 Suppl 3): 64-6
3. Feitosa DM et al. Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial dentro e fora do consultório - 2023. Arq Bras Cardiol. 2024; 121(4).
4. São Paulo. Cuidando de Todos: Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde no MSP: Protocolo Clínico Prático para o Tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) da Atenção Primária à Saúde (APS): Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. São Paulo: Instituto Tellus, 2020.
5. São Paulo. Cuidando de Todos: Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde no MSP: Protocolo de Linha de Cuidados das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de São Paulo (MSP). São Paulo: Instituto Tellus, 2020.

3.9 Hipotensão Postural ou Ortostática (CIAP K88 - Hipotensão Postural)

Hipotensão postural ou ortostática se caracteriza como a redução sustentada de 20 mmHg da Pressão Arterial Sistólica (PAS) e/ou de 10 mmHg da Pressão Arterial Diastólica (PAD) dentro de três minutos após levantar-se, sendo que em indivíduos hipertensos deve ser considerado uma redução de 30 mmHg na PAS na mudança de decúbito dorsal ou sentada para a posição ereta¹.

É na maioria das vezes assintomática e pode ser influenciada por diferentes fatores, dentre os quais podemos citar falhas nos mecanismos neurais e/ou circulatórios de compensação da redução do retorno venoso pela mudança de decúbito e, conseqüentemente, do débito sistólico e da pressão arterial. A queda pressórica diminui o fluxo sanguíneo cerebral e pode provocar sintomas como tontura, náusea, alterações visuais, astenia, palpitação, cefaleia, confusão mental, queda e até síncope².

A hipotensão postural ou ortostática é um preditor de morbimortalidade significativo associado a quedas, principalmente entre pessoas idosas, os quais são mais vulneráveis em até 50% quando comparado com os outros ciclos de vida, considerando as mudanças fisiológicas relativas do processo de envelhecimento no sistema cardiovascular e por uma brusca resposta do sistema simpático³. Tais aspectos são potencializados quando estas pessoas idosas apresentam alguma debilidade e/ou restrição, fazem uso de medicação (antipsicóticos, antihipertensivos, antidepressivos, vasodilatadores, dentre outros), hipovolemia, função cardíaca deprimida e possuem comorbidades, como doenças causadoras de neuropatia periférica, doença de Parkinson, distúrbios neurodegenerativos e demência⁴.

Além disso, contribui com outros agravos à saúde, como acidente vascular cerebral (AVC), aumento da rigidez arterial, doença renal crônica, fibrilação atrial, insuficiência cardíaca e hipertensão⁵.

Quadro 1 - Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções para hipotensão postural ou ortostática em pessoas idosas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Presença de hipotensão	Manejar hipotensão postural e prevenir novos episódios

Principais Intervenções de Enfermagem:

- Realizar avaliação do histórico de hipotensão postural, identificando frequência e fatores predisponentes;
- Orientar a pessoa idosa e os familiares/cuidadores sobre a importância de evitar levantar-se repentinamente, o que pode desencadear novos episódios;
- Orientar prevenção de quedas;
- Avaliar hidratação.

REFERÊNCIAS

1. Freeman R, Wieling W, Axelrod FB, Benditt DG, Benarroch E, Biaggioni I, et al. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. Clin Auton Res. 2011;21(2):69–72.
2. Velten APC, Benseñor I, Souza JB, Mill JG. Fatores associados à hipotensão ortostática em adultos: estudo ELSA-Brasil. Cad. Saúde Pública 2019; 35(8):e00123718.
3. Velten APC, Mill JG. Prevalência de hipotensão ortostática na população geral de adultos e de idosos. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 17(4): 176-186, out-dez, 2015.
4. Biaggioni I, Norcliffe-Kaufmann L, Kaufmann H. Hipotensão ortostática. BMJ Best Practice. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/972>. Acesso em: 16 de janeiro de 2024.
5. Velten APC, Bensenor I, Lotufo P, Mill JG. A Prevalência da Hipotensão Ortostática e a Distribuição da Variação Pressórica no Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto. Arq Bras Cardiol. 2020; 114(6):1040-1048

3.10 Diabetes (CIAP - T89 Diabetes insulino-dependente / T90- Diabetes não insulino-dependente)



Há um aumento da prevalência do Diabetes Mellito (DM) entre pessoas idosas. Embora a maior proporção seja de pessoas com diabetes tipo 2, os avanços no diagnóstico e tratamento das pessoas com diabetes tipo 1 têm melhorado a sua sobrevivência e qualidade de vida. No Brasil, estima-se que entre pessoas idosas uma a cada três são pré-diabéticas, e uma a cada cinco tem diabetes, e 6% desconhecem o diagnóstico, sendo que as complicações afetam consideravelmente aquelas com menor nível de escolaridade, nível socioeconômico, bem como grupos vulnerabilizados, como a população negra¹⁻⁸.

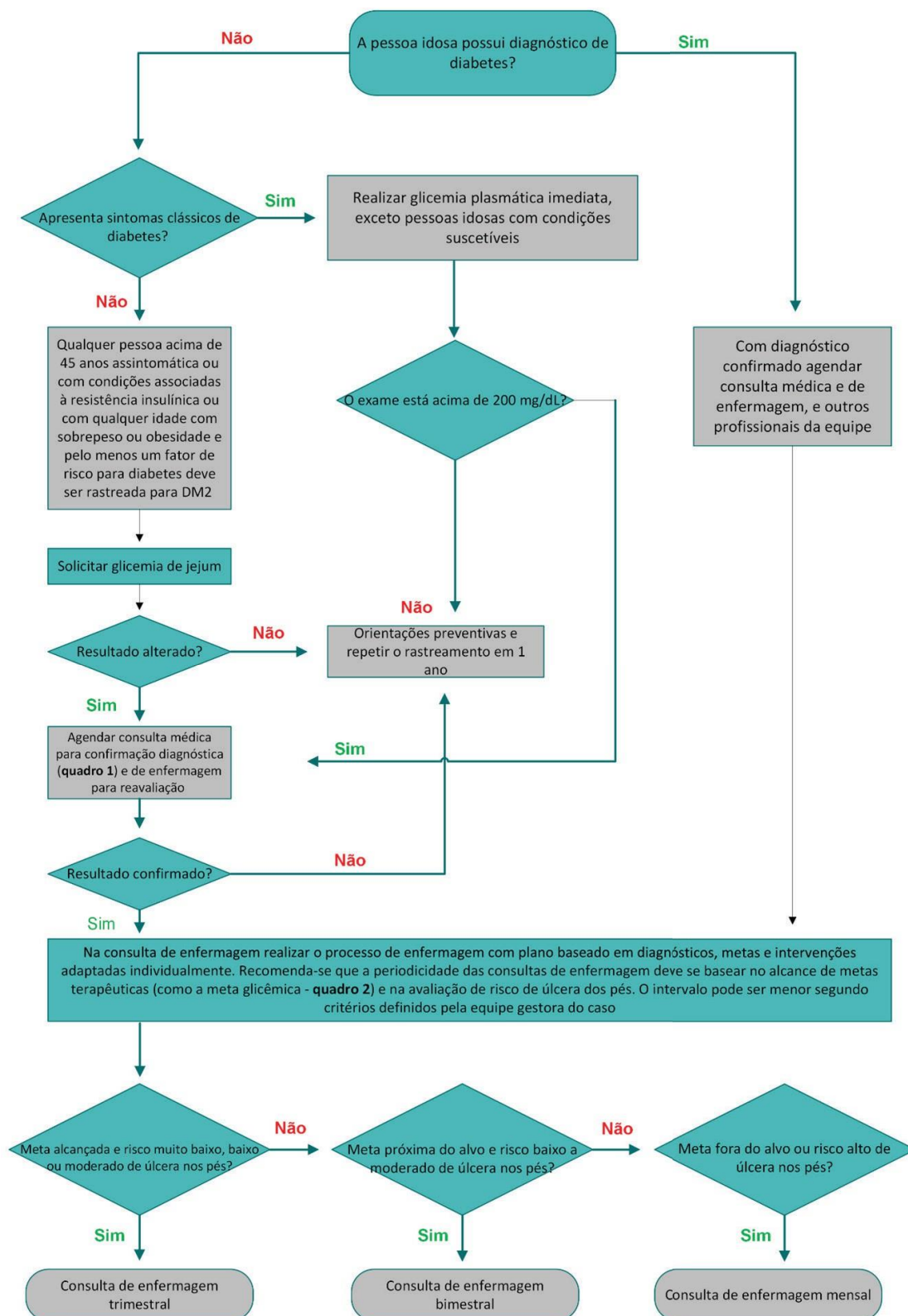
O DM exige gestão farmacológica e não farmacológica, contudo os mais de 40 fatores que afetam os níveis de glicose no sangue, além dos tradicionais, como alimentação e exercício físico, ilustram a complexidade e os desafios para o manejo e controle adequados. Como consequência de um controle inapropriado, estudos evidenciam entre pessoas idosas elevadas taxas de complicações com comorbidades associadas, maior risco para incapacidades, fragilidade, sarcopenia, alterações cognitivas, e mortes prematuras⁹⁻¹¹.

Para elaborar o plano de cuidados às pessoas idosas o(a) enfermeiro(a) deve realizar uma avaliação abrangente, envolvendo coleta de dados subjetivos e objetivos das necessidades psicobiológicas, psicossociais, e psicoespirituais para identificar os fatores de riscos e definir diagnósticos de enfermagem com intervenções e metas terapêuticas individualizadas, desde a prevenção até o tratamento¹².

É recomendado que os planos considerem a complexidade do regime de medicamentos e se adaptem para minimizar o risco de hipoglicemia, devido à maior prevalência de comorbidades e síndromes geriátricas nesta população. Essas síndromes podem incluir alterações cognitivas e da capacidade funcional, fragilidade, sarcopenia, polifarmácia, depressão, incontinência urinária, quedas, e dor persistente, entre outras, que podem afetar a capacidade de autocuidado e diminuir a qualidade de vida. Portanto, os planos de cuidado devem ser individualizados, interprofissionais, frequentemente revisados e simplificados, sempre que necessário, para garantir que sejam adequados às necessidades de cada pessoa idosa e aos desafios que ele(a) enfrenta. Além disso, o apoio à família e cuidadores é crucial, pois eles desempenham um papel significativo na gestão do diabetes, especialmente em contextos em que a pessoa idosa enfrenta limitações para realizar o autocuidado¹³⁻¹⁷.

A figura abaixo reúne um fluxograma adaptado do Ministério da Saúde com informações desde o rastreamento até estabelecimento da periodicidade de consultas de enfermagem da pessoa idosa com diabetes¹⁸⁻²⁰.

Fluxograma de atendimento da enfermagem à pessoa idosa com diabetes na Atenção Primária à Saúde.



NOTAS:

- Sintomas clássicos do diabetes tipo 2: poliúria, polidipsia, perda ponderal, noctúria, polifagia;
- São condições suscetíveis a hiperglicemia ou alteração da correspondência de níveis glicêmicos: fibrose cística, anemia aguda, hemoglobinopatias, variantes da hemoglobina, transfusões sanguíneas, deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, uso de alfaepoetina, hemodiálise. No caso de pessoas suscetíveis encaminhar e solicitar avaliação da equipe médica;
- São fatores de risco para DM: cor ou raça ou etnia negra, hispânico ou latina, asiática ou indígena; presença de parente de 1º grau com DM; hipertensão arterial sistêmica; doença cardiovascular prévia; HDL-c < 35 mg/dL; triglicerídeos > 250 mg/dL; síndrome de ovários policísticos; sedentarismo; história prévia de diabetes melito gestacional; pré-diabete; presença de acantose nígricans; apneia obstrutiva do sono; indivíduos vivendo com HIV/AIDS; indivíduos com fibrose cística; indivíduos que realizaram transplante de órgão, entre outras condições;
- O exame de hemoglobina glicada (HbA1c) é uma técnica onerosa e que não considera a variabilidade individual de glicação proteica, por isso é realizado somente após o exame de glicemia de jejum. O Teste oral de tolerância à glicose (TOTG) consiste na administração de 75 g de glicose por via oral com duas medidas de glicose plasmática nos tempos 0 e 120 minutos após a sobrecarga de glicose. Este teste não é utilizado como método de escolha para rastreamento, devido ao tempo e desconforto para sua realização, sendo reservado para situações específicas;
- Critérios para rastreamento anual: presença de mais de um fator de risco para DM, ganho de peso acelerado ou mudança de fatores de risco, doenças associadas ao diabetes secundário como endocrinopatias, doenças pancreáticas, ou condições associadas a DM, como doença periodontal, e esteatose hepática. Caso não tenha critérios para rastreamento anual, o rastreamento pode ser realizado em 3 anos;
- Para pacientes assintomáticos ou pacientes sem sinais e sintomas de hiperglicemia que apresentaram resultados previamente positivos no teste de rastreamento, o diagnóstico confirmatório de DM2 requer pelo menos dois resultados anormais do mesmo teste em amostras diferentes ou dois testes alterados na mesma amostra.

Fonte: Fluxograma adaptado e baseado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Diabetes Melito Tipo 2, na Linha de cuidados de Diabetes melito tipo 2 do Ministério da Saúde e no Programa Cuidando de Todos do município de São Paulo^{18–20}.

Interpretação dos valores de referência de exames diagnósticos para diabetes melito tipo 2 em indivíduos com mais de 18 anos de idade.

EXAMES	INTERPRETAÇÃO DOS VALORES DE REFERÊNCIA		
	Normal	Pré-diabetes	Diabetes melito tipo 2
Glicemia de jejum (mg/dL)	< 100	100 a < 126	≥ 126
Hemoglobina glicada (HbA1c) (%)	< 5,7	5,7 a < 6,5	≥ 6,5
Teste oral de tolerância à glicose (mg/dL)	< 140	140 a < 200	≥ 200

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Diabetes Melito Tipo 2^{13,18}.

Metas glicêmicas no tratamento do diabetes melito tipo 2 à pessoa idosa.

EXAME	PESSOA IDOSA SAUDÁVEL	PESSOA IDOSA COM SAÚDE COMPROMETIDA	PESSOA IDOSA COM SAÚDE MUITO COMPROMETIDA
HbA1c (%)	< 7,5	< 8,0	Evitar sintomas de hiper ou hipoglicemia
Glicemia de jejum (mg/dL)	80 - 130	90 - 150	100 - 180
Glicemia 2h pós prandial (mg/dL)	< 180	< 180	-
Glicemia ao deitar-se (mg/dL)	90 - 150	100 - 180	110 - 200

NOTAS:

- Pessoa idosa (≥ 60 anos) com poucas comorbidades crônicas, estado funcional e cognitivo preservado;
- Pessoa idosa (≥ 60 anos) com múltiplas comorbidades crônicas, comprometimento funcional leve a moderado, comprometimento cognitivo moderado;
- Pessoa idosa (≥ 60 anos) com doenças terminais como câncer metastático, insuficiência cardíaca (NYHA) classe IV, doença pulmonar crônica demandando oxigenioterapia, pacientes em diálise; comprometimento funcional e cognitivo grave.

Fonte: Quadro adaptado de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes¹⁴.

Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções para Diabetes Mellitus.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Dificuldade de enfrentamento (pessoa idosa com diabetes, cuidador ou família)	Aumento da Capacidade de Enfrentamento
Não adesão ao regime terapêutico	Adesão ao regime terapêutico
Adesão ao regime terapêutico	Melhoras nos resultados de saúde

Principais Intervenções de Enfermagem:

- Realizar uma avaliação clínica, funcional e social completa da pessoa idosa com diabetes, incluindo uma VD para avaliação do cuidador, da família e do ambiente, para auxiliar na identificação de possíveis causas das dificuldades de enfrentamento;
- Rastrear depressão, abuso de substância e qualidade do sono. Encaminhar a pessoa idosa e/ou cuidador para suporte psicológico, médico e assistência social, entre outros, para aconselhamento ou terapia;
- Encorajar verbalização de sentimentos, percepções e crenças e oferecer apoio emocional tanto para o paciente quanto para o cuidador ou família, ajudando-os a lidar com o estresse, ansiedade e preocupações associadas à condição crônica;
- Auxiliar na identificação e acesso a recursos de apoio e convívio social, encaminhando-o para assistente social, para grupos da própria unidade de saúde, programas comunitários, e de assistência a cuidadores no território;

- Fornecer informações claras e compreensíveis sobre o diabetes, incluindo os sintomas, complicações, e importância da adesão ao regime terapêutico;
- Ensinar e incentivar técnicas de enfrentamento saudáveis, como exercícios de relaxamento, meditação ou hobbies, para lidar com o estresse de forma construtiva;
- Identificar as razões específicas para a não adesão ao regime terapêutico, como falta de compreensão, falta de capacidade para autocuidado, falta de suporte social, efeitos colaterais dos medicamentos, esquecimento ou dificuldade de enfrentamento;
- Realizar um projeto terapêutico singular com a equipe e a pessoa idosa, cuidador e família para identificar situações de risco e soluções práticas para superar as barreiras à adesão, como ajustes no horário dos medicamentos, simplificação do regime medicamentoso, organização da rotina e encaminhamentos que forem necessários para outros profissionais e serviços;
- Envolver a família e cuidador no processo de cuidados, explicando a importância da adesão ao regime terapêutico e incentivando-os a apoiar e motivar o paciente;
- Oferecer orientação educativa individualizada sobre a importância do regime terapêutico;
- Demonstrar qualidade e quantidade da alimentação por meio da estratégia do prato saudável. Utilize uma figura com um prato dividido ao meio. Em uma das metades contendo verduras e legumes à vontade. Na outra metade porções de carboidratos e proteínas. Com relação a carboidratos, demonstrar que se deve escolher um tipo (ex., arroz ou macarrão ou batata). Deve conter um tipo de proteína animal (ex., ovo ou peixe ou frango) e de proteína vegetal (ex., feijão ou lentilha). Os alimentos não devem estar sobrepostos no prato;
- Estimular o aumento do consumo de líquidos e alimentos ricos em fibras;
- Estimular a redução de alimentos industrializados e açucarados;
- Incentivar manter-se ativo. Orientar os benefícios do acúmulo de 150 minutos semanal, seja com atividades ou exercícios físicos, segundo orientação médica ou de profissional especializado;
- Orientar e demonstrar a administração correta de medicamentos e insulina, bem como seu armazenamento e descarte;
- Orientar sobre o monitoramento da glicemia, com atenção para identificar as causas da hipoglicemia e da hiperglicemia e para orientações de correção e de emergência, conforme protocolo institucional e/ou de profissional especializado;
- Realizar a avaliação dos pés e a estratificação do risco de ulceração;

- Realizar orientações para o cuidado dos pés: checar os pés todos os dias, lavar os pés com água morna, secar o pé e entre os dedos, hidratar os pés com um creme de sua preferência mas não passe entre os dedos, cortar e lixar as unhas em linha reta, não retirar a cutícula, não andar descalço, utilizar calçados confortáveis e de sola firme, não utilizar chinelos de dedo e calçados de bico fino, se utilizar meias preferir aquelas sem costura e de algodão, se observar inchaço, bolhas, mudança de cor, coceira, manchas, ou lesões, procurar atendimento o mais rápido possível;
- Realizar avaliação bucal e orientações para higiene oral;
- Avaliar situação vacinal e orientar sobre a importância de manter atualização vacinal. Encaminhar para atualização vacinal em caso de atrasos;
- Realizar estratificação de risco cardiovascular;
- Identificar sinais e sintomas de alterações de complicações agudas ou crônicas (como disfunções sexuais, visuais, cardíacos e renais) e compartilhar dados identificados com a equipe para encaminhamentos necessários;
- Colaborar com o paciente e/ou cuidador para estabelecer metas realistas e alcançáveis relacionadas ao regime terapêutico, como metas de controle glicêmico ou de mudanças de hábitos e comportamentos;
- Realizar acompanhamento regular do paciente para monitorar e avaliar a adesão ao regime terapêutico, segundo metas glicêmicas claras e ajustadas a condição clínica da pessoa idosa;
- Reconhecer, apoiar e reforçar positivamente a pessoa idosa, cuidador e família por seus esforços na adesão ao regime terapêutico, celebrando pequenos sucessos e oferecendo incentivo para manter o compromisso com o tratamento;
- Fornecer educação e suporte contínuos sobre a importância da adesão ao regime terapêutico e os benefícios para a saúde a longo prazo, mantendo-os informados e motivados.

REFERÊNCIAS

1. Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23:3829–40.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023* [Internet]. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf
3. Bracco PA, Gregg EW, Rolka DB, Schmidt MI, Barreto SM, Lotufo PA, et al. Lifetime risk of developing diabetes and years of life lost among those with diabetes in Brazil. *J Glob Health*. 2021; 11:04041.
4. Lima-Costa MF, Mambrini JVM, Andrade FB, Souza PRB, Vasconcellos MTL, Neri AL, et al. Cohort Profile: The Brazilian Longitudinal Study of Ageing (ELSI-Brazil). *International Journal of Epidemiology*. 2023;52(1):e57–65.
5. Malta DC, Duncan BB, Schmidt MI, Machado ÍE, Silva AG da, Bernal RTI, et al. Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2019;22(supl2):E190006.
6. Malta DC, Bernal RTI, Sá ACMGN, Silva TMR, Iser BPM, Duncan BB, et al. Diabetes autorreferido e fatores associados na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27:2643–53.
7. Malta DC, Ribeiro EG, Gomes CS, Alves FTA, Stopa SR, Sardinha LMV, et al. Indicadores da linha de cuidado de pessoas com diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Epidemiol Serv Saúde*. 2022;31:e2021382.
8. Santos ESM dos, Máximo R de O, Andrade FB de, Oliveira C de, Lima-Costa MF, Alexandre T da S. Differences in the prevalence of prediabetes, undiagnosed diabetes and diagnosed diabetes and associated factors in cohorts of Brazilian and English older adults. *Public Health Nutrition*. 2021;24(13):4187–94.
9. Ogurtsova K, Guariguata L, Barengo NC, Ruiz PLD, Sacre JW, Karuranga S, et al. IDF diabetes Atlas: Global estimates of undiagnosed diabetes in adults for 2021. *Diabetes Res Clin Pract*. 2022;183:109118.
10. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract*. 2022;183:109119.

11. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. Tenth Edition; 2021 [cited 2023 May 18]. Available from: <https://diabetesatlas.org/>
12. Souza ALV, Moreira AD, Xavier ATF, Chaves FA, Torres HC, Hitchon MES, et al. Consulta de enfermagem no acompanhamento das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária em saúde. [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes.; 2022[cited 2023 May 18]. Available from: <https://diabetes.org.br/enfermagem/>
13. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – Update 2/2023. 2023 [cited 2024 Jan 8]; Available from: <https://diretriz.diabetes.org.br>
14. Moura F, Salles JEN, Valente F, Almeida-Pititto B de, Fonseca RMC, Cavalcanti S. Abordagem do paciente idoso com diabetes mellitus. In: Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes - Ed 2023 [Internet]. Sociedade Brasileira de Diabetes; 2022 [cited 2024 Apr 20]. Available from: <https://diretriz.diabetes.org.br/abordagem-do-paciente-idoso-com-diabetes-mellitus/>
15. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. Older Adults: Standards of Care in Diabetes—2023. Diabetes Care. 2022 Dec 12;46(Supplement_1):S216–29.
16. Qin W, Blanchette JE, Yoon M. Self-Efficacy and Diabetes Self-Management in Middle-Aged and Older Adults in the United States: A Systematic Review. Diabetes Spectrum. 2020;33(4):315–23.
17. Izquierdo V, Pazos-Couselo M, González-Rodríguez M, Rodríguez-González R. Educational programs in type 2 diabetes designed for community-dwelling older adults: A systematic review. Geriatric Nursing. 2022;46:157–65.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Diabetes Mellito tipo 2 [Internet]. 2024. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/RRPCDMD2_Final.pdf
19. Cuidando de Todos. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura da Cidade de São Paulo [Internet]. Prefeitura da Cidade de São Paulo; 2023 [cited 2024 Apr 23]. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=347315
20. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Linhas de Cuidado - Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no adulto [Internet]. [cited 2024 Apr 23]. Available from: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-\(DM2\)-no-adulto/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-(DM2)-no-adulto/)
21. São Paulo. Secretaria da Saúde. Secretaria-Executiva da Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas. Rizzo S, Almeida CC, Siqueira EP, editores. 1ª ed. São Paulo: SMS; 2023

3.11 Osteoporose (CIAP - L 95 Osteoporose)

A osteoporose é uma doença metabólica caracterizada pela diminuição da massa óssea e pela deterioração da sua microarquitetura, resultando em aumento da fragilidade óssea e suscetibilidade a fraturas. A osteoporose é a principal causa de fraturas na população acima de 50 anos. É uma doença silenciosa que afeta especialmente as mulheres na pós-menopausa e pessoas idosas, com elevada taxa de morbimortalidade¹⁻².

Estima-se que aproximadamente 50% das mulheres e 20% dos homens com idade igual ou superior a 50 anos sofrerão uma fratura osteoporótica ao longo da vida¹. Além das fraturas, as complicações clínicas da osteoporose incluem dor crônica, deformidade, redução da mobilidade, piora da qualidade de vida e aumento da mortalidade¹. A fratura de quadril é considerada a mais grave, com um aumento na taxa de mortalidade de 12% a 20% nos dois anos seguintes à fratura¹⁻². Entretanto, outras fraturas vertebrais e não vertebrais também podem ocorrer, trazendo limitações físicas e interferindo na qualidade de vida².

A presença de determinadas condições nas primeiras décadas de vida, com o potencial de interferir na saúde óssea, pode determinar o risco de osteoporose de um indivíduo. Durante o crescimento e desenvolvimento, o esqueleto passa por um processo complexo de formação e reabsorção óssea, que se inicia na vida fetal e continua até a fusão epifisária ao final da segunda década de vida, determinando a forma adulta dos ossos³⁻⁶.

A osteoporose pode ser classificada em primária ou secundária, conforme sua etiologia⁷. A forma primária, mais comum, é diagnosticada na ausência de doenças ou outras condições associadas à fragilidade óssea. Nesses casos, a perda de massa óssea é atribuída ao processo de envelhecimento ou pós-menopausa⁸. A osteoporose secundária deve ser considerada na presença de uma condição sabidamente associada à fragilidade óssea e corresponde a aproximadamente 30% dos casos em mulheres na pós-menopausa, 40% a 50% em mulheres na pré-menopausa e 50% a 55% em homens com diagnóstico de osteoporose⁷⁻¹⁰.

Avaliações regulares ajudam a identificar pacientes em risco de desenvolver osteoporose, levantamento do histórico clínico e um exame físico detalhado do paciente, a fim de identificar alguns fatores de risco. Os fatores de risco para osteoporose consistem em⁹⁻¹³:

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

- Fratura anterior causada por pequeno trauma;
- Baixa massa óssea;
- Idade avançada em ambos os sexos;
- História familiar de osteoporose ou fratura do colo do fêmur;
- Menopausa precoce (antes dos 40 anos) não tratada;
- Uso de corticoides em dose elevada (20mg/dia);
- Deficiência androgênica.

Todas as mulheres no período pós-menopausa que apresentem um ou mais fatores de risco ou que tenham idade superior a 65 anos, independente da presença de fatores de risco, devem ser investigadas. Ferramentas como a densitometria óssea (padrão ouro) e exames laboratoriais são utilizados para a detecção precoce, como também são cruciais para ajustar o tratamento conforme necessário (permitem avaliar a eficácia dos medicamentos e a evolução da densidade óssea do paciente)¹¹⁻¹⁴.

A realização de rastreamento populacional amplo e aleatório com densitometria óssea (DMO) não é preconizada pelo custo relativamente elevado. No entanto, o rastreamento para avaliar a DMO está indicado para todas as mulheres com idade ≥ 65 anos e homens ≥ 70 anos ou na presença de fatores de risco para osteoporose, como baixo peso, fratura prévia, uso de medicamentos ou presença de doenças que sabidamente afetam a saúde óssea^{11,16}. A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial, proporcionando um seguimento e PTS adequado com a e-Multi, bem como o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão aos profissionais da APS um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

Em mulheres com mais de 50 anos, é recomendado e seguro o consumo de até 1.200 mg de cálcio ao dia, preferencialmente por meio da dieta, especialmente com o consumo de leite e derivados. Quando há impossibilidade de fazê-lo por meio de fontes nutricionais, é recomendável a administração de suplementos de cálcio, com avaliação de riscos e benefícios. Apesar do uso complementar do cálcio e da vitamina D ser fundamental para a mineralização óssea adequada, não se recomenda o tratamento da osteoporose em pacientes na pós-menopausa exclusivamente com cálcio associado ou não com a vitamina D.

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

A necessidade diária de cálcio nas pessoas idosas é de 1.200 mg de cálcio por dia. Para mulheres com osteoporose é preconizado o consumo de 1.500mg ao dia, associados a 400-800 mg de vitamina D. A vitamina D pode ser adquirida por meio da alimentação e exposição ao sol, no mínimo 15 minutos, em horários e durante períodos adequados (início da manhã e final da tarde). Além da medicação prescrita pelos médicos¹¹⁻¹⁵.

O principal objetivo do seguimento e tratamento da pessoa com osteoporose é a prevenção das fraturas. A identificação dessa população de risco com intervenções precoces é de fundamental importância. Deve-se intervir sobre os fatores de risco que são modificáveis em especial nas mulheres na pós-menopausa, inclusive estímulo para a prática de atividade física, abandono do tabagismo, restrição de medicações sedativas e hipnóticas, bem como outros motivos que possam reduzir a massa óssea. A correção de déficits visuais e a implantação de medidas para minimizar o risco de quedas são de fundamental importância com enfoque multidisciplinar e PTS.

Quadro 1 - Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções para osteoporose em pessoas idosas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Falta de conhecimento sobre prevenção de queda	Aumento do conhecimento sobre prevenção de queda
Falta de conhecimento sobre regime dietético	Melhora do conhecimento sobre regime dietético
Não adesão ao regime de exercícios físicos	Adesão ao regime de exercícios físicos
Falta de conhecimento sobre a doença	Aumentar o conhecimento sobre a doença
Falta de adesão ao regime medicamentoso	Melhora da adesão ao regime medicamentoso
Presença de dor	Melhora da dor

Principais Intervenções de Enfermagem:

- Obter dados sobre conhecimento de risco de queda;
- Orientar sobre fatores de risco (tabagismo, etilismo, etc.) e gravidade das consequências das quedas em pessoas com osteoporose;
- Orientar prevenção de quedas;

- Fornecer orientação focada em consumo de alimentos ricos em cálcio somada à exposição solar adequada (pelo menos 20-30min antes das 10h ou após às 16h), destacando sua importância para a saúde óssea;
- Apoiar a capacidade de gerenciar o regime alimentar conforme necessidade diária;
- Encaminhar para avaliação nutricional segundo necessidade;
- Orientar sobre atividade física;
- Orientar sobre a osteoporose, esclarecendo dúvidas;
- Verificar a presença de fatores de risco e encaminhar para avaliação médica;
- Estimular participação em grupos de atividade física;
- Fornecer apoio contínuo e monitorização da adesão ao tratamento medicamentoso;
- Orientar sobre adesão ao tratamento medicamentoso (Ver item 3.14 do Capítulo 3);
- Avaliar a dor;
- Encaminhar para consulta médica;
- Encaminhar para atendimento com PICs em saúde;
- Discutir com a equipe a adequação do tratamento, e se necessário, encaminhar para o centro de referência de dor crônica.

REFERÊNCIAS

1. Radominski SC, Bernardo W, Paula AP de, Albergaria B-H, Moreira C, Fernandes CE, et al. Brazilian guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis. Rev Bras Reumatol [Internet]. 2017;57:s452–66. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.07.001>
2. Kanis J, Cooper C, Rizzoli R, Reginster J. On behalf of the Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis (ESCEO) and the Committees of Scientific Advisors and National Societies of the International Osteoporosis Foundation (IOF). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporos International. 2019;30:3-44.
3. Weaver CM, Gordon CM, Janz KF, Kalkwarf HJ, Lappe JM, Lewis R, et al. The National Osteoporosis Foundation's position statement on peak bone mass development and lifestyle factors: a systematic review and implementation recommendations. Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA. 2016;27(4):1281-386.

4. Sözen T, Özişik L, Başaran NÇ. An overview and management of osteoporosis. *Eur J Rheumatol*. 2017 Mar;4(1):46- 56. doi: 10.5152/eurjrheum.2016.048. Epub 2016 Dec 30. PMID: 28293453; PMCID: PMC5335887.
5. Pinheiro MM, Ciconelli RM, Martini LA, Ferraz MB. Clinical risk factors for osteoporotic fractures in Brazilian women and men: the Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). *Osteoporos Int*. 2009;20(3):399-408.
6. Domiciano DS, Machado LG, Lopes JB, Figueiredo CP, Caparbo VF, Takayama L, et al. Incidence and risk factors for osteoporotic vertebral fracture in low-income community-dwelling elderly: a population-based prospective cohort study in Brazil. The São Paulo Ageing & Health (SPAH) Study. *Osteoporos Int*. 2014;25(12):2805-15.
7. Lopes JB, Fung LK, Cha CC, Gabriel GM, Takayama L, Figueiredo CP, et al. The impact of asymptomatic vertebral fractures on quality of life in older community-dwelling women: the São Paulo Ageing & Health Study. *Clinics (Sao Paulo)*. 2012;67(12):1401-6.
8. Silva DMW, Lazaretti-Castro M, Freitas Zerbini CA, Szejnfeld VL, Eis SR, Borba VZC. Incidence and excess mortality of hip fractures in a predominantly Caucasian population in the South of Brazil. *Arch Osteoporos*. 2019;14(1):47.
9. Camacho PM, Petak SM, Binkley N, Diab DL, Eldeiry LS, Farooki A, et al. American association of clinical endocrinologists/american college of endocrinology clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis-2020 update executive summary. *Endocr Pract*. 2020;26(5):564-70.
10. Walker-Bone K. Recognizing and treating secondary osteoporosis. *Nat Rev Rheumatol*. 2012;8(8):480-92
11. International Society of Clinical Densitometry. (ISCD) Official Positions – Adult [Internet]. Disponível em <https://www.iscd.org/official-positions/2019-iscd-official-positions-adult>.
12. Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, Reginster JY, (IOF) SAB of the ES for C and EA of O (ESCEO) and the C of SA and NS of the IOF. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporosis International*. 2019;30:3–44.
13. Shoback D, Rosen CJ, Black DM, Cheung AM, Murad MH, Eastell R. Pharmacological management of osteoporosis in postmenopausal women: an endocrine society guideline update. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020;105(3):587–94.12
14. Farias LTM; Libório LCC; Clarêncio J. Osteoporose: Uma análise fisiopatológica voltada para os profissionais da enfermagem. *Revista Enfermagem Contemporânea*. v. 4, n. 2, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i2.646>.
15. NASCIMBENI, DM; MARCONDES, AL. O PAPEL DA ENFERMAGEM NA CONSCIENTIZAÇÃO E ASSISTÊNCIA E DA OSTEOPOROSE. 2021. Disponível em: <http://www.jornacitec.fatecbt.edu.br/index.php/XJTC/XJTC/paper/viewFile/2604/2984>
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS OSTEOPOROSE. 2023. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2023/portaria-conjunta-no-19-pcdt-osteoporose>

3.12 Adesão ao Tratamento Medicamentoso e Não Medicamentoso (CIAP - PS21 Problemas de Adesão/ 98- Medicina preventiva/manutenção da saúde)

Adesão ao Tratamento Medicamentoso

Frequentemente, as pessoas idosas são submetidas a diversos tratamentos envolvendo múltiplos profissionais, o que pode complicar o gerenciamento dos medicamentos prescritos. Diversos fatores podem influenciar a falta de adesão ao tratamento medicamentoso¹⁻²:

- Falta de apoio familiar;
- Limitações financeiras podem impedir a aquisição de medicamentos necessários;
- Gestão da medicação: pessoas idosas sem suporte familiar podem ter dificuldades em gerenciar seus medicamentos adequadamente;
- Distância e transporte: longas distâncias até unidades de saúde ou falta de transporte podem dificultar o acesso a cuidados em saúde;
- Relacionamento com profissionais de saúde: a falta de confiança no profissional de saúde interfere na adesão;
- Comunicação inadequada por parte dos profissionais de saúde;
- Complexidade dos serviços de saúde e seus fluxos para a pessoa idosa;
- Burocracia: processos complicados para obtenção de medicamentos, como burocracia ou necessidade de múltiplas consultas, podem desmotivar as pessoas idosas;
- Polifarmácia: uso de múltiplos medicamentos, no Brasil mais que 05 medicamentos, pode causar confusão e aumentar o risco de interações adversas;
- Esquemas terapêuticos complexos para a compreensão do idoso;
- Mudanças frequentes no tratamento;
- Alterações constantes nas prescrições: podem confundir a pessoa idosa e dificultar a adesão;
- Capacidade cognitiva: perda de memória ou demência pode afetar a lembrança e a compreensão das prescrições;
- Habilidades motoras: problemas como artrite, dificuldades motoras podem dificultar a manipulação de frascos de medicamentos;

- Condições sensoriais, como deficiências visuais ou auditivas geram dificuldades para ler rótulos e entender instruções;
- Baixo nível de letramento em saúde: pode levar a uma má compreensão das instruções médicas e de enfermagem;
- Depressão: pode levar à falta de motivação para seguir com os tratamentos;
- Ansiedade;
- Negação da doença ou rejeição do tratamento: idosos podem negar a gravidade ou até a existência de suas condições desfavoráveis de saúde;
- Crenças pessoais sobre medicamentos podem interferir na adesão dos medicamentos prescritos;
- Preferência por remédios naturais;
- Ambiente domiciliar desorganizado;
- Isolamento social;
- Efeitos colaterais podem interferir na adesão, mesmo que sejam efeitos colaterais esperados para aquele tipo de medicamento;
- Apresentação farmacêutica: tamanho e forma da medicação;
- Palatabilidade: medicamentos com sabor ruim podem ser evitados pelas pessoas idosas;
- Falta de clareza nas instruções: instruções pouco claras ou mal explicadas podem levar à má adesão;
- Diferenças de idioma: diferenças de idioma entre o paciente e o profissional de saúde podem causar mal-entendidos.
- Ressalta-se, também, a importância da promoção de ações de educação permanente para profissionais da equipe de enfermagem da UBS sobre estratégias para melhorar a adesão medicamentosa da pessoa idosa, bem como do envolvimento da e-Multi no tratamento e organização de atividades educativas em grupo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Não adesão ao regime medicamentos	Melhorar adesão ao regime medicamentoso
Adesão ao regime medicamentoso	Manter adesão ao regime medicamentoso

Principais intervenções de Enfermagem:

- Compreender os motivos da não adesão;
 - Reforçar a importância da adesão medicamentosa;
 - Promover práticas para adesão ao tratamento medicamentoso. São possibilidades³⁻⁷:
1. **Grupos educativos:** realizar grupos educativos sobre a importância da adesão ao tratamento e os efeitos dos medicamentos;
 2. **Materiais educativos:** fornecer folhetos, vídeos e outros materiais educativos adequados ao nível de letramento do usuário;
 3. **Revisão de Medicamentos:** participar junto à equipe de saúde para simplificação do regime medicamentoso;
 4. **Calendário de Medicamentos:** criar um calendário de medicamentos para ajudar a pessoa idosa a lembrar-se das doses;
 5. **Organização de Medicamentos:** orientar a organização dos medicamentos para facilitar a ingestão correta dos medicamentos;
 6. **Alarmes e Aplicativos:** orientar a utilização de alarmes, lembretes eletrônicos ou aplicativos de saúde para lembrar o usuário de tomar seus medicamentos;
 7. **Lembretes Visuais:** colocar lembretes visuais em locais estratégicos da casa;
 8. **Envolvimento da Família:** envolver a família no cuidado e na supervisão do regime medicamentoso;
 9. **Grupos de Apoio:** incentivar a participação em grupos de apoio para troca de experiências e suporte emocional;
 10. **Seguimento:** agendar consultas e/ou VD para monitorar a adesão e fornecer suporte adicional quando necessário;
 11. **Gerenciamento de Efeitos Colaterais:** monitorar e gerenciar os efeitos colaterais para minimizar o desconforto e aumentar a adesão;
 12. **Encaminhamentos:** oferecer encaminhamento para outros profissionais, quando necessário, para assistência médica, farmacêutica, psicológica ou do serviço social.

- Orientar sobre o fluxo da distribuição dos medicamentos pela farmácia da UBS e onde mais o idoso pode obter medicamentos que não estejam disponíveis na farmácia da UBS no momento;
- Conhecer a rotina de tomada de medicamentos da pessoa idosa, orientando estratégias para manutenção da adesão;
- Esclarecer dúvidas sobre a terapia medicamentosa, encaminhando para orientação farmacêutica se necessário;
- Reforçar a importância da adesão medicamentosa para o controle de doenças e a prevenção de complicações.

Adesão ao Tratamento Não Medicamentoso

O principal objetivo das abordagens não medicamentosas é reduzir doenças e mortes por meio de mudanças no hábito de vida. Essas mudanças incluem^{1-2;6;8}:

- Reeducação alimentar: adotar uma dieta equilibrada rica em frutas, verduras, fibras e com baixo teor de sódio e gorduras saturadas;
- Incentivo à prática de atividades físicas: encorajar a prática regular de exercícios físicos adaptados às capacidades e limitações individuais de cada idoso, como caminhadas, exercícios aquáticos e alongamentos;
- Controle do estresse e bem-estar mental: implementar técnicas de relaxamento, meditação, e atividades sociais que promovam a interação e o suporte emocional;
- Suporte Social: incentivar a participação em grupos comunitários, atividades recreativas e programas de voluntariado.

Práticas para Promover a Adesão ao Tratamento Não Medicamentoso

- Realizar sessões educativas para informar sobre os benefícios das mudanças no estilo de vida e tratamentos não medicamentosos;
- Utilizar materiais educativos como folhetos, vídeos e guias que expliquem as intervenções de forma clara e acessível;
- Desenvolver planos de tratamento que sejam personalizados para as necessidades, preferências e capacidades de cada idoso;
- Incentivar o apoio familiar e social;
- Envolver familiares no planejamento e execução das intervenções;

- Incentivar a participação do idoso em grupos de apoio e atividades comunitárias para aumentar a motivação e o suporte social;
- Adaptar o ambiente doméstico para facilitar a prática de atividades físicas e a adesão a dietas específicas;
- Facilitar o acesso a recursos necessários, como equipamentos de exercício, alimentos saudáveis e programas de atividade física;
- Estabelecer metas realistas e progressivas que possam ser alcançadas, mantendo o idoso motivado;
- Usar sistemas de recompensas e incentivos para encorajar a continuidade do tratamento;
- Realizar consultas de acompanhamento para monitorar o progresso e ajustar o plano conforme necessário;
- Fornecer feedback positivo e encorajamento durante o processo;
- Aplicar técnicas de entrevista motivacional para aumentar a motivação intrínseca do idoso;
- Desenvolver programas de exercícios adaptados às capacidades físicas do idoso;
- Promover aulas de exercícios em grupo para aumentar a adesão e o engajamento social;
- Criar planos alimentares que atendam às necessidades nutricionais e preferências alimentares do idoso;
- Oferecer aulas de culinária para ensinar como preparar refeições saudáveis e saborosas;
- Ensinar ou encaminhar para técnicas de relaxamento, como meditação, respiração profunda e yoga, desde que haja a formação adequada.
- Incentivar a participação em atividades recreativas e hobbies que o idoso goste;
- Utilizar aplicativos de saúde para monitorar atividades físicas, dieta e bem-estar emocional;
- Oferecer suporte emocional e psicológico para lidar com desafios e barreiras;
- Abordar condições de saúde mental, como depressão e ansiedade, que possam afetar a adesão.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de cuidados da pessoa idosa. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_cuidados_pessoa_idosa.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 91 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. ISBN 978-85-334-2648-1.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia de cuidados para a pessoa idosa [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. 164 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf. ISBN 978-65-5993-455-3.
4. De Freitas Lavor S, Alves da Silva AK, Gomes Rocha Cavalcante E, Pacheco Rodrigues MT, Bezerra Gomes E, de Oliveira CJ. Dificuldades dos idosos na adesão ao tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. Rev Enferm Atual In Derme [Internet]. 2024 Mar 23 [citado 2024 May 29];98(1). Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/2040>
5. Oliveira GL, Lula-Barros DS, Silva DLM, Leite SN. Fatores relacionados à adesão ao tratamento sob a perspectiva da pessoa idosa. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2020;23(4):e200160. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200160>
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
7. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014 Nov;11DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub4. Accessed on May 29, 2024.
8. São Paulo (cidade). Secretaria da Saúde. Manual de atenção à pessoa idosa. 2ª ed. São Paulo: SMS; 2016. 92 p. (Série Enfermagem).
9. Shahin W, Kennedy GA, Stupans I. The impact of personal and cultural beliefs on medication adherence of patients with chronic illnesses: a systematic review. Patient Prefer Adherence. 2019 Jul 1;13:1019-1035. doi: 10.2147/PPA.S212046. PMID: 31303749; PMCID: PMC6611718.
10. Silva WLF da, Gomes LC, Silvério MS, Cruz DT da. Fatores associados à não adesão à farmacoterapia em pessoas idosas na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão sistemática. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2021;24(4):e210156. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210156>
11. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Diário Oficial da União. 2024 Jan 23; Seção 1:74. Available from: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cofen-n-736-de-17-de-janeiro-de-2024-539060363>

3.13 Saúde Sexual

3.13.1 Sexualidade

A sexualidade é uma dimensão fundamental da experiência humana, englobando aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais que se expressam ao longo de toda a vida. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a sexualidade humana envolve sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade se manifesta e é vivida por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Nem sempre todas elas são vivenciadas ou expressas pelas pessoas. A sexualidade é multidimensional, envolvendo fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais¹.

Para as pessoas idosas, a sexualidade permanece uma parte integral da qualidade de vida e do bem-estar geral²⁻³. Embora possa haver mudanças físicas e hormonais associadas ao envelhecimento, a necessidade de intimidade, amor e conexão emocional permanece uma necessidade humana básica. Muitas pessoas idosas continuam a ter relações sexuais, embora a frequência e as formas de expressão sexual possam mudar, com necessidades de adaptações de suas atividades sexuais para acomodar mudanças relacionadas ao envelhecimento e ao uso de medicamentos⁴. Além dos aspectos fisiológicos relacionados ao envelhecimento, pode haver um processo de redefinição da sexualidade, podendo estar mais ligada ao companheirismo, respeito, intimidade emocional, e ter menos foco na atividade sexual em si⁵.

Promover a saúde sexual das pessoas idosas exige uma abordagem positiva e respeitosa em relação à diversidade das vivências no que tange a sexualidade e aos relacionamentos sexuais, além de possibilitar experiências sexuais seguras e prazerosas, sem coerção, discriminação e violência, garantindo os direitos sexuais⁶.

A sexualidade das pessoas idosas é frequentemente cercada por tabus e preconceitos. Muitas vezes, assume-se de maneira equivocada que as pessoas idosas não têm mais interesse ou capacidade para a atividade sexual¹⁻³. Instituições como família, sociedade e igreja influenciam na maneira como a sexualidade é vivida, podendo ser considerada como algo impuro e relacionada exclusivamente à reprodução, e não ao prazer⁷. Há uma invisibilidade do tema tanto na sociedade quanto nos serviços de saúde, resultando em falta de informação, vergonha e preconceito para abordar o tema com profissionais de saúde. Mitos e estereótipos podem levar à negligência da saúde sexual das pessoas idosas e à falta de suporte adequado para questões relacionadas à sexualidade e queixas sexuais⁸.

A assistência de enfermagem na APS desempenha um papel crucial na promoção da saúde sexual entre as pessoas idosas⁷. A abordagem das questões da sexualidade deve ser realizada com sensibilidade e sem preconceitos, considerando as especificidades de diferentes grupos sociais, incluindo as questões étnico-raciais, de gênero atribuído ao nascimento, identidade de gênero e orientação sexual, reconhecendo que as pessoas idosas podem ter experiências e necessidades diversas. A maneira como a sexualidade é expressa e percebida pode variar entre os grupos raciais por experiências de discriminação racial ao longo da vida que podem impactar a autoestima e a autopercepção sexual, além de diferenças em normas e expectativas culturais relacionadas à sexualidade. No contexto das questões étnico-raciais, é importante reconhecer que as populações negras e indígenas podem enfrentar barreiras adicionais ao acesso a cuidados e informações de saúde sexual de qualidade.

Expectativas em relação aos papéis de gênero podem continuar a influenciar a vivência da sexualidade na velhice. Mulheres idosas podem enfrentar estereótipos sobre a diminuição da sexualidade com a idade, enquanto homens idosos podem sentir pressão para manter a virilidade³⁻⁴. Alterações físicas devido a questões hormonais nas mulheres são mais perceptíveis do que nos homens, o que pode afetar a autoimagem e a autoestima das mulheres no contexto de uma sociedade que impõe padrões de beleza jovial⁹.

Pessoas idosas LGBTQIA+ podem enfrentar desafios específicos, preconceito e estigma na sociedade e nos serviços de saúde que dificultam o acesso a cuidados de saúde adequados. Frequentemente sofrem pelos estigmas e atitudes cis heteronormativas por parte da sociedade e de profissionais de saúde, contribuindo para o isolamento e a invisibilidade dessas identidades, afetando a forma como expressam sua sexualidade na velhice. Pessoas que passaram por transições de gênero podem necessitar de cuidados especializados devido ao impacto de hormonização e ou cirurgias¹⁰⁻¹¹.

A SMS/SP disponibiliza materiais de apoio e protocolo, para o cuidado integral à saúde de pessoas trans, travestis ou com vivências de variabilidade de gênero para os profissionais da saúde (Link: https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/291627)

Assim, a assistência de enfermagem a pessoas idosas no contexto da APS deve incorporar uma perspectiva interseccional, reconhecendo que as experiências das pessoas idosas são influenciadas por múltiplos sistemas de opressão associadas à suas identidades sociais, incluindo raça, gênero, orientação sexual, classe socioeconômica e outras dimensões¹². Considerar essas intersecções são cruciais para oferecer um cuidado holístico e equitativo, pois permite que os profissionais de enfermagem compreendam e atendam às complexas necessidades dos indivíduos de forma mais eficaz. A prática da enfermagem, portanto, deve ser capaz de identificar e desafiar as desigualdades estruturais, promovendo uma assistência que valoriza a diversidade, promova a justiça social na saúde e a qualidade de vida da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva: World Health Organization; 2006. Disponível em: <https://www.cesas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf> Acesso em 24 de maio de 2024.
2. Vasconcelos P, Paúl C, Serruya SJ, Ponce de León RG, Nobre P. A systematic review of sexual health and subjective well-being in older age groups. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e179. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.179>.
3. Souza Júnior EV, Souza CS, Silva Filho BF, Siqueira LR, Silva CS, Sawada NO. Sexual function positively correlated with older adults' sexuality and quality of life. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022;75:e20210939. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0939>.
4. Souza Júnior EV, Santos BF, Souza DF, Sampaio VP, Balbinote FS, Sawada NO. Diagnósticos de enfermagem relacionados à sexualidade de idosos: Contribuições para a prática. *Enfermería Actual de Costa Rica* [Internet]. 2021 Dec [cited 2024 May 26];(41):47073. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682021000200009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i41.44087>.
5. Lima CFM, Caldas CP, Santos I, Trotte LAC, Silva BMC. Therapeutic nursing care: transition in sexuality of the elderly caregiving spouse. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(4):673-81. [Thematic Edition "Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing"] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0256>.
6. Organização Mundial da Saúde. Saúde sexual, direitos humanos e a lei [e-book]. Porto Alegre: UFRGS; 2020. 88 p.: il. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175556/9786586232363-por.pdf?sequence=8&isAllowed=y> Acesso em 24 de maio de 2024.
7. Souza CL, Gomes VS, Silva RL, Silva ES, Alves JP, Santos NR, et al. Aging, sexuality and nursing care: the elderly woman's look. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019;72:71-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0015>.
8. Evangelista AR, Moreira ACA, Freitas CASL, Val DR, Diniz JL, Azevedo SGV. Sexualidade de idosos: conhecimento/atitude de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2019;53:e03482. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018018103482>.
9. Fin TC, Portella MR, Scortegagna SA. Velhice e beleza corporal das idosas: conversa entre mulheres. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(1):77-87.
10. Espinola IER, et al. Envelhecimento e vulnerabilidade: perspectivas das pessoas idosas LGBTQIA+. *Rev Rene*. 2023;24:e83200. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522023000100312&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 24 de maio de 2024. Epub 05-Jun-2023. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20232483200>.
11. Paiva EF, et al. Conhecimento e prática de enfermeiros da Atenção Primária sobre gênero e assistência às pessoas LGBTQIA+. *Rev Rene*. 2023;24:e83152. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522023000100311&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 de maio de 2024. Epub 05-Jun-2023. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20232483152>.
12. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. 1989. Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?Article=1052&context=uclf> Acesso em: 10 junho de 2024.

3.13.2 Queixas sexuais

Durante a consulta de enfermagem, os aspectos da saúde sexual da pessoa idosa devem ser abordados. Na avaliação devem ser coletados dados subjetivos relacionados à sexualidade, estimulando a pessoa idosa a relatar questões que podem interferir na sua vida sexual. Devido aos tabus e preconceitos, muitas vezes a pessoa idosa pode vir com alguma queixa no aparelho reprodutor, sem menção direta à sexualidade¹. É importante que o(a) enfermeiro(a) estabeleça uma comunicação efetiva, com perguntas abertas, sem normatizações sociais, sem julgamentos e com atenção à comunicação não-verbal.

Devem ser avaliados dados subjetivos como:

- Pensamentos e afetos relacionados à sexualidade
- Práticas afetivas e sexuais
- Histórico de situações de violência (presente ou passada)
- Presença de educação sexual prévia rígida
- Presença de preconceito, sentimentos de vergonha, ou medo
- Conflitos pessoais relacionados à aceitação da identidade de gênero e orientação sexual
- Tipo e qualidade da relação conjugal e outros relacionamentos
- Intimidade e diálogo na relação
- Conflitos conjugais
- Experiência sexual prévia
- Presença de processos de demência do(a) cônjuge

Alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento interferem nas práticas sexuais de pessoas idosas. Comparado ao adulto jovem, a pessoa idosa tem uma maior necessidade de tempo para atingir a excitação sexual e completá-la, sendo maior também seu período de latência para uma nova excitação. No homem ocorre a diminuição parcial da tumescência peniana, mas ainda suficiente para uma relação sexual satisfatória; assim como há uma diminuição da quantidade de sêmen ejaculado e a força com que ele é expelido. Na mulher, após a menopausa, tanto pode ocorrer a diminuição da libido quanto à exacerbação dela, por não mais haver o desconforto relacionado aos períodos menstruais e nem o medo de uma gravidez indesejada. Além disso, também há diminuição da lubrificação vaginal².

Embora a frequência e a intensidade da atividade sexual possam mudar ao longo da vida, problemas na capacidade de desfrutar prazer na relação sexual não devem ser considerados como parte normal do envelhecimento. Ao mesmo tempo, é importante evitar a medicalização da sexualidade, que tende a restringir sua expressão à performance sexual, sem levar em conta aspectos como o desejo, o compartilhamento e a produção do prazer¹.

Na presença de queixas sexuais, é necessário compreender como a pessoa responde às diferentes fases do ciclo de resposta sexual, incluindo desejo, excitação, orgasmo e resolução. Essas fases se retroalimentam, e é possível que a excitação ocorra antes do desejo¹. As queixas sexuais podem ser influenciadas por fatores fisiológicos, psicológicos e sociais, e frequentemente se manifestam de maneiras distintas entre as pessoas dos diferentes gêneros. Elas podem acarretar consequências negativas na percepção de saúde, na qualidade de vida e nos relacionamentos afetivos daqueles que a experienciam^{2,3}.

No Brasil, de acordo com o Estudo Brasileiro de Comportamento Sexual de 2006, 49% das 1.219 mulheres entrevistadas relataram pelo menos um tipo de disfunção sexual, sendo o distúrbio de interesse sexual o mais comum (49%). Além disso, 26,7% das mulheres relataram dor durante a relação sexual, 23,1% relataram disfunção orgásmica⁴. Já a disfunção erétil, caracterizada pela incapacidade de obter e manter a ereção peniana suficiente para uma relação sexual satisfatória, acomete 45% da população maior de 18 anos, aumentando o risco conforme a idade⁴.

A identificação e cuidado das queixas e disfunções sexuais, que podem incluir disfunção erétil, disfunção orgástica, dor sexual, entre outras, deve ser integrada à assistência de enfermagem na APS, respeitando a diversidade étnico-racial, de gênero e de orientações sexuais. As disfunções sexuais são comuns entre pessoas idosas e podem resultar de uma variedade de fatores, incluindo mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento, doenças crônicas, medicamentos e fatores psicossociais.

Quadro 1 - Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções para queixas sexuais na pessoa idosa.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Comportamento Sexual, Problemático	Comportamento Sexual, Eficaz
Desempenho Sexual, Prejudicado	Funcionamento Sexual, Eficaz
Falta de Conhecimento sobre Comportamento Sexual	Conhecimento sobre Comportamento Sexual

Principais intervenções de Enfermagem:

- Estabelecer vínculo e confiança para proporcionar um ambiente seguro, facilitando a expressão de medos, inseguranças, e questões relacionadas à diversidade de gênero e sexualidade;
- Obter dados sobre comportamento sexual;
- Orientação a respeito das alterações esperadas na sexualidade da pessoa idosa, considerando aspectos cultural, sociais, biológicos, mitos, tabus e a diversidade;
- Apoio na comunicação de sentimentos e emoções;
- Apoio na busca por práticas sexuais que proporcionam prazer e satisfação;
- Orientação a respeito dos efeitos dos medicamentos na atividade sexual;
- Orientação sobre riscos relacionados à automedicação, orientando sempre procurar um(a) profissional de saúde quando apresentar alguma alteração que cause angústia ou desconforto;
- Orientação da importância do uso de preservativo;
- Orientação prática segura sexual com o uso de lubrificantes à base de água;
- Orientação sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST);
- Orientação sobre higienização das partes íntimas;
- Realização de campanhas sobre IST que incluam a população idosa;
- Incluir a pessoa idosa na testagem de HIV e Hepatites;
- Elaboração de estratégias de educação em saúde específicas para a população idosa na comunidade, a fim de criar um espaço para promoção de comunicação e diálogo aberto a respeito das diversas maneiras de se viver a sexualidade, respeitando a diversidade de raça, gênero, orientação sexual, entre outros;
- Identificar questões relativas à autoimagem, autoestima, imagem corporal, estigmas e tabus que interferem na sexualidade;
- Apresentar grupos educativo-assistenciais da UBS, fazendo indicação segundo o caso;
- Discutir o caso com a e-Multi quando necessário;
- Elaborar Projeto Terapêutico Singular com a pessoa idosa quando necessário;
- Acompanhar e monitorar comportamento e desempenho sexual.

3.13.3 Disfunção Erétil (CIAP - Y07 Impotência NE)

As principais causas orgânicas da disfunção erétil estão relacionadas a doenças crônicas que possam causar a diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo, como as doenças cardiovasculares (aterosclerose, insuficiência vascular), ou comprometer a inervação do pênis (neuropatia diabética, esclerose múltipla, traumatismo medular), além de alterações hormonais (hipogonadismo, hipotireoidismo e outros), efeitos colaterais de medicamentos e procedimentos médicos, como a Prostatectomia radical. As principais drogas associadas à disfunção erétil são o álcool, os opioides, os benzodiazepínicos, os antidepressivos, os neurolépticos, os anti-hipertensivos e o cetoconazol^{5,6}.

As principais causas psicogênicas incluem ansiedade de desempenho (preocupação exacerbada em desempenhar todas as fases do ciclo sexual), fatores sociais relacionados ao ato sexual (problemas na relação com parceiro ou parceira; conflitos relacionados à orientação sexual, histórico de violência, entre outros), além de transtornos psiquiátricos (depressão e ansiedade)¹. O efeito adverso mais comum dos antidepressivos é a diminuição da libido e o retardo na ejaculação. Priapismo é um efeito adverso possível, porém não é comum.

As intervenções de enfermagem vão depender da avaliação de enfermagem.

Quadro 1 - Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções para disfunção erétil na pessoa idosa.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Comportamento Sexual, Problemático	Comportamento Sexual, Eficaz
Desempenho Sexual, Prejudicado	Funcionamento Sexual, Eficaz
Falta de Conhecimento sobre Comportamento Sexual	Conhecimento sobre Comportamento Sexual

Principais Intervenções de Enfermagem:

- Estabelecer vínculo e confiança, a fim de proporcionar um ambiente seguro para a verbalização de medos e inseguranças;
- Obter Dados sobre Comportamento Sexual;
- Orientar sobre Comportamento Sexual;

- Aconselhar sobre Comportamento Sexual;
- Gerenciar Comportamento Sexual, Inapropriado;
- Orientar sobre as mudanças nas respostas fisiológicas relacionadas à sexualidade;
- Orientar sobre a importância de aderir ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, pois o descontrole crônico da pressão não apenas acarretaria aterosclerose (e consequente disfunção erétil de tratamento mais difícil), como outros graves riscos à saúde;
- Orientar sobre os efeitos da cirurgia de prostatectomia total na atividade sexual;
- Orientar a respeito de fatores causais orgânicos e psicológicos da disfunção erétil, assim como fatores sociais como estresse e adoecimento;
- Orientar sobre os efeitos da cirurgia de prostatectomia total na atividade sexual;
- Orientação a respeito dos efeitos adversos do tratamento medicamentoso para disfunção erétil, como sildenafil, vardenafila e a tadalafila: devido à sua ação vasodilatadora e hipotensora, que aumentam o risco de queda, cefaleia, hiperemia facial, turvação visual, vômitos e diarreia.

3.13.4 Dispareunia (CIAP - X04 Relação sexual dolorosa na mulher)

Trata-se da dor genital à penetração e pode estar relacionada fatores psicológicos, físicos, comportamentais e sociais, como a prática sexual sem consentimento da mulher (estupro). As queixas podem variar desde sensação de secura e estreitamento, irritação e queimação vaginal durante a penetração, pequenos sangramentos e queixas de dor durante as relações sexuais na fase da pós-menopausa.

Na anamnese o(a) enfermeiro(a) deve sempre investigar aspectos relacionados à vida afetiva, história de vida sexual, além de sinais de violência psíquica, física ou sexual⁷. Em relação aos fatores orgânicos, pode haver a redução da lubrificação vaginal, a flacidez vaginal (perda de firmeza e elasticidade dos músculos e tecidos do assoalho pélvico), ou a atrofia vaginal. Além disso, pode estar associada a doenças ginecológicas (doença inflamatória pélvica, dermatites, infecções, vaginite atrófica, entre outras),

As intervenções de enfermagem vão depender da avaliação de enfermagem.

Quadro 1 - Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções para Dispareunia na pessoa idosa.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Comportamento Sexual, Problemático	Comportamento Sexual, Eficaz
Desempenho Sexual, Prejudicado	Funcionamento Sexual, Eficaz
Sobrecarga de Estresse	Estresse, Diminuído
Falta de Conhecimento sobre Comportamento Sexual	Conhecimento sobre Comportamento Sexual

Principais Intervenções de Enfermagem:

- Estabelecer vínculo e confiança, a fim de proporcionar um ambiente seguro para a verbalização de medos e inseguranças e possíveis situações de violência;
- Obter Dados sobre Comportamento Sexual;
- Orientar sobre Comportamento Sexual;
- Gerenciar Comportamento Sexual, Inapropriado;
- Indicar uso de lubrificantes à base de água;
- Orientar quanto ao uso de hormônios tópicos, quando prescrito pelo médico;
- Orientar busca por novas práticas eróticas ou sexuais que não causem dor;
- Obter Dados sobre Nível de Estresse;
- Orientar sobre Manejo (Controle) do Estresse, reduzindo fatores estressantes (como pressão ou ansiedade para atingir o orgasmo);
- Orientar a respeito de fatores causais orgânicos e psicológicos da dispareunia;
- Orientar a respeito das mudanças na atividade sexual no processo de envelhecimento;

REFERÊNCIAS

1. Gusso G, et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2 ed. 2019.
2. Souza Júnior EV, Santos BF, Souza DF, Sampaio VP, Balbinote FS, Sawada NO. Diagnósticos de enfermagem relacionados à sexualidade de idosos: Contribuições para a prática. Enfermería Actual de Costa Rica [Internet]. 2021 Dec [cited 2024 May 26];(41):47073. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682021000200009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i41.44087>.
3. Lima CFM, Caldas CP, Santos I, Trotte LAC, Silva BMC. Therapeutic nursing care: transition in sexuality of the elderly caregiving spouse. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(4):673-81. [Thematic Edition “Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing”] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0256>.
4. Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). Int J Impot Res. 2004 Apr;16(2):160-6. doi: 10.1038/sj.ijir.3901198. PMID: 14961047.
5. Sarris AB, Nakamura MC, Fernandes LG, Staichak RL, Pupulim AF, Sobreiro BP. Fisiopatologia, avaliação e tratamento da disfunção erétil: artigo de revisão. Revista De Medicina. 2016;95(1):18-29. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v95i1p18-29>.
6. Gomes CRG, Eduardo AHA, Mosteiro-Diaz MP, Pérez-Paniagua J, Napoleão AA. Intervenções de enfermagem para incontinência urinária e disfunção sexual após prostatectomia radical. Acta Paul Enferm [Internet]. 2019 Jan;32(1):106-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900015>.
7. Pontes BF, Quitete JB, Moniz MA, Silva MT, Silveira SSD, Silva BMS, Souza BG. Vulnerabilidades relacionadas à saúde sexual de mulheres atendidas em um consultório de enfermagem. Enferm Foco. 2024;15:e-202414.

CAPÍTULO 4 - VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS (CIAP -Z25 ATO OU ACONTECIMENTO VIOLENTO)

A violência contra pessoas idosas é um fenômeno cada vez mais frequente e se desenvolve, principalmente, nas relações sociais e interpessoais, perpassando todas as classes sociais. Como as vítimas, em geral, estão em situação de vulnerabilidade, esse tipo de violência vem associada com relações de poder, acarretando adversidades tanto na esfera social e psicológica, quanto econômica, e, portanto, constitui um problema de saúde pública.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) – 2002: “A violência contra a pessoa idosa se define como qualquer ato, único ou repetitivo, ou omissão, que ocorra em qualquer relação supostamente de confiança, que cause dano ou incômodo à pessoa idosa”.

Minayo amplia a definição da OMS e assim define a violência a pessoa idosa:

“A violência à pessoa idosa pode ser definida como ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional das pessoas desse grupo etário e impedindo o desempenho de seu papel social. A violência acontece como uma quebra de expectativa positiva dos idosos em relação às pessoas e instituições que os cercam (filhos, cônjuge, parentes, cuidadores e sociedade em geral)”.

O Estatuto do Idoso, promulgado pela lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, descreve a violência contra o idoso como qualquer ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico, e apresenta: Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária.

4.1 Como identificar violência contra pessoas idosas

TIPO DE VIOLÊNCIA	O QUE SE ENTENDE?	PRINCIPAIS SINAIS
Violência Física	Ocorre quando uma pessoa, que está em relação de poder desigual em relação a outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso de força física ou de algum tipo de arma que pode causar ou provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Segundo concepções mais recentes, o castigo repetido, não severo, também se considera violência física.	• Cortes; • Manchas escuras; • Queimaduras; • Feridas no corpo; • Feridas não tratadas; • Membros quebrados ou acidentados; • Diminuição da capacidade cognitiva e física.

Negligência e Abandono	É a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. O abandono é uma forma de negligência extrema.	• Sinais de desidratação e/ou desnutrição; • Ausência de higiene corporal e/ou residencial; • Sonolência constante (pode ser sinal da toma excessiva de medicamentos); • Geladeira vazia e alimentos estragados; • Consultas médicas esquecidas e/ou não agendadas.
Violência Psicológica e Oral	É toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.	• O idoso parece ter medo dos seus cuidadores, não os quer 'chatear'; • Deixa de conversar como antes; • Apresenta sinais de depressão, nervosismo e ansiedade; • As visitas passam a serem feitas exclusivamente na presença do seu cuidador.
Violência Sexual	É qualquer ação na qual uma pessoa valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou de armas ou drogas obriga a pessoa ao ato sexual. Atenção! Também pode ser o ato de submeter alguém, sob guarda, poder ou autoridade, com emprego de força ou grave ameaça, provocando intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo. Incluem-se como violência sexual, assédio sexual, sexo forçado, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas.	• O idoso tem medo de ser tocado, despido, não quer tomar banho; • Manchas escuras na zona de peito/seios; • Infecções genitais recorrentes; • Aparecimento de doenças sexualmente transmissíveis e/ou IST/HIV.

Violência Financeira/Econômica/Patrimonial	É o ato de violência que implica dano, perda, subtração, desnutrição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa atendida/vítima. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar. Interdição de pessoa idosa sem perda de autonomia e/ou independência.	• Desaparecimento inexplicado de bens valiosos; • Inclusão inesperada de nomes às contas e cartões bancários do idoso; • Uso excessivo de empréstimos bancários.
Violência Medicamentosa/Intoxicação Exógena	É administração dos medicamentos por familiares, cuidadores e até mesmo profissionais, de forma indevida, aumentando ou diminuindo dosagens e/ou intervalos ou mesmo excluindo medicamentos prescritos.	
Autonegligência	Diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesmos.	Um dos primeiros sinais de autonegligência é a atitude de se isolar, de não sair de casa e de se recusar a tomar banho, de não se alimentar direito e de não tomar os medicamentos, manifestando clara ou indiretamente a vontade de morrer; Frequentemente atitudes de autodestruição estão associadas a processos de desvalorização que a pessoa idosa e a negligências, abandono e maus tratos de que a vítima necessita.
Idadismo, Etarismo Ou Ageísmo	É o preconceito em relação à velhice e às pessoas mais velhas. Mitos, estereótipos e preconceitos resultam de falsas crenças a respeito da capacidade, competência e da produtividade das pessoas idosas e sua consequência é a discriminação.	

De acordo com os números do relatório (IPEA), divulgado em 2019, a negligência é o tipo de violência contra o idoso mais comum, representando 41% do total das denúncias. Após ela, as principais violações sofridas por idosos são: a violência psicológica, com 24% das denúncias; o abuso financeiro, com 20%; a violência física, com 12% e a violência institucional, com 2%.

4.2 Rede de cuidado à violência contra pessoa idosa

Para atender às pessoas em situação de violência é necessária uma forte e qualificada Rede de Cuidados, na SMS essas ações são desenvolvidas pelos Núcleos de Prevenção à Violência (NPV), é esta equipe que deve organizar o acolhimento e o tratamento qualificado às pessoas em situação de violência.

O NPV foi instituído por meio da Portaria 1.300/2015, essa equipe deve estar constituída em todos os equipamentos de saúde da Rede Municipal. Deve desenvolver ações no sentido de minimizar o impacto da violência sobre a vida dos indivíduos, famílias e comunidade. Devem estar articulados com outras unidades de saúde em uma Rede Integral de Cuidados proposta pela SMS, e com articulação junto a outras secretarias municipais e sistema de justiça.

É fundamental o esforço conjunto para desenvolver projetos de promoção da saúde que ajudem as pessoas em situação de violência a assumirem o papel de protagonistas em suas vidas.

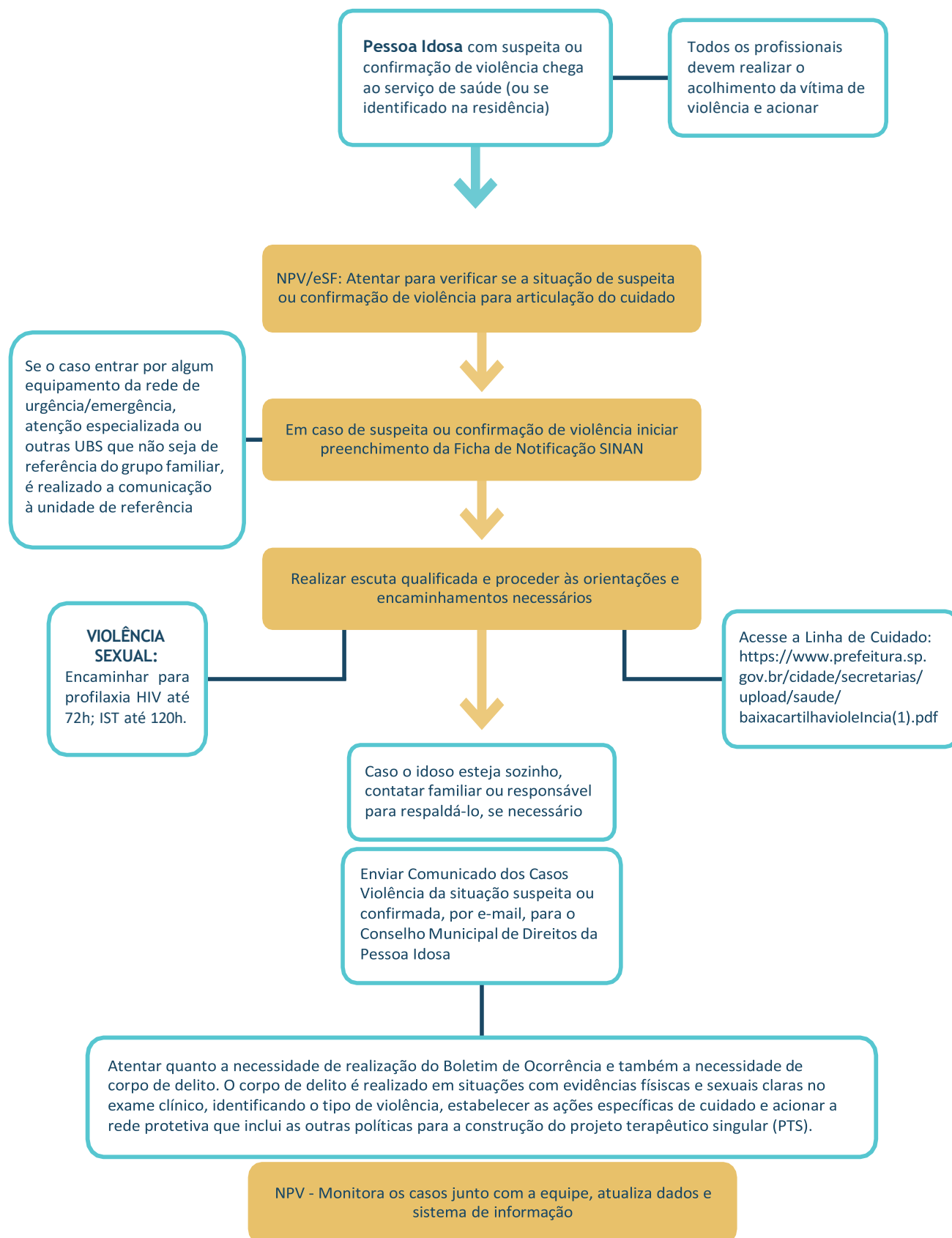
Atendimento:

Para que a violência possa ser rompida é necessário empoderar a pessoa idosa e buscar construir uma postura saudável de cuidado com pessoas da rede de apoio. A comunicação com a pessoa idosa é um elemento essencial na identificação de violências e no atendimento a essa população vítima de violência. Esse contato não deve conter inferências as perguntas formuladas, pressão para que a pessoa responda ao profissional, julgamentos e culpabilização das vítimas. Por outro lado, os elementos que devem ser considerados neste atendimento são: adaptação da linguagem ao nível cultural do sujeito, escolha de um ambiente seguro e privado e demonstração de empatia à pessoa idosa.

Fatores de risco

- Coabitação;
- Dependência financeira entre o idoso e os demais membros da família;
- Uso abusivo de álcool e outras drogas no ambiente familiar;
- Situações em que a família ou o cuidador tende a se isolar socialmente;
- O cuidador ou o idoso sofre de depressão ou qualquer tipo de doença mental ou psiquiátrica;
- Pouca comunicação e os laços afetivos da família ou do cuidador com o idoso são frouxos;
- Histórico prévio de violência na família ou o cuidador foi vítima de violência por parte do idoso.

4.3 FLUXO DE ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE VIOLÊNCIA

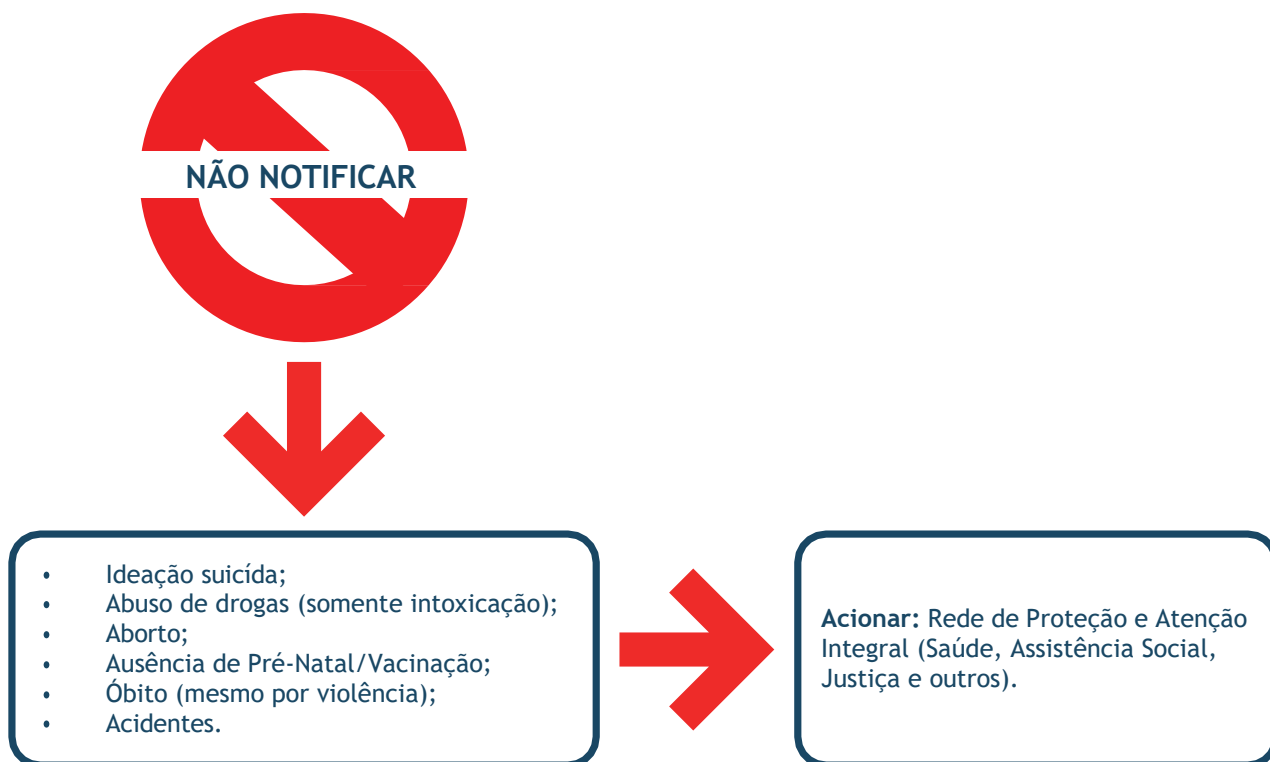


Notificação:

Em toda suspeita ou confirmação de violência é realizado o preenchimento da ficha de notificação SINAN. É fundamental destacar que a notificação de violência é um instrumento da saúde e não deve ser associado como um meio de denúncia. Assim, a ficha de notificação não deve ser encaminhada para outros órgãos/setores que não seja da saúde.

A Portaria GM/MS Nº 5201, de 15 de agosto de 2024 atualiza a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Todos os estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, devem fazer a notificação de violência no atendimento de um caso suspeito ou confirmado de violência. Os profissionais da saúde precisam preencher a ficha de notificação individual de violência e depois encaminhar essa ficha preenchida com todas as informações solicitadas para a Unidade de Vigilância em Saúde - UVIS da sua região para digitação no SINAN. A violência sexual e a tentativa de suicídio devem ser notificadas e comunicadas às UVIS em até 24 horas para garantia da assistência de saúde e comunicação aos órgãos competentes (Direitos Humanos, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública e outros).

Segundo pactuação feita especificamente para o MSP, todas as situações de violência serão notificadas, mesmo aquelas ocorridas em homens de 20 a 59 anos, não importando sua orientação sexual, identidade de gênero ou grupo étnico. Importante ressaltar que a notificação de violência tem como objetivo identificar situações de violência de caráter intencional que impactam na saúde da população.



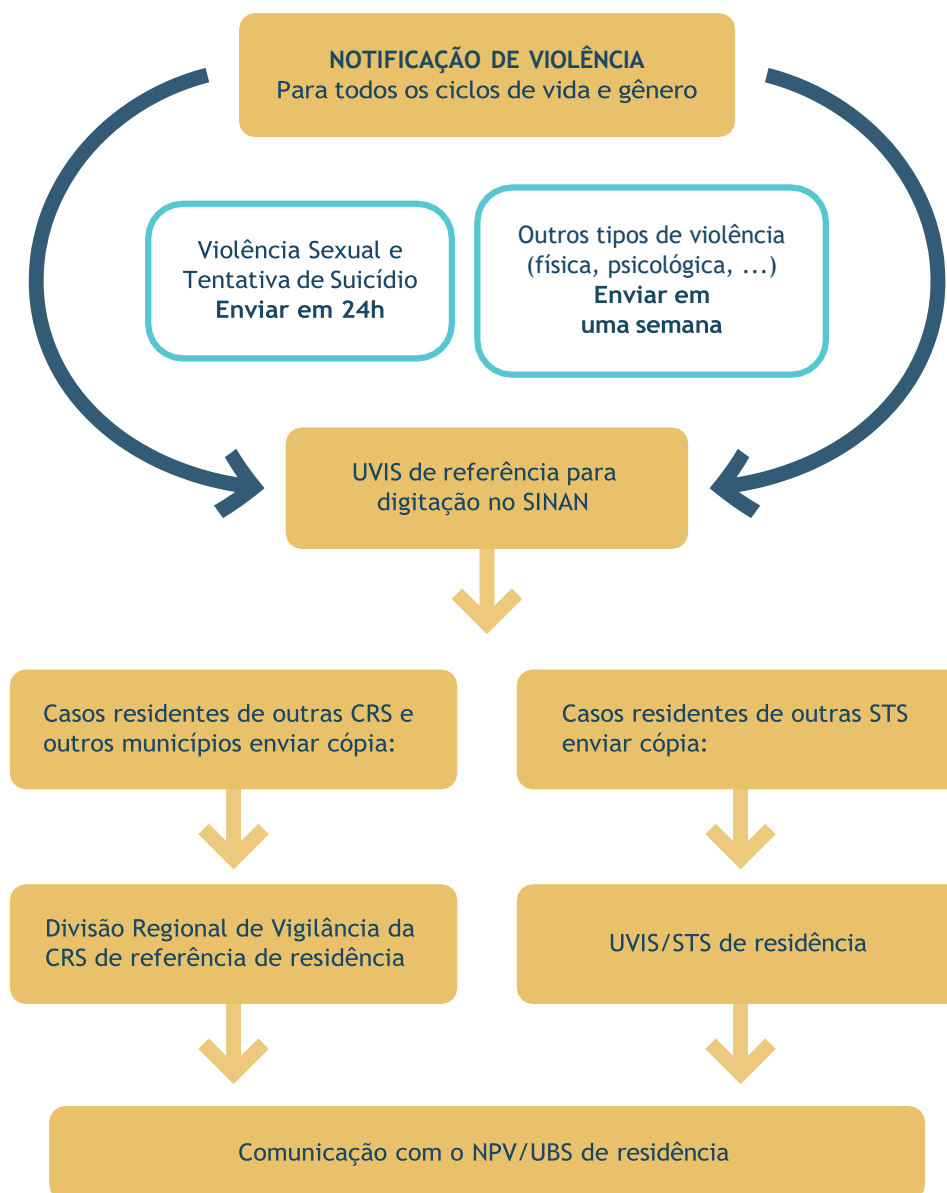
A notificação não substitui os encaminhamentos necessários à atenção e proteção do caso, que difere de acordo com o tipo de violência, gravidade, risco e vulnerabilidade.

Em caso de violência contra idosos, comunicar o Grande Conselho do Idoso conforme Lei Municipal nº 13.642/2003. Não enviar cópia da ficha de notificação, mas um relatório detalhado do caso.

Há alguns pontos relevantes a serem abordados para melhor completude e coesão das informações no preenchimento da ficha:

- Se um evento envolver mais de uma vítima, para cada uma delas deverá ser preenchida uma ficha de notificação individual, com numeração SINAN diferente uma da outra;
- Se o paciente vier encaminhado de outro serviço, verificar se já foi feita a notificação da violência atendida. Caso não consiga verificar e confirmar, deve-se realizar a notificação;
- Para melhor preenchimento da ficha é importante colher todas as informações com a pessoa que sofreu violência e respeitar os campos que são auto declarados, como raça/cor, orientação sexual e identidade de gênero;
- Para pessoas em situação de rua, colocar o código 333 no campo logradouro e escrever um ponto de referência para melhor localização;
- O Nome Social é aquele pelo qual travestis e transexuais se reconhecem, bem como são identificados(as) por sua comunidade e em seu meio social;
- Para casos crônicos, com um mesmo tipo de violência e meio de agressão, realiza-se somente uma notificação de violência e assinala o campo 53 (sim, ocorreu outras vezes);
- Importante o preenchimento do campo 55 e esse deve ser respondido pela vítima;
- No campo Tipo de Violência, somente um tipo deve ser assinalado. Deve ser colocado a violência mais relevante. As outras violências presentes devem ser descritas no campo de observações adicionais;
- Em casos de violência autoprovocada, preencher os campos 53 e 56 sendo que no tipo de violência deve-se assinalar outros e inserir o código 777 para tentativa de suicídio e 555 para automutilação;
- Se a tentativa de suicídio tiver um agente tóxico como meio de agressão, deve-se realizar a notificação de violência e a notificação de intoxicação exógena com número SINAN diferente uma da outra;
- Todos os casos notificados de violência sexual com estupro devem ter os campos das profilaxias preenchidos, conforme recomendação;
- A violência sexual que não for classificada como Assédio sexual, Estupro, Pornografia infantil ou Exploração Sexual deve ser assinalada em Outros e especificada como “Importunação Sexual”;
- Importante utilizar o campo observações adicionais para escrever informações que não foram contempladas nos campos na ficha.

4.4 FLUXO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA



Quadro 1 - Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções sobre violência contra a pessoa idosa.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Risco de Violência	Prevenção de violência
Presença de violência	Violência interrompida
Resposta Pós-Trauma	Capaz de Ajustar-se

Principais Intervenções de Enfermagem:

- Identificar e registrar fatores de risco;
- Estabelecer relação de confiança, mantendo a privacidade e dignidade da pessoa idosa;
- Acionar o NPV para cuidado integral;
- Realizar notificação compulsória de caso suspeito e encaminhar à unidade de vigilância em saúde;
- Realizar os encaminhamentos necessários segundo o tipo de violência, de acordo com o fluxo da SMS/SP (Figura 1);
- Orientar a pessoa idosa e sua família sobre os direitos e fornecer informações sobre redes de apoio e proteção social;
- Identificar e registrar sinais de violência;
- Prover escuta terapêutica, vínculo e acolhimento;
- Realizar notificação compulsória de caso confirmado e encaminhar à unidade de vigilância em saúde;
- Aconselhar sobre medos;
- Encorajar afirmações positivas;
- Estabelecer confiança;
- Obter dados sobre apoio social;
- Obter dados sobre autoeficácia;
- Obter dados sobre enfrentamento;
- Promover apoio social.

REFERÊNCIAS

1. Silva SPC e, Lima AAR de, Maciel MJ de L, Vasconcelos ECFR de, Silva MMC e, Matos KKC. Violência na velhice: representações sociais elaboradas por pessoas idosas. Esc Anna Nery [Internet]. 2023;27:e20220169. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0169pt>
2. Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=277142

CAPÍTULO 5 - CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos são oferecidos pela Atenção Primária à Saúde (APS) e pelos Serviços de Atenção Domiciliar vinculados ao Programa Melhor em Casa. Essa abordagem é reconhecida pelos pacientes como parte essencial do seu contexto de vida, representado pelo domicílio. A modalidade de Atenção Domiciliar cria um ambiente propício para a inserção dos cuidados paliativos, com a APS desempenhando um papel central na organização e coordenação desse cuidado integral.

A APS é composta por ações de saúde voltadas a indivíduos, famílias e comunidades, abrangendo promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, vigilância em saúde e também cuidados paliativos. Essas ações são realizadas por equipes multiprofissionais e integram práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, sendo direcionadas a populações em territórios definidos, sobre os quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Já no Programa Melhor em Casa, os cuidados paliativos são ofertados pelas Equipes Multiprofissionais da Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio. Em ambas as modalidades temos a presença do profissional Enfermeiro compondo as equipes multiprofissionais¹.

Os cuidados paliativos têm papel essencial na melhoria da qualidade de vida de pacientes, cuidadores e familiares. Derivado do conceito de “paliar”, que significa aliviar, suavizar e proteger, essa abordagem busca identificar, prevenir e aliviar o sofrimento de forma precoce.

Os cuidados paliativos vão além do contexto hospitalar ou dos momentos finais de vida. Sua integração em toda a Rede de Atenção à Saúde, desde a Atenção Primária, por meio de equipes interdisciplinares, possibilita a identificação precoce das pessoas que necessitam de suporte, garantindo um cuidado contínuo, humanizado e centrado nas necessidades individuais.

Devem ser iniciados com os primeiros sinais de uma doença que ameaça a vida, em conjunto com tratamentos destinados a modificar o curso da enfermidade. O objetivo é oferecer suporte integral, voltado não apenas para a cura, mas também para o bem-estar físico, emocional e social do paciente e de sua família².

No acompanhamento de pessoas com condições que ameaçam a continuidade da vida, é fundamental compreender que os cuidados paliativos não se limitam ao diagnóstico ou à doença, mas consideram as necessidades individuais e subjetivas de cada pessoa.

Os cuidados paliativos abrangem ações e serviços de saúde que visam aliviar dores, sofrimento e outros sintomas em pessoas com condições de saúde que ameaçam ou limitam a vida. Essas ações, no contexto do sistema público de saúde, incluem estratégias preventivas e terapêuticas direcionadas tanto ao paciente quanto aos familiares e cuidadores³.

São princípios fundamentais dos cuidados paliativos:

- Valorização da vida e aceitação da morte como processo natural;
- Respeito às crenças, valores e práticas culturais da pessoa assistida;
- Garantia de autonomia na tomada de decisões, com atenção especial a crianças e pessoas sob curatela, em conformidade com a legislação vigente;
- Oferta de cuidados paliativos ao longo de todo o ciclo de vida, para qualquer condição clínica que ameace a vida;
- Integração precoce dos cuidados paliativos ao tratamento curativo, quando apropriado;
- Busca por compreender e manejar situações clínicas desafiadoras, promovendo alívio do sofrimento;
- Promoção de qualidade de vida, considerando dimensões física, emocional, espiritual e social;
- Respeito ao curso natural das doenças, sem aceleração do óbito ou prolongamento artificial do processo de morrer;
- Cuidado centrado nas necessidades do paciente e de sua família, incluindo acolhimento no processo de luto;
- Atuação de equipes multiprofissionais para abordagem integral e interdisciplinar;
- Comunicação empática e clara com pacientes, familiares e cuidadores;
- Respeito às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), garantindo a consideração das preferências do paciente.

São dimensões do sofrimento humano nos cuidados paliativos:

- **Física:** Controle de sintomas como dor, náusea, dispneia e desconforto. Intervenções farmacológicas e não farmacológicas para conforto;
- **Psicoemocional:** Suporte psicológico e emocional contínuo e humanizado. Comunicação empática para reduzir sofrimento emocional;
- **Espiritual:** Atendimento às necessidades espirituais e existenciais. Suporte religioso ou espiritual conforme as crenças do paciente;
- **Social:** Promoção da interação e inclusão social. Garantia de recursos para qualidade de vida e autonomia.

Para identificar o paciente que necessita de cuidados paliativo há necessidade de seguir os seguintes passos⁴

1. Utilizar a Pergunta Surpresa como ferramenta e triagem inicial:

- **Objetivo:** Determinar a gravidade e o prognóstico do paciente;
- **Pergunta:** “Você ficaria surpreso se este paciente falecesse nos próximos 12 meses?”.

Interpretação:

- Respostas negativas sugerem maior probabilidade de morte ou de declínio funcional no período;
- Indica necessidade de iniciar discussões sobre prognóstico e planejamento antecipado de cuidados;

2. Ferramenta SPICT-BR™ (Supportive and Palliative Care Indicators Tool):

- **Objetivo:** Identificar sinais de piora da saúde e condições avançadas.

Critérios:

- Dois ou mais indicadores gerais (ex.: hospitalizações frequentes, perda de peso, fraqueza);
 - Pelo menos um indicador clínico específico (ex.: dispneia em insuficiência cardíaca, dificuldade de deglutição em doenças neurológicas).
3. Análise da Trajetória da Doença: avaliação das trajetórias clínicas ajuda a prever necessidades e adaptar os cuidados paliativos:
- **Trajetória 1:** Doenças crônicas com exacerbações, como insuficiência cardíaca e DPOC, com risco de morte súbita;
 - **Trajetória 2:** Pacientes com câncer que apresentam declínio rápido próximo ao óbito;
 - **Trajetória 3:** Doenças neurodegenerativas, como Alzheimer ou ELA, caracterizadas por deterioração progressiva e imprevisível.
4. Avaliação Funcional:
- **Ferramenta:** Palliative Performance Scale (PPS);
 - **Objetivo:** Medir parâmetros funcionais como:
 - Mobilidade;
 - Atividade da doença;
 - Autocuidado;
 - Nível de consciência.

5. Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD):

- **Objetivo:** Avaliar a necessidade e complexidade do cuidado, determinando se o paciente é elegível para Atenção Domiciliar (AD) e para a inclusão em programas como o Melhor em Casa.

Após a identificação das necessidades em cuidados paliativos, são ofertadas as seguintes ações sequenciais: classificação da fase dos cuidados paliativos, avaliação multidimensional, abordagem integral, práticas integrativas e complementares, capacitação do cuidador, manejo de sintomas, plano terapêutico singular, conferência familiar, plano avançado ou antecipado de cuidados, matriciamento, e medidas relacionadas ao fim de vida e ao luto.

A unidade de cuidado é representada pelo paciente, família e cuidador. A avaliação deve incluir elementos que permitam compreender sua identidade, preferências e dificuldades. Deve abordar cuidados de higiene, cuidados com a pele, feridas e sintomas, além de fornecer orientações claras para familiares e pacientes. A avaliação deve garantir manejo seguro, eficaz e efetivo das necessidades do paciente, com foco no controle de sintomas⁵.

Joyce Travelbee, enfermeira e teórica da enfermagem, desenvolveu o modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa, enfatizando que o enfermeiro, ao avaliar e cuidar do paciente, deve ser capaz de identificar e responder às necessidades emocionais, espirituais e psicológicas, além das físicas.

Incorporar os princípios de empatia e compaixão nas práticas de cuidado não apenas melhora a experiência do paciente, mas também contribui para um ambiente de saúde mais acolhedor e sensível às diversas dimensões do ser humano⁶.

São atribuições dos enfermeiros nos cuidados paliativos na RAS:

- **Avaliação abrangente:** Identificar necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais;
- **Elaboração de plano de cuidados:** Planejar cuidados integrados à RAS de forma contínua;
- **Controle de sintomas:** Intervir oportunamente para promover conforto e qualidade de vida;
- **Escuta ativa:** Reconhecer e atender necessidades espirituais e emocionais;
- **Comunicação aberta:** Facilitar a troca de informações sobre condições, cuidados e expectativas;

- **Decisão compartilhada:** Apoiar o registro das preferências do paciente, respeitando legislações vigentes;
- **Protocolos de comunicação:** Garantir respeito à autodeterminação e direitos do paciente, acionando comitês de bioética quando necessário;
- **Assistência no luto:** Oferecer suporte aos familiares durante e após o processo de luto.

As competências centrais em cuidados paliativos abrangem diversas dimensões fundamentais para a assistência integral e humanizada do Enfermeiro⁷:

- **Cuidados integrados e personalizados:** Garantir cuidados no ambiente mais adequado, respeitando as escolhas do paciente e adaptando-se ao contexto familiar e cultural, com foco na qualidade de vida;
- **Alívio do sofrimento físico:** Prevenir e tratar sintomas, promovendo o conforto e oferecendo cuidados de excelência durante todo o processo de doença e no final da vida;
- **Apoio psicológico:** Reconhecer e lidar com as emoções do paciente e da família, promovendo estratégias de enfrentamento e oferecendo suporte emocional contínuo;
- **Suporte social:** Auxiliar nas necessidades sociais e práticas do paciente e da família, como direitos, benefícios e questões relacionadas ao convívio social;
- **Apoio espiritual:** Respeitar e apoiar as necessidades espirituais do paciente, oferecendo um ambiente acolhedor para a expressão de crenças religiosas ou existenciais;
- **Apoio aos cuidadores:** Identificar sobrecargas e fornecer suporte para os cuidadores familiares, além de oferecer estratégias para lidar com o estresse e conflitos familiares;
- **Aspectos éticos:** Abordar dilemas éticos, respeitando a autonomia do paciente e promovendo práticas que alinhem valores culturais e decisões de cuidado;
- **Coordenação e trabalho em equipe:** Assegurar a continuidade e a integração dos cuidados, trabalhando de forma colaborativa entre diferentes profissionais e serviços.

REFERÊNCIAS

1. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Diretrizes da Atenção Básica. São Paulo, 2022. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/DIRETRIZES_CAB_novembro_2022.pdf.
2. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Diretrizes da Atenção Básica. São Paulo, 2024. Disponível em: Cuidados Paliativos - Secretaria Municipal da Saúde - Prefeitura.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 set. 2024.
4. DIB, K. M.; GARCIA, R. R. Diretriz Técnica de Cuidados Paliativos na Atenção Domiciliar (livro eletrônico): Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. São Paulo: 2024. ISBN: 978-65-01-15126-7. Disponível em: https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/2diretriz_cuidados_paliativos_set2024-pdf
5. ANGELA, M. F.; FRANCK, E. M. Avaliação de enfermagem em cuidados paliativos. In: Manual residência de cuidados paliativos: abordagem multidisciplinar. 2. ed. São Paulo: Manole, 2022.
6. PAROLA, V. et al. Teoria de Travelbee: Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa – adequação à enfermagem em contexto de cuidados paliativos. Revista de Enfermagem Referência, p. 1-7, 2020.
7. ENCARNAÇÃO, P. et al. Competências centrais em cuidados paliativos: Um guia orientador da EAPC sobre educação em cuidados paliativos: parte 1. 2013.

CAPÍTULO 6 - TECNOLOGIAS PARA O CUIDADO

6.1 Imunizações (CIAP - A98 Medicina preventiva/manutenção da saúde)



A vacinação é uma das intervenções mais eficazes para proteger a saúde de maneira individual e coletiva. A pessoa idosa se torna naturalmente mais vulnerável a infecções causadas por vírus e bactérias. As vacinas estimulam o sistema imunológico a produzir anticorpos, desta forma é fundamental manter a imunização das pessoas idosas em dia, não apenas para prevenir doenças, como também para evitar a evolução de casos graves.

O Programa Municipal de Imunização (PMI) é orientado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) e preconiza como esquema básico de vacinação para pessoas idosas as vacinas contra Influenza, Pneumo, Hepatite B, Dupla adulto (difteria e tétano) – dT, Febre Amarela - FA e Covid-19.3-9. As informações e orientações sobre o calendário municipal de vacinação para maiores de 60 anos estão disponíveis nos links:

https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/vacinacao/360658#IDOSOS

https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/coronavirus/307599

Quadro 1 - Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções para vacinação de pessoas idosas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Adesão a regime de imunização	Adesão ao regime de imunização eficaz
Não adesão ao Regime de imunização	Não adesão ao regime de imunização interrompida

Principais Intervenções de Enfermagem:

- Reforçar a importância da situação vacinal atualizada;
- Esclarecer possíveis dúvidas sobre imunização;
- Compreender o comportamento de hesitação vacinal;
- Esclarecer os benefícios da imunização;
- Verificar o registro da situação vacinal e oferecer as vacinas pendentes;
- Incentivar a adesão ao sistema de imunização;
- Estimular a rede apoio (familiar, cuidador, comunidade) da pessoa idosa nas questões de imunização.

REFERÊNCIAS

1. Resolução da Organização das Nações Unidas (ONU) nº 45/106, de 14 de dezembro de 1990, e como “Dia Nacional do Idoso” pela Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006.
2. Tábua completa de mortalidade para o Brasil [: análises e tabelas], <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101981.pdf>, 2024.
3. World Health Organization = Organisation mondiale de la Santé. (2022). Weekly Epidemiological Record, 2022, 97 (20), 209 - 224.
4. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Calendário de Vacinação para Idosos. https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/vacinacao/360658
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação – 2024 [Internet]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-calendarionacional-de-vacinacao-2024.pdf/>
6. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm). Vacinação do Idoso.
7. Calendário Nacional de Vacinação, disponível pelo link <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendariotecnico>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis [Internet]. 4th ed. Brasília: DF: Ministério da Saúde; 2024. 340
9. Programa Municipal de Imunização - PMI https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/vacinacao/360658

6.2 Atividade Física (CIAP - A98 Medicina preventiva/manutenção da saúde/ D28 Limitação funcional/incapacidade)



Um número crescente de evidências científicas aponta que a participação de pessoas idosas em programas de atividade física e/ou de exercícios físicos pode auxiliar na prevenção e no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), bem como na manutenção da capacidade funcional, o que inclui maior independência nas atividades de autocuidado e na mobilidade, e redução do risco de quedas entre outros benefícios¹⁻².

Verifica-se que as pessoas idosas fisicamente ativas apresentam uma maior aptidão física que está associada à diminuição do risco de depressão e ansiedade, e à melhora da percepção de bem-estar, da autoestima e da autoeficácia. Os mecanismos de como esses benefícios acontecem incluem o aumento das redes sociais, a geração de emoções positivas e a redução da solidão, muitas vezes decorrente da perda de entes queridos³.

Apesar do avanço quanto ao incentivo à prática de atividade física em nosso país⁴, muitas pessoas idosas passam a maior parte do dia em atividades que envolvem comportamento sedentário, ou seja, o tempo de permanência sentado, deitado ou reclinado em ambientes ocupacionais, educacionais, domésticos, comunitários e de transporte. Esse tipo de comportamento está associado a uma série de DCNT, ao declínio cognitivo, à demência, dentre outros fatores que interferem na capacidade de realizar atividades de vida diária com independência e autonomia⁵⁻⁷.

O tempo de exposição ao comportamento sedentário pode ser reduzido por meio de orientações sobre a importância de um estilo de vida fisicamente ativo no cotidiano da pessoa idosa, bem como do estímulo para a inserção desse público em espaços de convivência, que promovam a saúde e o bem-estar por meio da atividade física e/ou do exercício físico⁸⁻⁹.

6.2.1 Definições de Termos

Atividade Física (AF)

É considerada um comportamento e definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético, não requerendo ou implicando em qualquer aspecto específico ou qualidade de movimento, englobando todos os tipos (como caminhar, correr, nadar, pedalar, entre outros), intensidades (variando de comportamento sedentário a esforço muito elevado ou máximo) e domínios (como o ocupacional, de transporte, domiciliar e de lazer)^{1,10-11}.

Exercício Físico (EF)

É uma subcategoria da AF com conotação intencional e define-se como movimento corporal planejado, estruturado e repetitivo que visa melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física, desempenho físico ou saúde, requerendo a indicação de elementos que o especifiquem, descritos como componentes de sua prescrição (tipo, duração, frequência, intensidade e progressão), para pessoas de diferentes faixas etárias, capacidade funcional e a presença ou não de patologias. Sua orientação é realizada por profissionais de Educação Física^{10-11,4}.

Aptidão Física (APF)

APF é referida como a capacidade de realizar tarefas diárias com vigor e demonstrar traços e características associados com baixo risco de desenvolvimento prematuro de doenças relacionadas ao comportamento sedentário, sendo aspecto fundamental na capacidade de um indivíduo na realização das atividades diárias rotineiras e importante fator na perspectiva da Saúde Pública^{1,10-11}.

6.2.2 Recomendações Gerais para a Prática da Atividade Física

Para a atuação do(a) enfermeiro(a) na promoção da saúde, bem-estar e de modos de vida fisicamente ativos, em parceria com profissionais da equipe multiprofissional (e-Multi), que orientam a prática de AF, cabe destacar as recomendações atuais para a realização de AF em base regular, buscando-se benefícios à saúde física e mental da pessoa idosa^{4,12}.

Segundo o Guia de Atividade Física para a População Brasileira, a pessoa idosa deverá praticar pelo menos 150 minutos semanais de AF de intensidade moderada (são aquelas que fazem a pessoa respirar mais rápido que o normal e aumentam moderadamente os batimentos do coração), ou se preferir AF de intensidade vigorosa

(atividades que exigem um grande esforço físico, fazem a pessoa respirar muito mais rápido que o normal e aumentam muito os batimentos do coração), pelo menos 75 minutos semanais. Também é possível alcançar a quantidade recomendada de AF semanal com a combinação equivalente entre as intensidades moderada e elevada. A inclusão de atividades de fortalecimento muscular também é recomendada em pelo menos dois dias por semana⁴.

O(a) enfermeiro(a) deve apresentar à pessoa idosa os grupos de AF orientada da Unidade Básica de Saúde (UBS), bem como as atividades ofertadas nos polos do Programa Academia da Saúde do município de São Paulo (Link: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=325543).

Também, cabe lembrar que esse público pode praticar AF em quatro domínios da sua vida:

- No tempo livre: fazer atividade física e/ou exercício físico com os(as) amigos(as), com a família ou sozinho(a), optando por atividades que lhe proporcione prazer e bem-estar;
- No deslocamento: realizar as atividades externas a pé ou de bicicleta, sempre que possível. Esses deslocamentos podem ser realizados na ida e volta ao mercado, farmácia, UBS, igrejas ou templos religiosos, casa de amigos(as) ou familiares, entre outros, de forma segura e agradável.

Quadro 1 - Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções na prática de atividade física pela pessoa idosa.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Adesão ao Regime de Exercício Físico	Adesão ao Regime de Exercício Físico eficaz
Não adesão ao regime de exercício físico	Não adesão ao regime de exercício físico interrompida

Principais Intervenções e Enfermagem:

- Orientar o(a) usuário(a) quanto à prática do Exercício Físico:
 1. Somente se exercitar quando sentir bem-estar físico;
 2. Usar roupas e calçados adequados;
 3. Usar meias limpas e macias, de preferência as de algodão;
 4. Não se exercitar em jejum;

5. Respeitar os limites pessoais;
 6. Interromper a atividade em caso de dor ou desconforto;
 7. Evitar extremos de temperatura e umidade;
 8. Iniciar a prática de forma lenta e gradualmente progredir a intensidade;
 9. Manter a hidratação adequada durante e após a prática.
- Aconselhar sobre a continuidade da prática de exercício físico;
 - Aconselhar sobre os benefícios de exercícios físicos na prevenção e no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis e na manutenção da capacidade funcional;
 - Estimular a prática do Exercício Físico.

REFERÊNCIAS

1. Izquierdo M, Merchant RA, Morley JE, Anker SD, Aprahamian I, Arai H, et al. International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. *J Nutr Health Aging*. 2021;25(7):824-853. doi: 10.1007/s12603-021.
2. Syue SH, Yang HF, Wang CW, Hung SY, Lee PH, Fan SY. The Associations between Physical Activity, Functional Fitness, and Life Satisfaction among Community-Dwelling Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 30;19(13):8043. doi: 10.3390/ijerph19138043.
3. Peixoto EV. Exercício Físico: Compreendendo as Razões para Prática e seus Desfechos Psicológicos Positivos. *Aval. psicol*. 2021 Mar; 20(1): 52-60. doi: 10.15689/ap.2021.2001.18940.06.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/quia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf. Acesso em: 19 abr. 2024.
5. Niklasson J, Fagerström C, Bergman P, Lindberg T, Backåberg S. The meaning of sedentary behavior among older adults: a phenomenological hermeneutic study. *BMC Public Health*. 2023 Jun 13;23(1):1134. doi: 10.1186/s12889-023-16052-5.
6. Nogueira G, Fidelix YL, Nascimento Junior JRA do, Oliveira DV de. Physical Activity and Sedentary Behavior as Predictors of Fear of Falling and Risk of Sarcopenia in Older Adults. *Fisioter mov* [Internet]. 2023; 36:e36118. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/fm.2023.36118.0>. Acesso em: 15 abr. 2024.
7. Saunders TJ, Mclsaac T, Douillette K, Gaulton N, Hunter S, Rhodes RE, et al. Sedentary behaviour and health in adults: an overview of systematic reviews. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2020 Oct;45(10 (Suppl. 2)):S197-S217. doi: 10.1139/apnm-2020-0272.
8. Collado-Mateo D, Lavín-Pérez AM, Peñacoba C, Del Coso J, Leyton-Román M, Luque-Casado A. Key Factors Associated with Adherence to Physical Exercise in Patients with

Chronic Diseases and Older Adults: An Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 19;18(4):2023. doi: 10.3390/ijerph18042023.

9. Lima AP, Giacomazzi RB, Scortegagna HM, Portella MR. Grupo de convivência para idosos: o papel do profissional de educação física e as motivações para adesão à prática de atividade física. *Rev. bras. ciênc. Esporte*. 2020; 2:e2018:1-8, 2020. doi: 10.1016/j.rbce.2019.02.001.

10. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985 Mar-Apr;100(2):126-31.

11. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc*. 2011 Jul;43(7):1334-59. doi: 10.1249/MSS.0b013e318213feb.

12. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240015128>. Acesso em: 09 abr. 2024.

6.3 Desenvolvimento de Trabalho em grupo



O trabalho em grupo possibilita a ampliação do vínculo entre os profissionais e a pessoa idosa. Incentivar a participação de usuários(as) em atividades em grupo é uma estratégia eficaz para promover um envelhecimento saudável e ativo. Essas atividades não apenas melhoram a saúde física e mental, mas também fortalecem os laços sociais, essenciais para o bem-estar geral das pessoas idosas⁸⁻⁹. Para evitar erros no trabalho em grupo, é importante que os profissionais que conduzem atividades estejam bem treinados e sensibilizados para as necessidades e capacidades dessa população. Isso inclui uma abordagem ética, comunicação participativa, supervisão constante e adaptação contínua das atividades.

As atividades em grupo são importantes para pessoas idosas por vários motivos que abrangem aspectos físicos, mentais e sociais de sua saúde e bem-estar¹⁻². Destacamos alguns pontos-chave sobre a importância dessas atividades, considerando o perfil da população idosa territorial:

Socialização e Combate à Solidão	A participação em atividades em grupo proporciona oportunidades para socialização, o que pode ajudar a combater a solidão e o isolamento social, comuns entre idosos. Manter um círculo social ativo pode melhorar o humor e a qualidade de vida.
Estímulo Mental	Engajar-se em atividades em grupo, como jogos de tabuleiro, aulas de artesanato ou clubes de leitura, pode ajudar a manter a mente ativa e prevenir o declínio cognitivo. Essas atividades incentivam o aprendizado contínuo e a troca de conhecimento.
Benefícios Físicos	Muitas atividades em grupo envolvem algum nível de atividade física, como aulas de dança, caminhadas em grupo ou exercícios leves. Isso ajuda a manter a mobilidade, melhorar a força muscular e a coordenação, além de contribuir para a saúde cardiovascular.
Suporte Emocional	Grupos de atividades proporcionam um ambiente onde os idosos podem compartilhar suas experiências e sentimentos. Isso pode criar uma rede de apoio emocional, onde eles se sentem compreendidos e apoiados por seus pares.

Melhoria da Qualidade de Vida	Participar regularmente de atividades em grupo pode aumentar o senso de propósito e pertencimento. Isso é fundamental para a autoestima e para a percepção de que ainda são capazes de contribuir e participar ativamente na sociedade.
Prevenção de Doenças	A interação social e a atividade física, ambas promovidas por atividades em grupo, têm sido associadas à redução do risco de várias doenças, incluindo depressão, demência e doenças cardiovasculares.

É importante que os profissionais envolvidos na elaboração dos grupos para as pessoas idosas estabeleçam alguns objetivos a serem alcançados²⁻³, como:

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

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

Divulgação	Cartazes, folhetos, divulgação “boca a boca”, durante as consultas e visitas etc.
Temas a serem abordados	As temáticas e as atividades a serem propostas devem ser discutidas com os participantes de forma a estarem mais adequadas às demandas e às realidades locais.
Local de realização dos grupos	Devem-se privilegiar locais próximos às moradias, como escolas, associações comunitárias, igrejas e a própria unidade de saúde, entre outros.
Coordenação do grupo	É fundamental haver uma pessoa responsável pelo grupo, que organiza o encontro a partir do planejamento da equipe e, quando necessário, convidar alguém para discutir um assunto específico. Os profissionais que coordenam os grupos devem ter uma definição clara dos objetivos, serem dinâmicos e principalmente gostar de trabalhar com pessoas idosas.
Contrato	É importante que no primeiro dia do grupo seja viabilizado um acordo ético de funcionamento entre os participantes. (Ex.: Horário de início e término, sigilo etc).
Denominação categorização de grupos	Os grupos podem ser divididos em diferentes categorias: • Interesse físico: caminhada, Tai Chi Chuan, Lian Gong, alongamento etc; • Interesse prático: tricô, crochê, fuxico, biscoito, culinária, jardinagem etc; • Interesse artístico: pintura em tecido, pintura em tela, mosaico etc; • Interesse intelectual: palestras sobre assuntos de interesse para faixa etária, coral, teatro, alfabetização para adultos etc; • Interesse social: Passeios, bailes, viagens, jogos recreativos etc.
Participantes	Toda a equipe pode participar do grupo, tomando-se o devido cuidado para o número de profissionais não ser excessivo, o que pode inibir a participação das pessoas.
Métodos	Sugerem-se abordagens ativas e problematizadoras, partindo da realidade das pessoas envolvidas. O relacionamento coordenador/participantes do grupo se estabelece sem hierarquia, na medida em que todos têm um conhecimento próprio.
Linguagem	A equipe deve ficar atenta a alguns erros ⁴⁻⁵ , como: • Subestimar as Limitações Físicas e Cognitivas Impacto: Isso pode resultar em frustrações, lesões ou desmotivação dos idosos. Prevenção: Realizar avaliações individuais antes de planejar as atividades e adaptar as mesmas às capacidades dos participantes.

Linguagem	• Falta de Comunicação Eficaz e “Infantilização” da Pessoa Idosa Impacto: Pode levar a confusão, insegurança e menor participação. Prevenção: Utilizar uma linguagem clara, pausada e, se necessário, reforçar as instruções visualmente ou com demonstrações práticas. • Negligenciar a Individualidade Impacto: Pode causar desmotivação e falta de engajamento. Prevenção: Conhecer as preferências e interesses dos participantes e tentar incorporar essas informações no planejamento das atividades. • Não Estimular a Autonomia Impacto: Pode levar à dependência e diminuir a autoestima. Prevenção: Incentivar a participação ativa e a tomada de decisões, oferecendo suporte quando necessário. • Ignorar Aspectos Emocionais e Psicológicos Impacto: Pode levar ao aumento de ansiedade, depressão ou desinteresse. Prevenção: Estar atento às mudanças de comportamento e criar um ambiente acolhedor e seguro emocionalmente. • Falta de Variação nas Atividades Impacto: Pode causar tédio e perda de interesse. Prevenção: Planejar uma variedade de atividades para manter o interesse e a motivação. • Insuficiente Supervisão e Suporte Impacto: Pode resultar em acidentes ou na execução incorreta das atividades. Prevenção: Garantir uma supervisão adequada e estar disponível para oferecer suporte quando necessário. • Desconsiderar o Ritmo dos Idosos Impacto: Pode levar à exaustão ou ao tédio. Prevenção: Ajustar o ritmo das atividades conforme o grupo, permitindo pausas quando necessário. • Falta de Treinamento dos Profissionais Impacto: Pode resultar em práticas inadequadas e falta de sensibilidade às necessidades específicas dos idosos. Prevenção: Prover treinamento específico sobre o cuidado e a condução de atividades.
Dinâmicas	• A dinâmica de grupo é um instrumento educacional valioso, que pode ser utilizado para trabalhar o ensino-aprendizagem, quando se opta por uma concepção de educação que valoriza tanto a teoria como a prática e considera todos os envolvidos no processo como sujeitos. • Podem ser utilizados jogos, brincadeiras, dramatizações, técnicas participativas, oficinas vivenciais em um ambiente descontraído, discutir temas complexos, polêmicos e até estimular que sejam externados conflitos (do indivíduo e do grupo), buscando estimular os participantes a alcançar uma melhoria qualitativa na percepção de si mesmo e do mundo⁶⁻⁷. • Para o trabalho com dinâmica ter um desenvolvimento pleno, é recomendável que os grupos tenham, no máximo 20 participantes. Isto, porém, não impossibilita que se faça o uso dessa metodologia educacional em grupos maiores, em congressos, em seminários e outros.

REFERÊNCIAS

1. Borba, Anna Karla de Oliveira Tito et al. Problematization educational intervention to promote healthy habits in elderly people with diabetes: randomized clinical trial. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2020, v. 73, suppl 3 [Accessed 13 May 2024], e20190719. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/43FXnmvCwSHhX54GJVMq8Mw/>. Epub 19 Oct 2020. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0719>
2. Veras, Danielly Cristiny de, Lacerda, Gabrielle Manguiera e Forte, Franklin Delano Soares. Grupo de idosos como dispositivo de empoderamento em saúde: uma pesquisa-ação. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2022, v. 26, n. Supl 1 [Acessado 12 Maio 2024], e210528. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5bHmtxcQchRftqCpHRzfJbP/?lang=pt> Epub 10 Out 2022. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/interface.210528>.
3. Ceccon, Roger Flores et al. Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, n. 01 [Acessado 28 abril 2024], pp. 17-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30352020>. Epub 25 Jan 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30352020>.
4. Couto, Maria Clara P. de Paula et al. Avaliação de discriminação contra idosos em contexto brasileiro - ageismo. Psicologia: Teoria e Pesquisa [online]. 2009, v. 25, n. 4 [Acessado 18 Maio 2024], pp. 509-518. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000400006>. Epub 09 Mar 2010. ISSN 1806-3446. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000400006>.
5. Massi, Giselle et al. Linguagem e envelhecimento: práticas de escrita autobiográfica junto a idosos. Revista CEFAC [online]. 2015, v. 17, n. 6 [Acessado 15 Abril 2024], pp. 2065-2071. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-021620151764615>. ISSN 1982-0216. <https://doi.org/10.1590/1982-021620151764615>.
6. Gáspari JC, Schwartz GM. O idoso e a ressignificação emocional do lazer. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 21, n. 1, p. 069–076, jan. 2005.
7. Leonardi, Liliana Cremaschi; Rodrigues, Avelino Luiz. Caixa lúdica para idosos: processo de construção como procedimento clínico e sua contribuição na qualidade do vínculo. Psicologia USP [online]. 2012, v. 23, n. 2 [Acessado 28 Maio 2024], pp. 327-342. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642012005000001>. Epub 05 Jul 2012. ISSN 1678-5177. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642012005000001>.
8. Lima, Talita Moraes Ferreira et al. FATORES RELACIONADOS À SOBRECARGA E AO AUTOCUIDADO PARA HIPERTENSÃO EM CUIDADORES FAMILIARES. Cogitare Enfermagem [online]. 2023, v. 28 [Acessado 03 Maio 2024], e90260. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.90260> <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.92871> <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.92872>. Epub 27 Nov 2023. ISSN 2176-9133. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.90260>.
9. Torres, Kellem Raquel Brandão de Oliveira et al. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 30, n. 01 [Acessado 10 Maio 2024], e300113. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300113>. Epub 23 Set 2020. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300113>.

6.4 Visita Domiciliária à Pessoa Idosa

Visita Domiciliária (VD) no SUS está descrita nas normas e documentos técnicos, o que possibilita quantificar a atividade e procedimentos a serem realizados no domicílio, por qual profissional e em determinada periodicidade. Tem como função prestar assistência à saúde, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Destaca-se ainda, a importância da interdisciplinaridade e da fundamentação científica na execução das ações. Do ponto de vista de consolidação do modelo de atenção à saúde pautada nos princípios norteadores do SUS, a VD tem o papel de promover a integralidade, afastando abordagens hospitalocêntricas e centradas na doença¹.

No contexto da APS, a VD é uma potente ferramenta de cuidado, amplamente utilizada para aproximação das demandas dos usuários e compreensão do seu modo de viver. Adentrar no domicílio significa, além de estreitar o vínculo com a população, compreender a dinâmica familiar, as redes de apoio, os recursos dentro e fora do domicílio que podem contribuir no processo de saúde do indivíduo e da sua família³.

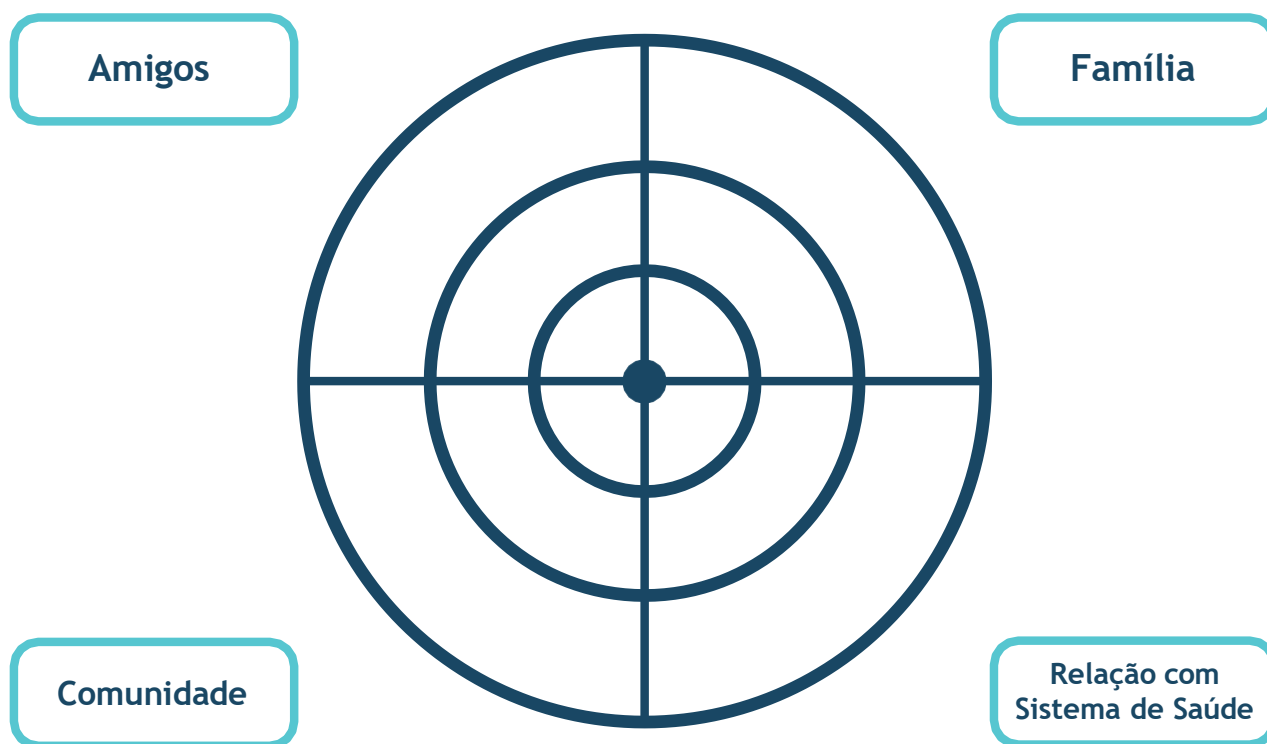
No quesito saúde da pessoa idosa, documentos técnicos elaborados pela OMS, como o relatório Envelhecimento e Saúde preconiza a importância do envelhecer no ambiente doméstico e que este seja amistoso e afável para um envelhecimento saudável⁴. O Estatuto da Pessoa Idosa determina que é dever da família, da sociedade e do poder público manter a pessoa idosa em casa o maior tempo possível⁵. Diante disso, o domicílio torna-se o foco da atenção e da intervenção da equipe de saúde para torná-lo o mais adequado e adaptado à capacidade funcional da pessoa idosa.

6.4.1 Ferramentas para a Visita Domiciliária da Pessoa Idosa

Instrumentalizar a VD, tornando-a um momento de diagnóstico das condições de vida e o impacto na situação de saúde do indivíduo é o grande desafio da APS. Por isso, algumas ferramentas foram desenvolvidas para apoiar o profissional de saúde no trabalho⁶.

A vulnerabilidade familiar é um quesito fundamental a ser avaliado em uma VD, por isso investigar a capacidade da família de cuidar da pessoa idosa, principalmente se houver comprometimento das capacidades funcionais. A Escala de Vulnerabilidade Familiar (EVFAM-BR) auxilia na estratificação das famílias em maior risco de vulnerabilidade seguindo os critérios de renda, cuidados em saúde, família e violência, para que a equipe de saúde organize e planeje o cuidado segundo as demandas e necessidades de cada família do domicílio⁶ (Anexo 6). O Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI) é uma ferramenta que pretende identificar e caracterizar a rede de suporte social da pessoa idosa. O MMRI é constituído por quatro quadrantes que representam família, amigos, comunidade e relações com os serviços sociais ou de saúde. Sobre esses quadrantes inscrevem-se três áreas, ou seja, um círculo interno de relações mais próximas, cujos contatos ocorrem pelo menos uma vez por semana; um círculo intermediário de relações pessoais com encontros que acontecem, pelo menos, uma vez por mês; um círculo externo de conhecimento e contatos ocasionais de, no mínimo, uma vez por ano⁷.

Instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso



Fonte: Domingues, Marisa Accioly Rodrigues da Costa. Mapa mínimo de relações: instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2004. doi:10.11606/T.6.2004.tde-09032021-184132.

O Genograma e o Ecomapa também são ferramentas amplamente utilizadas no reconhecimento das relações familiares e comunitárias (ANEXO 7 e 8). Estes recursos auxiliam na visualização e identificação de fontes de apoio e fragilidades tanto das relações intrafamiliares, como desta com a comunidade. Representa graficamente a situação do núcleo familiar, desgastes e potencialidades nas relações⁸. Um estudo de revisão evidenciou que redes de amigos contribuem mais do que as redes familiares para a qualidade de vida/bem-estar dos idosos. Também foi demonstrado o contributo positivo de mais do que um tipo de relação (por exemplo, relações de amizade e simultaneamente relações familiares) para a qualidade de vida/bem-estar das pessoas idosas⁸⁻⁹.

Avaliar o ambiente físico onde a pessoa idosa reside e identificar situações que possam comprometer a saúde é um recurso importante para intervir e propor melhorias na residência. Um roteiro de avaliação do ambiente domiciliário enfatiza as áreas do domicílio mais importantes para a observação na VD como descrito no quadro abaixo¹⁰⁻¹².

CÔMODO		
AVALIAÇÃO AMBIENTAL	Área de Circulação do Idoso	Característica do piso (plano, com vãos, com buracos, inclinado, colorido, escorregadio) Presença de desníveis (degraus, escada) Presença de obstáculos (vasos, fios, tapetes)
	Presença de Facilitadores	Barras de apoio Corrimão Sinalizadores Cadeira de banho Luz de emergência Interruptor perto da cama
	Transição ou Passagem Para	Largura Presença de maçanetas Presença de desníveis
MOBILIÁRIO	Frequência de uso (quantidade de horas que permanece no dia)	
	Situações de uso (refeição, descanso, lazer)	
	Dificuldades para sentar, levantar	

A avaliação do risco de lesão por pressão (LP) em idosos acamados e domiciliados é um ponto fundamental para a produção do cuidado com qualidade. A Escala de Braden é a mais utilizada no Brasil para medir o risco que o usuário dos serviços de saúde tem de apresentar uma LP. É constituída de seis variáveis para avaliação em seis subescalas: Percepção Sensorial, Umidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e força de Cisalhamento. Cada subescala é pontuada de 1 a 4, exceto a variável Fricção e Cisalhamento, que pontua de 1 a 3. O escore total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os usuários classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores iguais ou menores a 9 pontos), risco alto (escores de 10 a 12 pontos), risco moderado (escores de 13 a 14 pontos), baixo risco (escores de 15 a 18 pontos) e sem risco (escores de 19 a 23 pontos).

Abaixo segue a escala:

Pontos	1	2	3	4
Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	-
Risco muito alto			6 a 9 pontos	
Risco alto			10 a 12 pontos	
Risco moderado			13 a 14 pontos	
Risco leve			15 a 18 pontos	

Retirado de Guia Rápido de Prevenção de Lesão por Pressão (Brasília, 2020)

Quadro 1 - Principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções para a visita domiciliária.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Capacidade para executar a arrumação de casa prejudicada	Melhorar organização do domicílio. Ampliar a capacidade de organizar o domicílio
Falta de conhecimento sobre prevenção de quedas	Promover informação sobre prevenção de quedas
Risco de dano ambiental	Minimizar o risco de dano ambiental
Isolamento social	Melhorar a socialização
Enfrentamento comunitário, positivo	Manter interação na comunidade
Vínculo da família, ausente	Apoiar a criação de vínculos familiares
Risco de lesão por Pressão	Ausência de risco de lesão por pressão
Lesão por Pressão	Ausência de risco de lesão por pressão

Principais Intervenções de Enfermagem:

- Aplicar roteiro de observação do ambiente familiar;
- Avaliar condições físicas e sensoriais para locomoção autônoma;
- Investigar rede de apoio familiar e comunitário;
- Estimular participação familiar no processo de arrumação da casa;
- Monitorar risco de quedas;
- Demonstrar prevenção de queda;
- Orientação para pessoa e família quanto ao risco e prevenção de lesão por pressão;
- Obter dados sobre ambiente;
- Orientar família sobre prevenção de quedas;
- Solicitar avaliação do risco ambiental por equipes competentes e providências intersetoriais;
- Orientar a pessoa idosa sobre segurança ambiental;
- Verificar/acionar a rede de apoio social da pessoa idosa;
- Identificar condição psicossocial;
- Incentivar e promover a socialização;
- Incentivar a participação em grupos educativo-assistenciais da UBS;
- Encaminhar para grupos de PICS;
- Encaminhar para avaliação da e-Multi conforme necessidade;
- Promover relacionamentos positivos;
- Reforçar comportamentos positivos;
- Reforçar conquistas;
- Realizar escuta acolhedora e promover vínculo terapêutico;
- Aplicar genograma e ecomapa;
- Verificar/acionar rede de apoio social da pessoa idosa;
- Encaminhar para avaliação da e-Multi segundo necessidades.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira SG, Kruse MHL, Cicoletta DA, Velleda KL. Visita domiciliar no Sistema Único de Saúde: estratégia da biopolítica. Revista Uruguaya de Enfermería, 2018; 13(1): 9-21 DOI: <https://doi.org/10.33517/rue2018v13n1a2>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União, Brasília, 2016. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
3. Assis AS, Castro-Silva CR. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2018;28(3): e280308. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280308>
4. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra. 2015. Disponível em: <https://sbogg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
5. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003, seção 1, p. 1.
6. Souza EL, Rebustini F, Eshriqui I, Paiva Neto FT, Masuda ET, Lima RM, et al. Escala de Vulnerabilidade Familiar: evidências de validade na atenção primária à saúde. Rev Saúde Pública. 2023;57: Suppl 3:5s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005329>
7. Domingues, Marisa Accioly Rodrigues da Costa. Mapa mínimo de relações: instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2004. doi:10.11606/T.6.2004.tde-09032021-184132.
8. McGoldrick M, Gerson R, Petry S. Genogramas avaliação e intervenção familiar. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
9. Matos, GPN; Oliveira CRF; Domingues MARC. Políticas públicas não-idadistas: o Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI) como ferramenta de suporte para diagnóstico e elaboração. Oikos: Família e Sociedade em Debate, v. 34, n. 2, p. 01-24, 2023. <http://dx.doi.org/10.31423/2236-8493.v34i2.15256>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 192 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>
11. Rocha GOM, Delerue MA, Schouten MJ. Redes sociais e qualidade de vida dos idosos: uma revisão e análise crítica da literatura. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [Internet]. 2016;19(6):1030-1040. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403849869016>
12. MARTINEZ LBA; EMMEL MLG. Elaboração de um roteiro. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2013 jan./abr.;24(1):18-27. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i1p18-27>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/61986/84585>

CAPÍTULO 7 - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE



No Brasil, a oficialização das PICS ocorreu com a publicação da Portaria nº 971/2006, que criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Posteriormente, em 2017 e em 2018, por meio das Portarias nº 849/2017 e nº 702/2018 respectivamente, novas práticas foram incluídas. Atualmente são 29 PICS reconhecidas e disponibilizadas na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). As definições de cada uma delas podem ser consultadas no site da área técnica de Saúde Integrativa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) (link: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=236370).

A área técnica da Saúde Integrativa foi criada na SMS/SP em 2001. Ela visa a implantação e o fortalecimento das PICS, ampliando possibilidades para o autocuidado e a promoção do cuidado com tecnologias leves, efetivas, sustentáveis e baseada em evidências científicas^{1,2}.

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

No contexto da terapia não farmacológica, enfermeiros podem realizar Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) regulamentadas pelo COFEN, desde que tenham a formação e qualificação específicas para a atuação.

PICS é um termo brasileiro correspondente ao que a Organização Mundial de Saúde (OMS) designa de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI). Consiste em sistemas complexos e recursos terapêuticos com evidências científicas para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e no cuidado integral, em uma perspectiva emancipadora e participativa³.

As PICS ancoram-se em um novo modelo de atenção à saúde denominado Paradigma Vitalista, no qual o enfoque é a saúde e não a doença. Nele busca-se um equilíbrio entre o indivíduo, o meio em que está inserido e a sociedade, com uma compreensão ampliada do processo saúde-doença nas dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais, visando a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado^{1,2,3}.

Evidências Científicas sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Com a ampliação da PNPIC, vários estudos têm abordado sua implementação, regulamentação e avaliação, bem como os benefícios à saúde integral de diferentes populações. Diversas evidências científicas sobre PICS estão disponíveis para apoiar profissionais de saúde, tomadores de decisão e pesquisadores no desenvolvimento da Saúde Baseada em Evidências, incluindo o cuidado à pessoa idosa. O Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN) e a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) sistematizaram mapas de evidências que podem ser acessados e explorados (Link: <https://mtci.bvsalud.org/pt/mapas-de-evidencia2/>)⁴.

Na resolução do COFEN nº 739 de 5 de fevereiro de 2024, que normatiza a atuação da enfermagem nas PICS, há a recomendação da carga horária mínima para a atuação dos profissionais de enfermagem capacitados por meio de cursos livres e de pós graduação. A resolução ressalta que, após as devidas capacitações, as enfermeiras poderão atuar em todas as PICS descritas na PNPIC, já os técnicos e auxiliares de enfermagem poderão atuar em algumas PICS, na modalidade de curso livre, desde que estejam sob a supervisão e orientação do Enfermeiro⁵.

Os benefícios e a recomendação das PICS para os idosos, são estratégias que contribuem para o uso racional de medicamentos e redução dos problemas relacionados ao uso inadequado⁶.

Nos casos de dor crônica é necessário implementar o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dor crônica da SMS SP que lista as modalidades de PICS que demonstram evidências científicas robustas na abordagem nestes casos, como: Acupuntura, Auriculoterapia, Moxabustão, Reflexologia, Tai Chi, Ventosoterapia, Imposição de Mãos, Fitoterapia (*harpagophytum procumbens*), Meditação e Yoga^{7,8}.

Com o envelhecimento da população brasileira é necessário maior estímulo para o uso do conjunto das PIC ofertadas pelo SUS para promover a autonomia pessoal, o estímulo a formação de grupos, melhoria da qualidade de vida e promoção do bem-estar físico e mental.

As Terapias Integrativas foram reafirmadas como especialidade de Enfermagem por meio da Resolução Cofen nº 581 de 2018, assegurando o respaldo ao profissional para atuação nesse cenário, bem como para desenvolver pesquisas na área das PICS, definindo a Acupuntura como uma das especialidades dessa categoria profissional.

A Acupuntura havia sido regulamentada pela Resolução nº 362/2008⁹, que autorizava o exercício, após pós-graduação de 1.200 horas, com 1/3 de conteúdo teórico e 2 anos de curso e a Resolução nº 585/2018 que estabeleceu e reconheceu a Acupuntura, como especialidade e ou qualificação do profissional de Enfermagem, após decisão judicial do Tribunal Regional Federal (TRF) favorável à Enfermagem quanto ao exercício da Acupuntura, desde que mantidas as definições quanto à formação, pela Resolução 362/2008.

Deve constar no prontuário do paciente: diagnóstico de MTC, princípios de tratamento, pontos de acupuntura a cada sessão, material utilizado, método de estímulo (tonificação, harmonização ou sedação) e tempo de aplicação.

Conforme a Resolução COFEN Nº 739, de 05 de fevereiro de 2024, compete ao Enfermeiro:

Exercer cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas. Assim, compete-lhe:

1. Indicar, prescrever e implementar as PICS em todos os níveis de atenção, nos âmbitos privado e público;
2. Coordenar, planejar, organizar e orientar a equipe de enfermagem na implementação das PICS na assistência de enfermagem;
3. Utilizar os conceitos e visão de ser humano integral e de acolhimento como modelo de atendimento no oferecimento das PICS em sua prática;
4. Instituir protocolos de atendimento em PICS nos serviços de saúde;
5. Conduzir e coordenar atendimentos de PICS individuais e/ou em grupo;
6. Desenvolver e incentivar ações favoráveis ao aperfeiçoamento e educação permanente, com o intuito de garantir a capacitação e atualização da equipe de enfermagem no âmbito das PICS;
7. Realizar o processo de enfermagem e registrar no prontuário os dados relativos à atividade implementada de PICS;
8. Promover o ensino e a pesquisa em PICS como contribuição para o conhecimento científico da Enfermagem;
9. Manter-se atualizado em relação aos referenciais técnico-científicos, a legislação vigente, a segurança do usuário e do profissional e quanto aos aspectos éticos relativos às boas práticas em PICS na assistência de enfermagem;
10. Atuar como docente em disciplinas de graduação e pós-graduação em PICS;
11. Estabelecer e coordenar consultórios e clínicas de Enfermagem com foco em PICS, seguindo legislação vigente.

Compete ao Técnico e ao Auxiliar de Enfermagem

Participar da execução das PICS, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro. Assim, compete-lhes:

1. Auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem em PICS;
2. Realizar as PICS conforme seu grau de habilitação, sob supervisão e orientação do enfermeiro.

A RESOLUÇÃO COFEN Nº 739/2024 recomenda ainda a carga horária mínima para atuação dos profissionais de enfermagem, capacitados por meio de cursos livres em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR EM SAÚDE	CARGA HORÁRIA MÍNIMA
Apiterapia	80 horas
Aromaterapia	120 horas
Arteterapia	120 horas
Auriculoterapia	80 horas
Bioenergética	80 horas
Cromoterapia	60 horas
Dança Circular	40 horas
Geoterapia	40 horas
Hipnoterapia	120 horas
Imposição de mãos (inclui Toque Terapêutico, Reiki, toque quântico e outros)	120 horas
Massoterapia	120 horas
Meditação	120 horas
Musicoterapia	180 horas
Ozonioterapia*	120 horas
Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa (inclui Tai Chi Chuan, Chi-Kun e Nai- Kun)	80 horas
Reflexologia	60 horas
Shantala	40 horas

Terapia Comunitária Integrativa	240 horas
Terapia Floral	120 horas
Yoga*	180 horas

*Ozonioterapia e Yoga são práticas exclusivas do enfermeiro no âmbito da equipe de enfermagem.

As PICS são aplicadas em todas as fases da vida, desde que o profissional esteja habilitado para reconhecer quais são as particularidades e limitações de cada ação para o seu público, como por exemplo a acupuntura, que pode ser realizada através de estímulos não invasivos, nos canais energéticos, como o uso de sementes, moxabustão, pressão com os dedos, trigramas, cromopuntura e laser. Portanto, cabe aos enfermeiros conhecer as especificidades, benefícios e contraindicações de cada Prática Integrativa, garantindo assim uma assistência segura e eficaz.

Práticas Integrativas e Complementares (PICS) e os seus efeitos positivos nos desfechos clínicos, de acordo com estudos previamente realizados sobre o tema.

PICS	EFEITOS FÍSICOS E METABÓLICOS	SAÚDE MENTAL	VITALIDADE, BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA	SOCIOAMBIENTAL E ESPIRITUALIDADE
Acupuntura	X	X	X	X
Aromaterapia	X	X	X	
Arteterapia	X	X	X	
Ayurveda	X	X	X	X
Auriculoterapia	X	X	X	X
Biodança	X	X	X	X
Cromoterapia	X	X	X	X
Dança Circular	X	X	X	X
Hipnoterapia	X	X		
Meditação	X	X	X	X
Musicoterapia	X	X	X	X
Prática corporal Chinesa	X	X	X	X
Plantas medicinais	X	X	X	
Quiropraxia/ Osteopatia	X	X	X	
Reflexologia	X	X	X	

Reiki	X	X	X	X
Shantala	X	X	X	X
Yoga	X	X	X	X

Adaptado de: Instituto de Saúde, São Paulo – 2021.

Todos os insumos utilizados durante as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde devem ter sido padronizados pela SMS/SP.

Os (as) enfermeiros (as) da SMS/SP que atenderem as legislações do COFEN e do COREN-SP poderão realizar as aplicações de Acupuntura no sentido de ampliar o acesso aos pacientes do SUS, atuando de forma harmônica com a equipe multiprofissional, além de registrarem no sistema de informação o código deste procedimento^{5,9}.

Antes de iniciarem as PICS no âmbito da SMS/SP os profissionais devem remeter seus certificados para avaliação da Área Técnica da Saúde Integrativa, em sua instância superior, na SMS/SP.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Diário Oficial da União 2018; 22 mar.
2. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo. Atenção Básica. Saúde Integrativa. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=236370. Acesso em: 2 jun. 2024.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.
4. Organização Pan-Americana de Saúde. Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas. Mapas de Evidência. Disponível em: <https://mtci.bvsalud.org/pt/mapasdevidencia-2/>. Acesso em: 2 jun. 2024.
5. Conselho Federal de Enfermagem – Cofen. Resolução nº 739 de 5 de fevereiro de 2024. Brasília, DF: Cofen; 2024. Normatiza a atuação da Enfermagem nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-739-de-05-de-fevereiro-de-2024>
6. Novaes PH, Cruz DT, Lucchetti ALG, et al. The “iatrogenic triad”: Polypharmacy, drug-drug interactions, and potentially inappropriate medications in older adults. Int. J. Clin. Pharm. 2017; 39:818-25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-017-0470-2>
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Neturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexologia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União 2017; 28 mar.
8. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica nos Centros de Referência em Dor Crônica do Município de São Paulo. 2023. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/protocolo_dor_v4_FINAL.pdf
9. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 326/2008 de 22 de fevereiro de 2008. Regulamenta no Sistema COFEN/CORENs a atividade de acupuntura e dispõe sobre o registro da especialidade. Disponível em <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-3262008>

ANEXO 1

Avaliação da Acuidade Visual

Como utilizar a Escala

- Colocar a tabela a uma distância de 5 metros e veja até que a linha a pessoa idosa distingue bem as letras
- Teste primeiro o olho direito e depois o olho esquerdo separado e depois em conjunto. Os olhos devem ser vendados com as mãos em forma de concha
- Se fizer uso de óculos deve mantê-los durante o exame
- Se distinguir bem até à 8ª linha, a visão é satisfatoriamente normal
- Se, todavia, não for além da 4ª linha existe a grave possibilidade de perda de capacidade visual e precisa de lentes de correção. Oriente e discuta na equipe para avaliação de possível encaminhamento.

Escala Optométrica de SNELLEN

1	M	0,1
2	W E	0,2
3	E W E	0,3
4	M E W E	0,4
5	E M E W E	0,5
6	W E W E E	0,6
7	M E W E M E	0,7
8	E E M E W M E	0,8
9	E W E M E W E	0,9
10	E W E M E W M	1,0 NORMAL
11	E W E M E W E	1,2
12	E W W E W E M	1,5

ANEXO 2

Avaliação da Acuidade Auditiva

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

Questões:

1. Compreende a fala em situações sociais?
2. Consegue entender o que ouve no rádio ou televisão?
3. Tem necessidade que as pessoas repitam o que lhe é falado?
4. Fala alto demais?
5. Evita conversar? Prefere ficar só?

Teste do Sussurro (whisper):

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

Avaliações dos resultados:

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

Providências com os achados/resultados:

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

Enfermeiro: _____ COREN: _____

Assinatura: _____ CARIMBO: _____

ANEXO 3

Escala de Depressão Geriátrica - GDS 4

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – GDS 4					
INSTRUÇÕES					
Aplicar o questionário computando as respostas que indicam como a pessoa tem se sentido na última semana.					
O questionário deve ser realizado apenas pelo paciente, não podendo ser respondido pelo acompanhante.					
Assinalar SIM ou NÃO. Cada resposta deverá ser pontuada conforme o indicativo ao lado. O resultado final será a soma das 4 respostas.					
Questão	Resposta	Pontuação	Resposta	Pontuação	
1. Está satisfeito(a) com a sua vida?	SIM ()	0	NÃO ()	1	
2. Abandonou muitas das suas atividades e dos seus interesses?	SIM ()	1	NÃO ()	0	
3. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	SIM ()	0	NÃO ()	1	
4. Prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	SIM ()	1	NÃO ()	0	
TOTAL					
INTERPRETAÇÃO					
0 a 1 pontos: indica quadro psicológico normal.		2 pontos: indica alteração leve.		3 a 4 pontos: indica alteração grave	

ORIENTAÇÕES**ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GERIATRIC DEPRESSION SCALE – GDS 4)**

O que é? Trata-se de um questionário de 4 perguntas com respostas objetivas (SIM ou NÃO) a respeito de como a pessoa tem se sentido na última semana. A GDS 4 não substitui a entrevista específica de avaliação especializada realizada por profissionais da área da saúde mental.

Objetivo: Favorecer a identificação de um estado depressivo no idoso.

Procedimento: Aplicar o questionário assinalando SIM ou NÃO a cada item, atribuir a pontuação correspondente a cada resposta e somar os pontos obtidos. A GDS 4 deve ser respondida apenas pelo paciente, não podendo ser respondida pelo acompanhante.

ANEXO 4

Mini Avaliação Nutricional - MNA

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	☐
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	☐
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	☐
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	☐
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	☐
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	☐
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	☐ ☐ ☐

Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	☐
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	☐
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	☐

References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; **56A**: M366-377.
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:466-487.

© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.

© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	☐
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	sim ☐ não ☐ sim ☐ não ☐ sim ☐ não ☐ ☐ ☐
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	☐
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	☐ ☐
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	☐
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	☐
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	☐ ☐
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	☐ ☐
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	☐
Avaliação global (máximo 16 pontos)	☐ ☐ ☐
Pontuação da triagem	☐ ☐ ☐
Pontuação total (máximo 30 pontos)	☐ ☐ ☐

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos	☐	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	☐	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	☐	desnutrido

MNA - Versão Reduzida

Sobrenome: _____ Nome: _____
 Sexo: _____ Idade: _____ Peso, kg: _____ Altura, cm: _____ Data: _____

Completar a avaliação, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números para obter o escore final de triagem.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	☐
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	☐
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	☐
D Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	☐
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos	☐
F1 Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m²]) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	☐
SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA F2. NÃO PREENCHA A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ TIVER SIDO COMPLETADA.	
F2 Circunferência da Panturrilha (CP) em cm 0 = CP menor que 31 3 = CP maior ou igual a 31	☐
Escore de Triagem (máximo.: 14 pontos)	☐ ☐
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido	

Para uma avaliação mais detalhada, preencha a versão completa no MAN®, que está disponível no www.mna-elderly.com

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
 Para mais informações: www.mna-elderly.com

ANEXO 5

Genograma

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

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

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

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

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

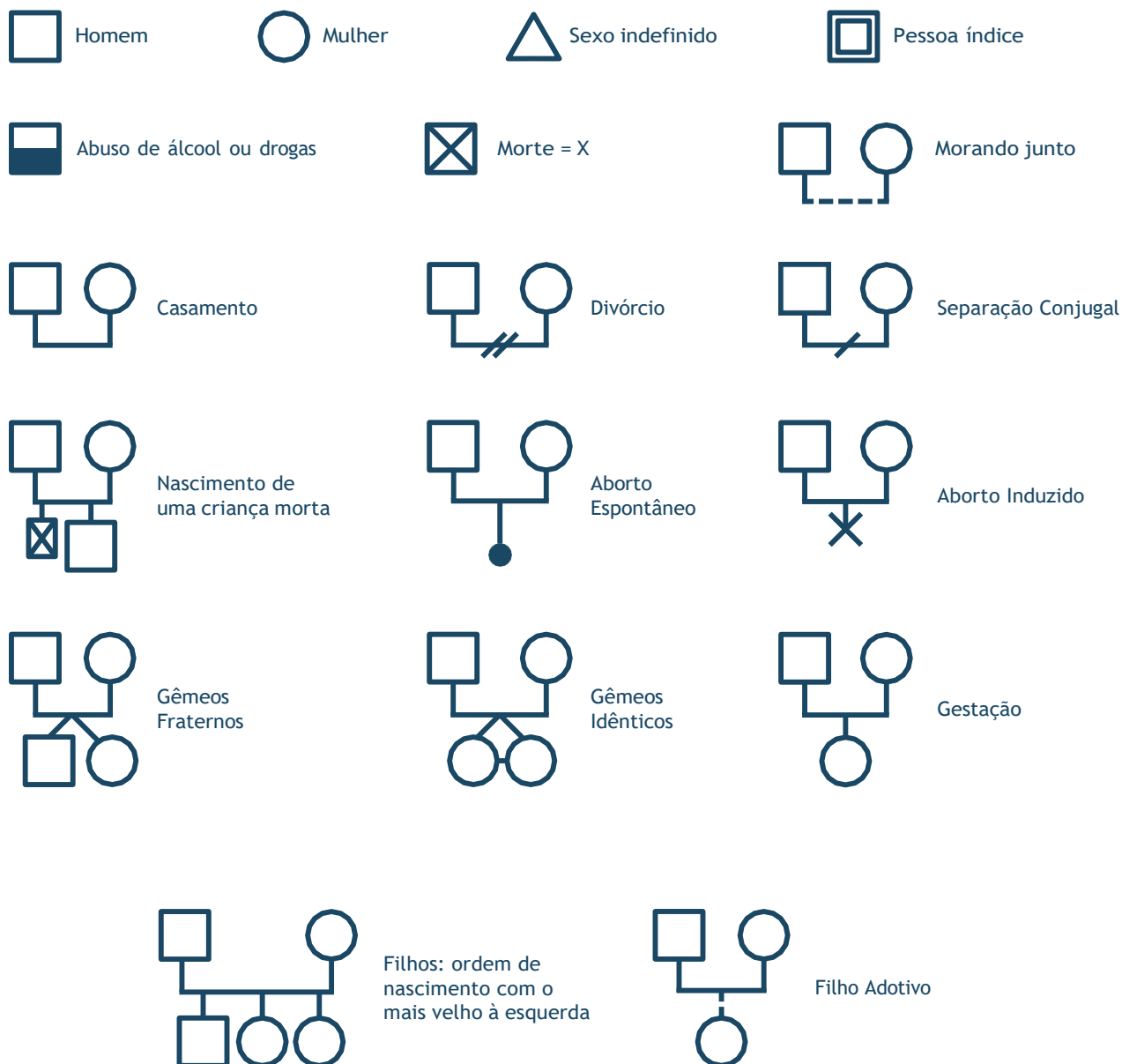
Os membros da família são colocados em séries horizontais que significam linhagem de geração. Crianças são colocadas em linhas verticais em ordem decrescente de classificação (começando pela mais velha). Todos os indivíduos da família devem ser representados. Nome e idade da pessoa devem ser anotados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

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

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

Deve ser anotados também, aspectos sobre a morte de cada um dos membros familiares. É importante salientar que o genograma constitui-se num retrato momentâneo da família, que deve continuamente ser atualizado, pois a família se modifica dia a dia.

LEGENDA PARA CONSTRUÇÃO DO GENOGRAMA



ANEXO 6

Avaliação dos Recursos Familiares e Comunitários (ECOMAPA)

O ECOMAPA é um diagrama do contato da família com o meio externo. Representa uma visão geral da situação da família.

Retrata as relações importantes de educação ou aquelas oprimidas por conflitos entre a família e o mundo; Demonstra o fluxo ou a falta de recursos e as privações.

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

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

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

Avaliações dos resultados: Para se desenhar o ecomapa, é interessante, durante a entrevista, explorar os vínculos entre os membros da família e outras pessoas e instituições. Verifique se os mesmos participam das atividades dessas instituições e se há reciprocidade nas relações.

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

- Colocam-se círculos externos ao redor da família que representam pessoas ou instituições que se relacionam com essa família;
- Esses são ligados à família por linhas que representam os vínculos afetivos existentes.

Símbolos utilizados no diagrama de vínculos

Vínculos fortes



Vínculos moderados



Vínculos superficiais



Vínculos muito superficiais

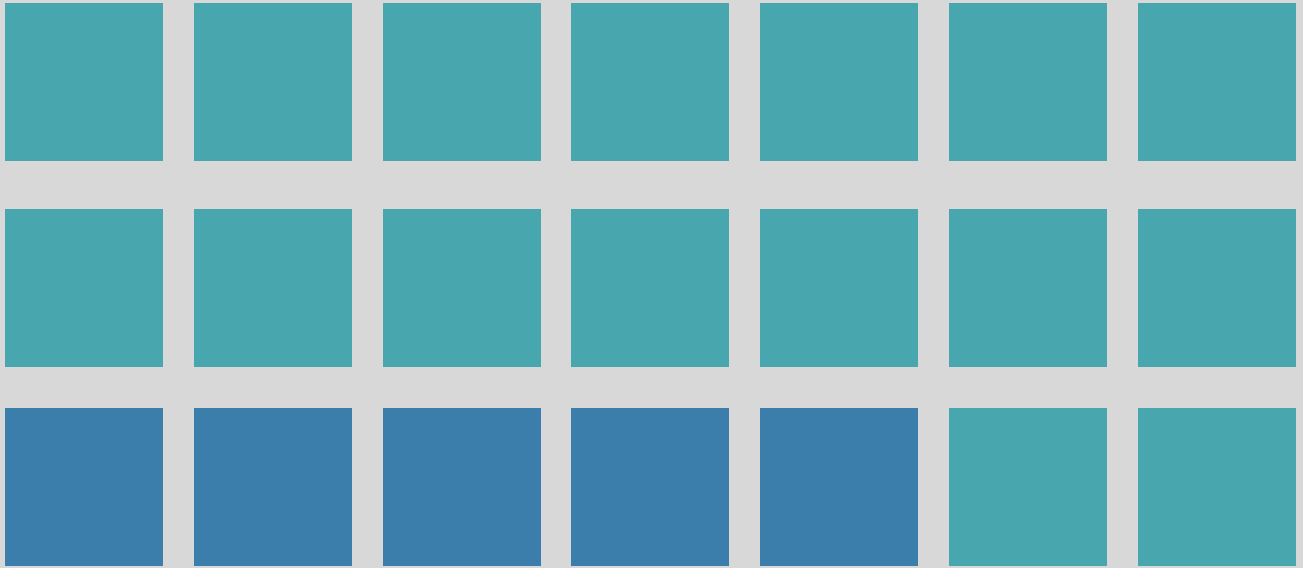


Vínculos estressantes



Setas podem ser utilizadas indicando o fluxo de energia e recursos





Saiba mais em:
prefeitura.sp.gov.br/saude



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde
ATENÇÃO BÁSICA



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

