

Saúde do idoso:

Flávio Chaimowicz

Colaboradores:
Eulita Maria Barcelos
Maria Dolores Soares Madureira
Marco Túlio de Freitas Ribeiro

2ª Edição

Saúde do idoso:

Flávio Chaimowicz

Colaboradores:
Eulita Maria Barcelos
Maria Dolores Soares Madureira
Marco Túlio de Freitas Ribeiro

2ª Edição

Belo Horizonte
Nescon UFMG
2013

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Licença Creative Commons License Deed

Atribuição-Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil

Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas.

Sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.

Creative Commons License Deed - <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>.

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Pró-Reitor: Ricardo Santiago Gomez

Faculdade de Educação

Diretora: Samira Zaidan

Pró-Reitoria de Extensão

Pró-Reitora: Efigênia Ferreira e Ferreira

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Diretor: Emerson Silami Garcia

Coordenador do Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)

Coordenador: Fernando Selmar Rocha Fidalgo

Faculdade de Medicina

Diretor: Francisco José Penna

Escola de Enfermagem

Diretora: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Faculdade de Odontologia

Diretor: Evandro Neves Abdo

Projeto Gráfico

Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

Diagramação

Ariana da Cunha Ferreira Paz

C434s

Chaimowicz, Flávio
Saúde do idoso / Flávio Chaimowicz com colaboração de:
Eulita Maria Barcelos, Maria Dolores S. Madureira e Marco Túlio de Freitas Ribeiro. – 2. ed. – Belo Horizonte : NESCON UFMG : 2013.
167 p. : il. ; 22 x 27cm.

Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados à estratégia de saúde da família.

ISBN: 978-85-60914-25-8

1. Saúde do idoso. 2. Saúde Pública. 3. Saúde da Família. 4. Educação médica. I. Barcelos, Eulita Maria. II. Madureira, Maria Dolores S. III. Ribeiro, Marco Túlio de Freitas. IV. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva V. Título.

NLM: WA 300
CDU: 614-058.8

Sumário

Apresentação dos autores.....	6
Apresentação do Programa Ágora - Especialização em Saúde da Família.....	7
Apresentação da Unidade Didática II.....	8
Introdução ao módulo Saúde do Idoso.....	10
Seção 1. Envelhecimento populacional e saúde dos idosos.....	13
Parte 1 Transição demográfica.....	16
Parte 2 Transição epidemiológica.....	27
Parte 3 Mortalidade de idosos.....	32
Parte 4 Internações de idosos.....	40
Parte 5 Saúde e doença de idosos residentes na comunidade.....	47
Concluindo a seção 1.....	51
Seção 2. Abordagem dos problemas clínicos de idosos.....	55
Parte 1 Iatrogenia e problemas com medicamentos.....	56
Parte 2 Incontinência urinária.....	72
Parte 3 Quedas e fraturas.....	84
Parte 4 Depressão, insônia, demências e confusão mental.....	104
Parte 5 Saúde bucal do idoso.....	126
Parte 6 Violência contra o idoso.....	132
Parte 7 Síndrome de imobilidade.....	144
Epílogo.....	151
Referências.....	153
Apêndice - Atividade 8: Recapitulação sobre iatrogenia.....	163

Apresentação dos autores

Flávio Chaimowicz

Professor Associado do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Coordenador do Programa de Extensão “Envelhecimento Saudável” da UFMG. Doutor em Medicina. Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Especialista em Clínica Médica pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica.

Colaboradores

Eulita Maria Barcelos

Enfermeira, ex-docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Especialista em Saúde Mental. Docente do Curso de Enfermagem da FUMEC. Tutora a distância do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/Programa Ágora.

Maria Dolôres Soares Madureira

Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente da Escola de Enfermagem da UFMG. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da FUMEC.

Marco Túlio de Freitas Ribeiro

Professor Assistente do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Clínica Odontológica pela UFMG. Especialista em Gerontologia Social. Especialista em Odontogeriatría.

Apresentação do Programa Ágora

Especialização em Saúde da Família

O Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade a distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon)/Faculdade de Medicina, com a participação da Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional e da Faculdade de Educação. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (Sgetes)/Universidade Aberta do SUS (UNA–SUS) – e pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil.

O curso integra o Programa Ágora do Nescon e, de forma interdisciplinar, interdepartamental, interunidades e interinstitucional, articula ações de ensino – pesquisa – extensão. Além do Curso, o Programa atua na formação de tutores, no apoio ao desenvolvimento de métodos, técnicas e conteúdos correlacionados à educação a distância e na cooperação com iniciativas semelhantes.

É direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas e outros integrantes de equipes de Saúde da Família. O curso tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de educação a distância.

Cadernos de Estudo e outras mídias, como DVD, vídeos, com um conjunto de textos especialmente preparados, são disponibilizados na biblioteca virtual, como ferramentas de consulta e de interatividade. Todos são instrumentos facilitadores

dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e a distância.

Os textos que compõem o Curso são resultado do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG, de outras universidades e do serviço de saúde. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como na vivência profissional.

A perspectiva é que este curso de especialização cumpra importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vista à consolidação da Estratégia Saúde da Família e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade e qualidade.

A coordenação do CEABSF oferece aos alunos que concluírem o curso oportunidades de poder, além dos módulos finalizados, optar por módulos não cursados, contribuindo, assim, para seu processo de educação permanente em saúde.

Para informações detalhadas consulte:

CEABSF e Programa Ágora:

www.nescon.medicina.ufmg.br/agora

Biblioteca Virtual:

www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Apresentação da Unidade Didática II

Disciplinas optativas

A Unidade Didática II (UDII) do Curso de Especialização em Saúde da Família, da qual faz parte esta publicação, é formada por módulos relativos a disciplinas optativas, entre as quais você pode escolher um número suficiente para integralizar 180 horas (12 créditos). Com as 180 horas (12 créditos) de disciplinas obrigatórias cursadas na Unidade Didática I, fica completado o mínimo de 360 horas (24 créditos) necessário à integralização da carga horária total do Curso.

Nesta UD II, o propósito é possibilitar a você atender as suas necessidades próprias ou de seu cenário de trabalho, sempre na perspectiva de sua atuação como membro de uma equipe multiprofissional. Dessa forma, procura-se contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS), por meio da estratégia Saúde da Família.

O leque de ofertas é amplo na UD II. Envolve disciplinas de 60 horas – saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, saúde bucal, saúde do adulto, urgências e saúde mental – disciplinas de 30 horas, que visam às necessidades profissionais específicas – como saúde da criança: doenças respiratórias, agravos nutricionais; saúde do trabalhador educação física, entre outras.

Endemias e epidemias são abordadas em disciplinas que desenvolvem aspectos da Atenção Básica para a leishmaniose, dengue, tuberculose, hanseníase, etc.

Características atuais voltadas para grandes problemas sociais – como saúde ambiental – também são abordadas em disciplinas específicas. A Família como foco da Atenção Básica é uma das disciplinas da UD II e traz uma base conceitual importante para as relações que se processam no espaço da equipe de Saúde da Família, e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Por seu caráter de instrumentos para a prática profissional e para os aspectos metodológicos, duas disciplinas são sugeridas a todos os alunos, entre as disciplinas optativas: Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço e Projeto social: saúde e cidadania.

Para atender bem às necessidades pessoais, sugere-se que você, antes da opção de matrícula nessas disciplinas, consulte seus conteúdos disponíveis na biblioteca virtual.

Esperamos que a UD II seja compreendida e utilizada como parte de um curso que representa mais um momento de seu processo de desenvolvimento e de qualificação constantes.

Para informações detalhadas consulte:

CEABSF e Programa Ágora: www.nescon.medicina.ufmg.br/agora

Biblioteca Virtual: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Introdução ao Módulo

Saúde do idoso



Fonte: <<http://www.sxc.hu/browse.phtml?download&id=616250>>

Você têm tido problemas para administrar as demandas de saúde dos idosos da sua área de abrangência? São muitos idosos? Eles têm problemas sem solução? Você gostaria de chegar à idade deles, com a qualidade de vida que eles têm?

Alguns destes idosos utilizam medicamentos demais e parecem não melhorar? Alguns usam placebos, como cinarizina ou ginkgo biloba? Será que pelo menos uma das queixas desses idosos, na realidade, é efeito adverso de um medicamento?

Uma idosa já se acostumou com a incontinência urinária e acha que é própria da idade? Sua equipe já se acostumou com a incontinência urinária e nem pensa mais em resolver estes casos?

Há idosos que não conseguem dormir sem benzodiazepínicos? Em diversos países do mundo – e no Brasil – idosos que usam benzodiazepínicos sofrem mais quedas. Isto tem ocorrido na sua área de abrangência?

Na sua área de abrangência quantos idosos sofreram uma queda nesse último ano? Um deles fraturou o fêmur? Ele voltou a andar? A queda poderia ter sido evitada? Sua equipe costuma investigar as causas das quedas que ocorreram? E há um programa de avaliação domiciliar para evitar quedas?

Alguns idosos da sua área parecem ter alguma demência? Eles ficam confusos e agitados? A filha está sobrecarregada com os cuidados, ficou deprimida e vocês desconfiam que ela maltrata o idoso? Como confirmar, se ele “não fala coisa com coisa”?

Há idosos acamados na sua área de abrangência? Eles estão desenvolvendo úlceras de pressão? Há idosos que se tornarão acamados nos próximos dois ou três anos?

Está difícil, hein? E tantos programas e protocolos para cumprir... Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Hipertensão e Diabetes...

Pois bem, prepare-se. O impacto do envelhecimento populacional sobre o sistema de saúde ainda nem começou no Brasil. Não é exagero. A proporção de idosos vai triplicar nos próximos 40 anos.

E os idosos de hoje são jovens; a maioria tem menos de 70 anos. Os idosos com mais de 85 anos - aqueles com as maiores demandas sobre sua equipe - são o grupo populacional que mais cresce no Brasil, e esta tendência vai se acentuar nos próximos anos. Mas se as famílias têm tido menos filhos, quem irá cuidar destes idosos? Ah, “o pessoal do PSF!”

O módulo Saúde do Idoso pretende instrumentalizar sua equipe para atuar em duas frentes diante desta nova realidade: no âmbito **populacional** e no âmbito **individual**.

Embora todas estas dificuldades que descrevemos pareçam ser questões individuais, trata-se de um **fenômeno populacional**: por um lado, adultos que envelhecem sem atentar para os fatores de risco para doenças crônico-degenerativas e desenvolvem suas sequelas; por outro, idosos com doenças muito comuns nessa idade, mas ainda pouco conhecidas pelos profissionais de saúde. Diante de tantas demandas, para onde devemos direcionar nossos esforços, nosso tempo escasso? Prevenção de osteoporose? De neoplasias? Do acidente vascular cerebral?

Na primeira seção do módulo Saúde do Idoso discutiremos essas questões. Por que e como o Brasil está envelhecendo? Haverá muitos octogenários? Ou serão mulheres octogenárias? Quais serão as principais causas de morte e de internação hospitalar? Que problemas de saúde não levam ao óbito ou internação, mas afetarão profundamente a qualidade de vida dos idosos que vivem em casa? As modificações da estrutura das famílias deverão melhorar ou piorar a assistência aos idosos dependentes? Ou serão os idosos que assistirão às suas famílias “dependentes”?

A seção 1 permitirá a você identificar as demandas de saúde que emergem com o novo perfil etário da população. Este é o primeiro passo para planejar as ações da sua equipe.

Na segunda seção, nosso enfoque se modificará radicalmente. Ao invés da população, vamos analisar os **indivíduos**. Como cuidar “daquele paciente” com demência? E “daquele” com insônia? Pretendemos detalhar as características e a abordagem clínica dos “Gigantes da Geriatria”, problemas muito comuns, que afetam profundamente a qualidade de vida do idoso e de suas famílias, mas são difíceis de resolver. O objetivo desta seção será realmente instrumentalizar a equipe para prevenir, resolver ou minimizar impacto desses problemas sobre a qualidade de vida do idoso, e de suas famílias.

Para essa abordagem individual nada melhor que acompanhar um caso clínico. Logo no início do módulo você e Mariana – a ACS da Equipe Verde – encontrarão Dona Josefina. Ela estará com 80 anos de idade e um quadro avançado de Síndrome de Imobilidade, complicada por confusão mental e maus tratos.

Ao longo das sete partes da segunda seção, acompanharemos a triste história dessa idosa, desde os seus 60 anos. Os problemas foram surgindo de um modo bastante parecido com o que observamos em nossa prática cotidiana. As soluções encontradas pelo “Dr. Orestes” eram sempre inadequadas. Mas poderiam ser melhores, como veremos.

O “Epílogo”, no final do módulo, é como o final de um livro ou filme; resista à tentação e **não leia antes da hora!**

O módulo Saúde do Idoso contém alguns textos complementares atualizados e cuidadosamente selecionados para permitir que você aprofunde seus conhecimentos aos poucos, na medida em que os problemas forem surgindo. Recomendamos que você dê ao menos uma espiada em cada texto complementar logo que for citado ao longo do módulo. Quando precisar daquelas informações, você saberá onde encontrar.

Os fóruns deste módulo abordam temas inquietantes da Saúde do Idoso. Têm como objetivo abrir o espaço para a discussão e troca de experiências entre alunos e tutores. Sempre há uma boa ideia a compartilhar. Vale a pena participar desde o primeiro dia, e sempre ler os comentários dos colegas antes de escrever.

Então vamos lá. Dona Josefina não pode esperar mais. A qualidade de vida desta idosa depende das suas ações.

Seção 1

Envelhecimento populacional e saúde dos idosos

As modificações demográficas, epidemiológicas e sociais que o Brasil vem sofrendo nas últimas décadas são profundamente relacionadas. Este é o tema que discutiremos nesta Seção 1. Por que o Brasil está envelhecendo? Quais são as projeções para as próximas décadas? Quais são as características demográficas e de saúde desta nova população de idosos que surgirá? Já há reflexos sobre o PSF? O que esperar nos próximos anos? De que modo as modificações da estrutura das famílias se relacionam com este processo?

Nosso percurso nesta seção será o seguinte:

Na primeira parte – **Transição demográfica** - discutiremos a trajetória da modificação da estrutura etária da população, do início do século passado até as projeções para o fim do século atual. Você verá que o envelhecimento populacional é uma tendência inexorável e terá uma noção de quão intenso e rápido será este processo. Você aprofundará seus conceitos sobre idosos muito idosos, sobre o predomínio de mulheres dentre os idosos, e sobre as relações familiares de apoio e dependência.

Na segunda parte – **Transição epidemiológica** – você conhecerá as modificações do perfil de morbidade e mortalidade que acompanham a transição demográfica. Conhecerá as características das populações que alcançaram fases avançadas deste percurso e identificará as peculiaridades da transição epidemiológica brasileira.

Em **Mortalidade de idosos** – a terceira parte desta seção – vamos guiá-lo em uma análise dos óbitos no Brasil. Quais são as causas de morte, quais as diferenças entre homens e mulheres e entre os idosos mais jovens e mais velhos? Vamos aprofundar a discussão diferenciando questões de “sexo” e de “gênero”, e vamos nos debruçar sobre os dados relativos às neoplasias, uma importante causa evitável de óbito.

A quarta parte é dedicada a **Análise das internações de idosos**. Você tomará conhecimento de informações recentes sobre as taxas, custos e causas das internações na rede do Sistema Único de Saúde do Brasil, estratificadas por sexo e faixa etária. Desta forma poderemos fazer inferências sobre características da saúde dos idosos e sobre a utilização dos serviços de saúde.

Na parte 5, o foco será transferido para a caracterização da **Saúde e doença de idosos** residentes na comunidade. Você compreenderá a importância de complementar nossa análise da transição epidemiológica utilizando dados oriundos de estudos de base populacional. Desta forma aperfeiçoará seus conhecimentos sobre importantes grupos de doenças que não figuram dentre as estatísticas de mortalidade e internações

hospitalares. Estas condições “ocultas” – que incluem problemas como a incontinência urinária, a depressão e a osteoartrose – são causas de piora significativa da qualidade de vida dentre idosos.

Ao final da Seção 1 você terá uma boa noção da inter-relação entre as transições demográfica, epidemiológica e social. Esperamos que você consiga descrever as principais características da transição demográfica brasileira, seus determinantes e consequências. Você deverá ser capaz de analisar as modificações do perfil de morbidade e mortalidade que vêm ocorrendo no Brasil. Poderá ainda comparar informações de estudos sobre mortalidade, internações e a saúde dos idosos residentes na comunidade com os dados da sua região. Por fim, você identificará, dentro da sua área de abrangência, as demandas de saúde típicas de uma população com proporção crescente de idosos. Essas serão algumas das bases para o planejamento das ações da sua equipe frente às novas demandas que vêm surgindo com o envelhecimento populacional no Brasil.

Mão à obra!

Parte 1

Transição demográfica

O século XXI será marcado por profundas transformações da estrutura populacional em diversos países, inclusive o Brasil. Resultado de conquistas sociais e políticas e da incorporação de novas tecnologias, o envelhecimento populacional ocupará posição de grande destaque dentre os acontecimentos deste século. Nesta parte descreveremos as principais características da transição demográfica brasileira, seus determinantes e consequências.

O aumento da proporção de idosos é um fenômeno global; à exceção de alguns países africanos, todo o mundo encontra-se em algum estágio deste processo. Este aumento também não é um fenômeno repentino ou inesperado; pelo contrário, resulta das transformações demográficas ocorridas nas décadas progressas, motivo pelo qual, na maioria dos países, será um processo inexorável. Tampouco se trata de um fenômeno isolado; invariavelmente está associado a modificações do perfil epidemiológico e das características sociais e econômicas das populações.

No entanto, este fenômeno é tão novo que as demandas de uma sociedade envelhecida só recentemente têm sido conhecidas. Transição demográfica é o termo que designa este conjunto de modificações do tamanho e estrutura etária da população que, frequentemente, acompanham a evolução socioeconômica de diversos países. Caracteriza-se por uma sequência de eventos que resultam em baixas taxas de mortalidade e fecundidade, crescimento negativo (i.e., redução do tamanho da população) e elevada proporção de idosos.

A transição demográfica pode ser sintetizada em três fases distintas:

1ª fase: Elevada mortalidade e fecundidade.

2ª fase: Queda da mortalidade e crescimento populacional.

3ª fase: Queda da fecundidade e envelhecimento populacional.

Vamos analisar cada uma delas:

1.1 | No início do século passado, elevada mortalidade

Durante quase toda a sua existência, em virtude da elevada mortalidade, a espécie humana apresentou expectativa de vida bastante baixa; no início do século XX era de aproximadamente 45 anos em países como a França, a Itália e o Japão. Na estrutura etária havia ampla predominância de crianças e adultos jovens, que raramente alcançavam os 60 anos. A mortalidade – principalmente infantil – sempre foi muito elevada em consequência da fome, doenças e problemas climáticos. O demógrafo norte-americano Kevin Kinsella chegou a afirmar que a sobrevivência da espécie só foi possível em virtude das elevadas taxas de fecundidade que compensavam a mortalidade.

No Brasil, nas primeiras décadas do século passado a taxa de mortalidade era muito elevada - três de cada 100 brasileiros morriam a cada ano. Isto freava o crescimento da população apesar da taxa de fecundidade muito alta: seis filhos por mulher em média.

Grande parte destes óbitos ocorria dentre as crianças, principalmente por doenças transmissíveis associadas à pobreza e desnutrição como o sarampo, a gastroenterite aguda, as pneumonias e a tuberculose. As principais causas de mortalidade – as doenças transmissíveis – eram também as principais causas de morbidade. Este é um aspecto que vale a pena ressaltar; hoje você pode observar que as principais causas de morte – acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio – não correspondem necessariamente às principais causas de morbidade – osteoartrose, depressão, demências.

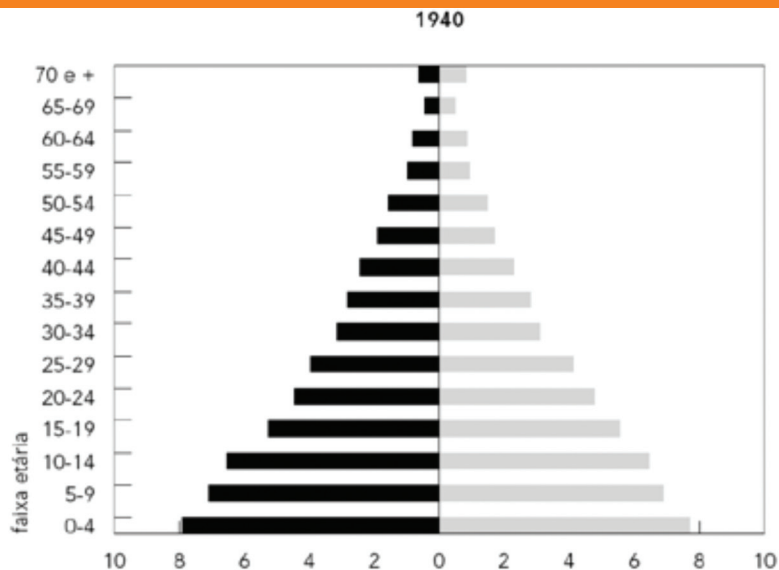
A expectativa de vida ao nascer não ultrapassava 40 anos e menos de um quarto dos brasileiros alcançava os 60 anos. Veja na pirâmide etária brasileira a predominância de crianças e jovens com até 15 anos (representavam 45% da população) e a pequena proporção de idosos – somente 3% da população (Figura 1).

Glossário

Expectativa de vida ou expectativa de vida ao nascer: o número de anos que se espera que alguém que acabou de nascer conseguirá alcançar.

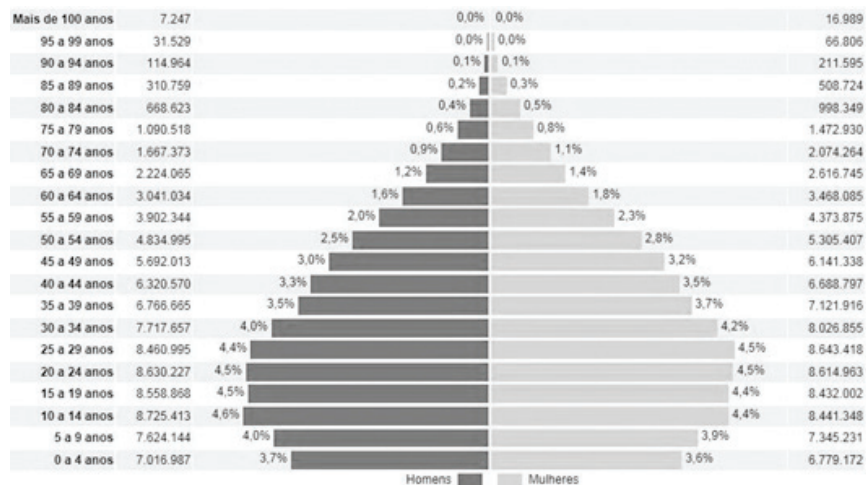
Taxa de fecundidade: é o número de filhos que as mulheres têm, em média, ao longo de sua vida reprodutiva.

Figura 1 - Pirâmide populacional brasileira em 1940



Fonte: IBGE, 1940, *apud* CARVALHO; GARCIA, 2003.

Figura 2 – Pirâmide populacional brasileira em 2010.



Fonte: BRASIL, 2010b.

1.2 | 1940 a 2000: a mortalidade caiu; a população cresceu

A queda da mortalidade que deu início à transição demográfica iniciou-se nos países desenvolvidos logo após a Revolução Industrial. Seus determinantes foram: o progresso das estratégias de produção e distribuição de alimentos, a melhoria das condições sanitárias e de habitação e os programas de saúde pública e de erradicação de doenças,

reduzindo o impacto da tuberculose e cólera. A queda da mortalidade, especialmente a infantil, resultou diretamente no aumento da expectativa de vida, haja vista que o maior obstáculo para alcançar os 60 anos era superar as doenças da infância.

Nos países em desenvolvimento, no entanto, a mortalidade começou a declinar só após o desenvolvimento dos antibióticos e imunizações, na segunda metade do século XX. Este é o motivo pelo qual o epidemiologista Alex Kalache considera “artificial” o início da transição demográfica brasileira (KALACHE *et al.*, 1987).

No Brasil, o declínio da mortalidade - principalmente entre as crianças - iniciou-se na década de 40, com o advento da estreptomicina, penicilina, imunizações e a terapia de reidratação oral. A expectativa de vida ao nascer aumentou significativamente e em 1970 já se aproximava dos 54 anos.

A manutenção de elevadas taxas de fecundidade nas décadas que se seguiram à queda da mortalidade determinou significativo crescimento da população. E “rejuvenescimento” da população. Isto ocorreu porque, “deixando de morrer” por doenças infecciosas e parasitárias, o grande número de crianças nascidas aumentou a proporção de jovens no conjunto da população.

A população brasileira saltou de 41 para 93 milhões de pessoas entre 1940 e 1970, crescendo quase 30% a cada década. No entanto, os jovens representavam ainda mais de 40% da população e os idosos menos de 3%.

É bom fixar este conceito:

O principal fator que leva ao aumento da expectativa de vida é a redução da mortalidade infantil. Isto porque morrer nos primeiros anos de vida é o maior obstáculo para alguém alcançar os 60 anos.

1.3 | A fecundidade caiu e a população envelheceu

Ao longo da primeira metade do século XX, acompanhando o progresso socioeconômico, a fecundidade declinou gradativamente na Europa. Já nos países em desenvolvimento a queda da fecundidade ocorreu de maneira brusca e intensa a partir da década de 60. Entre 1965 e 1995, a taxa caiu de seis para três filhos por mulher na maioria dos países da Ásia e América Latina.

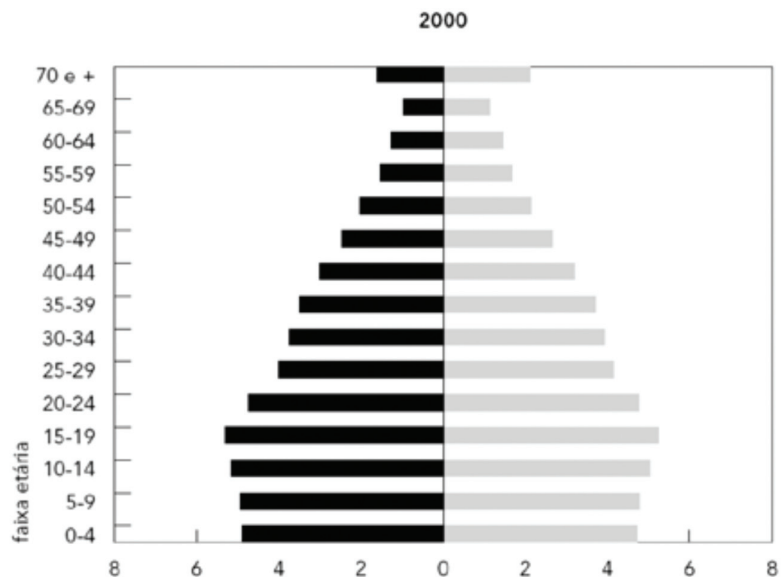
No Brasil, em meados da década de 60, como consequência das mudanças socioculturais associadas ao crescimento da população urbana

e a disponibilidade de métodos contraceptivos, a fecundidade começou a declinar rapidamente. Iniciado nas áreas urbanas das regiões Sul e Sudeste, o processo se estendeu às demais regiões brasileiras e áreas rurais a partir de 1970, e aos poucos atingiu todas as classes sociais.

A taxa de fecundidade caiu 60% entre 1970 e 2000 chegando a 2,2 filhos por mulher. Com isto, o peso relativo das faixas etárias dos jovens declinou para 30% e a proporção da faixa dos idosos dobrou. Os milhões de brasileiros nascidos na década de 40 e que “escaparam” da mortalidade infantil começaram se tornar adultos.

Veja na pirâmide etária da Região Sudeste em 2000 a redução da proporção de crianças, o “inchaço” da faixa etária de 20 a 50 anos, e o aumento discreto da proporção de idosos (Figura 3).

Figura 3- Pirâmide populacional da Região Sudeste em 2000



Fonte: BRASIL, 2010b.

Um país é considerado jovem quando menos de 7% de sua população tem 65 anos; quando 14% já alcançaram esta idade passa a ser considerado envelhecido. A França era considerada um país jovem até 1865 e somente em 1980, após 115 anos, tornou-se um país envelhecido. O mesmo processo ocorreu em 85 anos na Suécia e levará 73 anos na Austrália.

Arápida queda das taxas de fecundidade nos países em desenvolvimento, no entanto, permitirá que ao longo de apenas uma geração diversos

países deixem de ser jovens e se tornem envelhecidos. O Brasil passará do estágio “jovem” (até 7% de idosos) para o “envelhecido” (mais de 14% de idosos) em apenas 25 anos - entre 2011 e 2036.

É bom fixar este conceito:

O principal fator que leva ao envelhecimento da população é a redução da fecundidade. Isto porque a redução da proporção de crianças em um país ou região leva ao aumento da proporção de adultos e depois idosos, ou seja, uma população envelhecida.

Além deste **aumento proporcional**, as dezenas de milhões de brasileiros nascidos entre 1940 e 1970 e que começaram a alcançar 65 anos em 2005 elevarão significativamente o **número absoluto** de idosos.

No ranking mundial dos países com as maiores populações de idosos, o Brasil deverá passar da 16ª posição em 1960 para a sétima em 2025.

Entre 2000 e 2020 a proporção de idosos passará de 5% para 10%. A expectativa de vida dos homens chegará aos 70 anos e a das mulheres 76 anos. Em 2050, 38 milhões de brasileiros, ou 18% da população, terão mais de 65 anos.

Que tal um resumo?

O envelhecimento da população tem duas causas principais:

1. Em virtude do declínio da mortalidade, dezenas de milhões de crianças que nasceram entre 1940 e 1970 sobreviveram, ultrapassaram a fase adulta e começaram a completar 65 anos no ano 2005;
2. A redução do número de filhos iniciada por volta de 1970 está aumentando progressivamente a proporção das outras faixas etárias: adultos e idosos.

Analise a Figura 4. Ele apresenta a proporção de idosos no Brasil no período entre 1940 e 2050. Identifique a proporção de idosos em cada fase da transição demográfica:

- Mortalidade alta, fecundidade alta, proporção de idosos baixa (1940-1970).
- Mortalidade baixa, queda da fecundidade, aumento discreto da % de idosos (1970-2000).
- Mortalidade baixa, fecundidade baixa, aumento expressivo da % de idosos (2000-2050).

Para saber mais...

Se puder, confira os textos da demógrafa Ana Amélia Camarano sobre este tema em <http://www.ipea.gov.br/biblioteca/>: entre em Biblioteca, depois “acervo geral”, depois “autores” e “textos para discussão”: acervo completo, e busque pelo nome dela (Camarano).

Veja também na biblioteca virtual o artigo de revisão sobre o tema: A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas (CHAIMOWICZ, 2007).

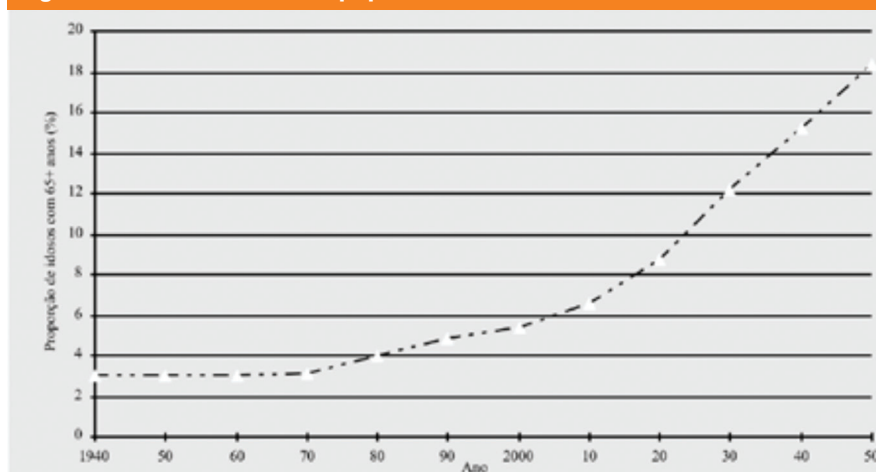
Para refletir...

Pense nas variáveis demográficas da população da sua área de abrangência: número de filhos que a maioria das mulheres tem, taxa de mortalidade infantil, proporção de pessoas com menos de 15 anos e com mais de 65 anos. Em que fase da transição demográfica esta população se encontra? Há diferenças marcantes entre áreas mais ricas e mais pobres? Os idosos já representam uma demanda importante de serviços de saúde na sua área de abrangência?

Para refletir...

Qual a proporção de idosos hoje? Qual será a proporção quando você tiver 65 anos? Você tinha noção de que o envelhecimento populacional brasileiro estava somente começando? Você tinha ideia de quão significativo será o aumento da proporção de idosos?

Figura 4 - O envelhecimento populacional brasileiro



Fonte: BRASIL, 2010c.

1.4 | Os idosos muito idosos

Outra característica do envelhecimento populacional é o aumento da proporção de idosos com mais de 80 anos entre os próprios idosos. Em diversos países este é o segmento populacional que cresce mais rapidamente.

Estes idosos constituem uma população bastante distinta dos idosos jovens se considerarmos a prevalência de doenças e o grau de dependência funcional; eles consomem recursos elevados do sistema de saúde e provocam enorme impacto sobre a dinâmica familiar, social e econômica.

Na Europa Ocidental em média três de cada 100 habitantes têm 80 anos ou mais (na Suécia cinco, na Dinamarca quatro). Já nos países em desenvolvimento, menos de um de cada 100 habitantes tem esta idade. Em países como Guatemala e Indonésia, menos de um em cada 200 habitantes.

Esse é o grupo etário que mais vem crescendo no Brasil. Em 1975 os idosos com 80 anos ou mais representavam 12% de todos os idosos. Em 2030 representarão 21% dos idosos, ou 2,7% dos brasileiros. Naquele ano o Brasil contará com 5,5 milhões de octogenários. Isto ocorrerá porque a mortalidade dos idosos jovens (de 60 a 74 anos) vem caindo progressivamente.

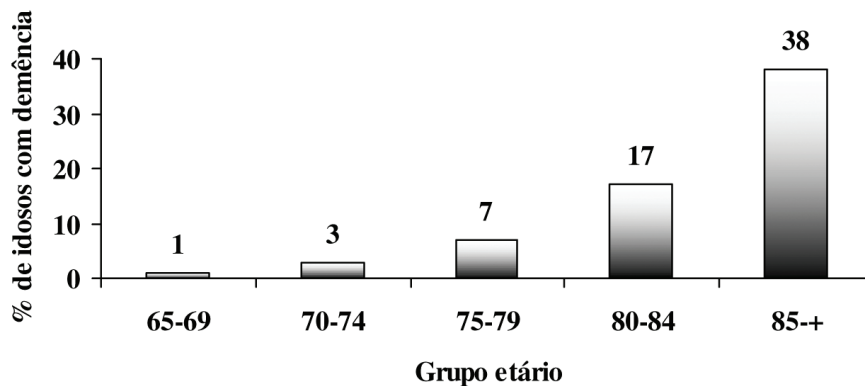
As alternativas abaixo explicam a **queda da mortalidade de idosos** jovens no Brasil, mas uma delas é falsa. Tente identificá-la:

- As condições de vida dos idosos (saneamento básico, alimentação), embora ainda precárias, melhoraram muito nas últimas décadas.
- O controle de hipertensão e diabetes durante a vida adulta reduz as complicações (infarto do miocárdio, doenças cerebrovasculares, nefropatias) destes pacientes ao chegarem aos 65 anos.
- O tratamento de doenças potencialmente fatais em idosos (como a pneumonia) hoje é muito mais acessível à população de baixa renda.
- A prevenção de neoplasias em homens adultos tem reduzido a morbimortalidade por neoplasias avançadas em idosos jovens.
- A prevenção de neoplasias em mulheres adultas tem reduzido a morbimortalidade por neoplasias avançadas em idosas jovens.

Realmente, os programas de prevenção de neoplasias em homens ainda são incipientes no Brasil, se comparados aos programas direcionados às mulheres. Como é a realidade da sua área de abrangência?

Uma das maneiras de apreciar o impacto do “envelhecimento da população de idosos” é analisar a prevalência de demências na população. A demência é uma síndrome muito comum dentre os “idosos muito idosos” e sua prevalência foi avaliada em um estudo realizado em Catanduva (SP). Os resultados são demonstrados na Figura 5. Veja que a proporção de idosos com demência praticamente dobra a cada cinco anos. No grupo com 85 anos ou mais, quase quatro dentre cada 10 idosos têm demência.

Figura 5 - Prevalência de demência em Catanduva



Fonte: Adaptado de: HERRERA, Jr. E. *et al.*, 2002.



Atividade 1

Catanduva é um município típico do interior de São Paulo, e se assemelha à maioria dos municípios brasileiros. Utilizando uma tabela bem simples, como a seguinte, você também poderá calcular o número provável de casos de demência na sua área. Escreva a população de cada faixa etária na linha 2 e multiplique pelo fator da linha 3 – a proporção de casos de demência naquela faixa etária. Sua equipe acompanha estes casos?

Idade	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 a 84	85 ou mais
População					
Fator	x 1%	x 3%	x 7%	x 17%	x 38%
Total					

Como você pode perceber as demandas sociais e de saúde de idosos mais velhos são mais expressivas que as de idosos jovens. Este envelhecimento da população de idosos vem sendo percebido por sua equipe? Qual tem sido o impacto?

1.5 | A feminização do envelhecimento

Uma tendência crescente e generalizada no mundo é a maior longevidade das mulheres. Na América do Norte e Europa, em 1900, as mulheres viviam dois a três anos mais que os homens; hoje vivem em média sete anos mais. Na França elas vivem oito anos mais que os homens, e no Japão quase sete anos. O mesmo fenômeno é observado nos países em desenvolvimento, embora as diferenças sejam menores. Desta forma aumenta a proporção de mulheres dentre as populações de idosos.

Esta tendência é consequência da sobremortalidade masculina em todas as faixas etárias e para a maioria das causas de morte. Possivelmente associa-se à maior exposição dos homens a fatores de risco como álcool e fumo, aos acidentes de trabalho e homicídios e ao aumento da mortalidade por câncer de pulmão e doenças cardiovasculares. Por outro lado, o século XX assistiu um importante declínio na mortalidade materna perinatal e por câncer do útero; fatores hormonais são ainda determinantes de uma proteção cardiovascular que se estende até alguns anos após a menopausa.

A aparente vantagem das mulheres é parcialmente atenuada pela maior prevalência de demências, depressão e dependência funcional entre elas, reduzindo sua expectativa de vida livre de incapacidades.

Glossário

Feminização do envelhecimento:

é a preponderância progressiva de mulheres entre as populações de idosos.

Sobremortalidade: masculina e a predominância de óbitos de homens em relação aos das mulheres.

Expectativa de vida livre de incapacidades: é o número de anos que se espera que alguém conseguirá alcançar antes de surgirem incapacidades (como hemiparesia após acidente vascular cerebral)

Esta longevidade diferencial continua nos países em fases avançadas da transição demográfica, sugerindo que países em desenvolvimento também seguirão esta tendência ainda por algumas décadas. Por este motivo, o epidemiologista Jorge Litvak afirmou: “cada vez mais os problemas socioeconômicos e de saúde de idosos serão problemas de mulheres idosas”. (LITIVAK, 2000)

A razão de sexos, ou “número de homens para cada 100 mulheres” é um índice demográfico que retrata a proporção dos sexos em uma população e permite quantificar, de maneira prática, a feminização do envelhecimento.

O quadro 1 demonstra que, como no restante do mundo, o processo de feminização do envelhecimento também é evidente no Brasil. Veja que em 1950 existiam aproximadamente 100 homens para cada 100 mulheres na faixa etária de 65 a 69 anos, mas em 2000 eram somente 81 e em 2020 deverão ser apenas 78 homens para cada 100 mulheres.

Quadro 1 - Número de homens para cada 100 mulheres no Brasil

Faixa etária	1950	Ano 2000	2020
65 a 69 anos	100	81	78
75 a 79 anos	Não disponível	72	66
80 anos ou mais	Não disponível	60	51

Fonte: CAMARANO, 1990

Como no resto do mundo, a razão entre os sexos é ainda maior nas idades mais avançadas. Em 2000, no grupo de 80+, anos existiam somente 60 homens para cada 100 mulheres e, em 2020, serão apenas 51 homens.

1.6| Apoio e dependência.

A modificação das proporções de crianças, adultos e idosos gera novos fluxos de apoio e dependência entre as gerações. Em uma perspectiva puramente demográfica, este apoio é medido pelo pela razão entre o número de adultos e idosos: em 1950, existiam, 19 adultos para cada idoso; em 2050 serão apenas três adultos para cada idoso!

Embora esta seja uma maneira prática de estimar a oferta e demanda de auxílio entre as gerações, muitas vezes os números não correspondem à realidade. Se por um lado o cuidado aos idosos frequentemente é negligenciado pelos parentes mais jovens, por outro, muitas vezes é o idoso que oferece o apoio aos parentes jovens.

A demógrafa brasileira Ana Amélia Camarano discute de modo aprofundado esta questão em seu livro “Idosos Brasileiros: que dependência é esta”. Ela demonstra que hoje grande parte dos adultos brasileiros necessita do auxílio de seus pais idosos: seja para cuidar dos netos permitindo que a mãe trabalhe fora de casa, seja para residir com a família na casa dos “avós”. E cada vez mais os domicílios que têm idosos (um quarto do total em 2000) necessitam da renda proveniente do trabalho do idoso (além dos benefícios previdenciários!) que representa 20% de sua receita. (CAMARANO, 2000, apud PASINATO *et al.*, 2006)

Dentro da perspectiva de suporte pelo Estado, sabe-se que os recursos públicos são fundamentais para a sobrevivência dos idosos de baixa renda no Brasil. Turra & Queiroz já demonstraram que na “disputa política” por verbas, travada entre idosos e crianças (por exemplo, para o programa de merenda escolar), os primeiros se beneficiam da influência dos idosos de renda elevada, o que garante o financiamento do sistema previdenciário (TURRA e QUEIROZ, 2005)

No entanto, no período entre 2000 e 2050 a proporção das despesas do governo alocadas para a população com 60 anos ou mais crescerá dos atuais 38% para 68%. O Quadro 2 apresenta a razão entre receitas e despesas do governo com educação, saúde e seguridade. Observe que esta relação era praticamente equilibrada em 2000, mas se tornará deficitária em 2025 e representará um desafio para a gestão das contas públicas em 2050, comprometendo o financiamento público das demandas dos idosos de baixa renda.

Quadro 2 - Receitas e despesas do governo brasileiro com educação, saúde e seguridade: 2000-2050

Ano	2000	2025	2050
Receitas/despesas	0,99	0,84	0,57

Fonte: TURRA; QUEIROZ, 2005.

Para refletir...

Pense nos programas do governo direcionados aos idosos e às crianças da sua área de abrangência. Que faixa etária tem sido priorizada?

Nessa parte discutimos os determinantes e as características do envelhecimento populacional no Brasil. Na próxima parte vamos estudar as consequências destas transformações sobre a saúde da população.

Parte 2

Transição epidemiológica

O conceito de “transição epidemiológica” foi criado há mais de 30 anos pelo epidemiologista Abdel Omran e se refere à modificação dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população e que ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas e sociais. Na parte anterior discutimos o processo de envelhecimento da população brasileira, enfatizando aspectos como a modificação na estrutura das famílias, o aumento da proporção de octogenários e a feminização do envelhecimento. Nesta parte discutiremos as características da transição epidemiológica, suas peculiaridades no Brasil e sua relação com o envelhecimento da população.

O processo engloba três mudanças básicas que provavelmente estão ocorrendo com a população da sua área de abrangência:

1. A substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas dentre as primeiras causas de morte;
2. O deslocamento da carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais idosos;
3. A transformação de uma situação de predomínio de mortalidade para outra em que a morbidade é dominante.

Há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. A queda inicial da mortalidade se concentra dentre as doenças infecciosas e tende a beneficiar a população mais jovem. Estes “sobreviventes” tornam-se adultos e passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas como a hipertensão arterial e hipercolesterolemia. À medida que aumenta a esperança de vida e cresce o número de idosos, tornam-se mais frequentes as complicações daquelas moléstias como o infarto agudo do miocárdio.

Glossário

Causas externas: incluem as mortes por homicídios, suicídios, acidentes de trânsito e de trabalho, entre outras.

Carga de morbimortalidade: reflete o peso do conjunto de doenças e óbitos sobre o sistema de saúde.

Aos poucos se modifica o perfil de saúde da população e a demanda sobre o sistema de saúde. Como afirma Alex Kalache, ao invés de processos agudos (como as pneumonias em crianças) que, para o sistema de saúde, “se resolvem rapidamente através da cura ou do óbito”, tornam-se predominantes doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde. São exemplos desta utilização prolongada as sequelas do acidente vascular cerebral, as complicações das fraturas após quedas, as limitações causadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocadas pelo diabetes e a dependência determinada pela Doença de Alzheimer (KALACHE *et al.*, 1987)

2.1| No final da transição epidemiológica...

Em 1904, o médico Sir William Osler apelidou a pneumonia de “the old man’s friend”. Segundo ele, idosos com doenças degenerativas, sem perspectiva de tratamento naquela época (como uma fratura do colo do fêmur para a qual não havia cirurgia, ou a Doença de Parkinson antes da descoberta da levodopa) acabavam por se “beneficiar” de uma pneumonia, que lhes encurtava a vida e o sofrimento. O epidemiologista Ernest Gruenberg, comentava, já há 30 anos, que o advento da antibioticoterapia subverteu esta tendência: hoje mesmo os idosos mais debilitados podem ser curados de pneumonias graves. Como resultado, a proporção de idosos debilitados “sobreviventes” aumentou. Esta consequência inesperada dos progressos tecnológicos da Medicina - aumento da prevalência e duração das demências, cardiopatias e diabetes – foi nomeada por ele como a “falência do sucesso”.

Nas fases tardias da transição epidemiológica, hoje experimentadas pelos países mais desenvolvidos, uma população de idosos com grande proporção de octogenários apresenta, portanto, um quadro já embrionário no Brasil: declínio progressivo das doenças circulatórias, respiratórias e neoplasias, mas elevada prevalência de doenças neuropsiquiátricas (como Parkinson e Alzheimer), acidentes e suas consequências (i.e. fraturas) e osteoartrose.

2.2| “Jeitinho brasileiro”

No Brasil a transição epidemiológica é bastante evidente: as doenças infecciosas representavam 46% do total de óbitos em 1930 e hoje causam menos de 5%; as doenças da gravidez, parto e puerpério e causas perinatais, muito prevalentes naquela época, representam hoje, somadas, menos de 4% do total de óbitos do sexo feminino. Os óbitos por causas externas (principalmente acidentes e agressões) que representavam menos de 3% do total, hoje somam 18% dos óbitos de homens.

Apesar disto, as mudanças não têm ocorrido exatamente de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países industrializados e mesmo por vizinhos latino-americanos como o Chile, Cuba e Costa Rica. Alguns aspectos caracterizam este o modelo brasileiro:

1. Não há substituição, mas **superposição** entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, agora associadas aos acidentes e mortes violentas;
2. Ocorreu drástica redução das doenças imunopreveníveis. A incidência de sarampo, pólio, tétano, coqueluche e difteria, por exemplo, declinou de 153 mil casos em 1980 para mil casos em 2002. Mas esta tendência não foi acompanhada da supressão de outras doenças transmissíveis. Algumas foram reintroduzidas como o dengue e cólera; outras, como malária, hanseníase e leishmanioses recrudesceram; esquistossomose e hepatites B e C persistiram e outras, como a AIDS, emergiram. Isto indica uma **natureza bidirecional**, como se fosse uma “contra transição epidemiológica”;
3. O processo não se resolve de modo claro, em uma “**transição prolongada**”;

2.3| A situação de diferentes regiões se torna contrastante, criando uma “polarização epidemiológica”.

Este último aspecto é evidente também em âmbito regional e mesmo local. Um estudo de Paes-Souza realizado em Belo Horizonte demonstrou que grupos mais ricos da população exibiam um avançado padrão de mortalidade, no qual prevaleciam doenças circulatórias e neoplasias; grupos mais pobres, por vezes residindo em bairros contíguos, continuavam vulneráveis à mortalidade por doenças infecciosas que se somavam

Para refletir...

Sua área de abrangência “está mais para Mato Grosso do Sul” ou “Maranhão”? Qual o significado disso?

aos homicídios, doenças circulatórias e respiratórias. Esta tendência, que possivelmente também ocorre em sua área de abrangência, nos leva a questionar a visão clássica de Abdel Omran, de que as doenças circulatórias seriam um “indicativo do desenvolvimento econômico.” (PAES SOUZA, 2002)

Aos poucos a estrutura da mortalidade no Brasil vai se tornando similar à observada em populações envelhecidas da Europa com predominância de mortes por doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Em 2010 estes grupos causaram cerca de metade de todos os óbitos. Ao invés da elevada mortalidade por doenças infecciosas agudas, o país passa a se ver às voltas com a elevação dos gastos com internações, tratamento, e reabilitação de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e neoplasias. Cresce o número de consultas ambulatoriais de idosos com problemas de manejo complexo como quedas, demências, iatrogenia e múltiplas doenças crônicas concomitantes. Estes são alguns dos temas que discutiremos a frente.

Quando nos referimos ao “Brasil”, no entanto, é necessária alguma cautela. Segundo os dados de 2010 do DATASUS, a proporção de óbitos por doença cerebrovascular (que é pouco comum em fases iniciais da transição demográfica) era de 17% em Macapá, e quatro vezes maior em Londrina (71%); por outro lado, os óbitos por afecções neonatais representavam 15% do total em Macapá, mas apenas 2% em Londrina.

As Figuras 6 e 7 apresentam a estrutura etária da mortalidade no Brasil, ou seja, a proporção de óbitos em cada faixa etária. Esta é uma forma de comparar com que idade os brasileiros morriam em 1980 e o que mudou em 2000. Permite ainda correlacionar a transições demográfica e epidemiológica.

Figura 6 - Estrutura etária da mortalidade no Brasil, 1980

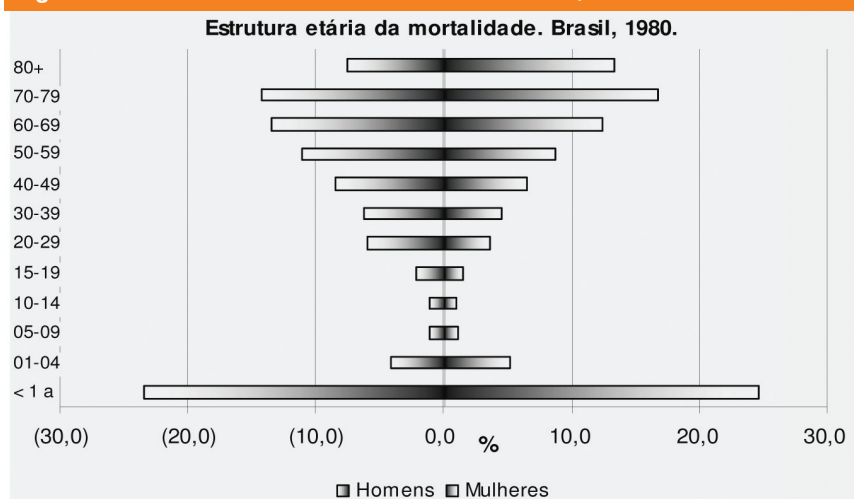


Figura 7 - Estrutura etária da mortalidade no Brasil, 2000



Vamos identificar agora alguns dos seus componentes:

1. Identifique a **queda da mortalidade infantil**: Os óbitos de menores de um ano representavam quase um quarto do total em 1980, e bem menos de 10% em 2000.
2. Veja agora a **sobremortalidade masculina**: Em 1980 a proporção de óbitos de homens de 15 a 59 anos era maior que a proporção de óbitos de mulheres. Veja que em 2000 esta tendência se acentuou.
3. Por fim, a **feminização do envelhecimento**: Em 1980 já era possível observar que os grupos etários com 60 anos ou mais tinham maior proporção de óbitos de mulheres. A tendência se acentuou em 2000, e é muito mais expressiva nas faixas etárias mais velhas (80 anos ou mais). Há mais óbitos de idosas simplesmente porque há mais idosas; muitos dos homens faleceram ainda adultos.

Nessa parte você estudou as transformações do perfil de morbidade e mortalidade que caracterizam a transição epidemiológica no Brasil. Na próxima parte vamos nos debruçar especificamente sobre a mortalidade dos idosos.

Para refletir...

Qual é a realidade da sua área de abrangência no que se refere à mortalidade infantil, sobremortalidade masculina e feminização do envelhecimento?

Parte 3

Mortalidade de idosos

Como vimos, nas últimas décadas ocorreram profundas modificações na estrutura etária da mortalidade no Brasil. Nesta parte vamos detalhar esta tendência descrevendo e analisando as causas de óbitos e diferenciando o perfil de mortalidade de idosos mais jovens e mais velhos e idosos do sexo masculino ou feminino.

Desta forma você será capaz de fazer inferências sobre as condições de saúde dos idosos e poderá vislumbrar que tipos de programas de saúde contribuiriam para melhorar este quadro.

Em 1980, metade dos homens falecia antes de completar 47 anos, e metade das mulheres não alcançava os 52 anos; já em 2010, mais de metade dos homens e mais de dois terços das mulheres conseguiam alcançar os 60 anos de idade.

A polarização epidemiológica (se lembra?) pode ser evidenciada, no entanto, pelas marcantes diferenças entre as classes de renda; 69% dos brancos do Rio de Janeiro conseguiram completar 60 anos antes de falecer, mas somente 33% dos pretos e pardos de Roraima lograram este feito.

Glossário

Idade mediana dos óbitos: a idade acima da qual morreram 50% das pessoas.

Mortalidade proporcional por causas: o número de óbitos ocorridos por determinada causa dentre todos ocorridos em um período.

Taxa de mortalidade específica por causa: o número de óbitos ocorridos por determinada causa para cada 100.000 habitantes daquele grupo etário.

3.1 | Taxas de mortalidade por sexo e faixa etária.

A análise das **taxas de mortalidade** retrata o número de óbitos para cada grupo de habitantes (por exemplo, para cada 100.000 habitantes). Este é o melhor indicador para comparar homens e mulheres, ou diferentes faixas etárias.

Mortalidade de homens idosos jovens e mais velhos.

O Quadro 3 compara a mortalidade de idosos mais jovens e mais velhos. Veja que dentre os mais jovens as mortes por doenças cardíacas

(infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca (IC), arritmias e embolia pulmonar) são as mais importantes. As doenças cerebrovasculares e hipertensivas também se destacam. Se associarmos as mortes por causas mal definidas e sem assistência médica, elas ocupariam a terceira posição.

Outras causas de morte importantes são o diabetes, as doenças pulmonares associadas ao tabagismo (incluindo neoplasia da traqueia, brônquios e pulmões) e a hepatopatia alcoólica. A pneumonia e as neoplasias do estômago e esôfago também figuram na lista, bem como o “restante de neoplasias malignas”; “acidentes de transporte” (principalmente atropelamento) e o “restante de doenças do aparelho digestivo” (inclui apendicite, hérnias, isquemia mesentérica, obstrução intestinal) e “respiratório” (que inclui complicações de infecções das vias aéreas).

Quadro 3 - Principais causas e número de óbitos de homens idosos, Brasil, 2010

Homens, 65 a 69 anos		Homens, 80 anos e mais	
Doenças isquêmicas do coração*	7.121	Doenças cerebrovasculares	13.184
Doenças cerebrovasculares	5.510	Doenças isquêmicas do coração	10.194
Outras doenças cardíacas**	3.441	Outras doenças cardíacas***	8.990
Diabetes mellitus	2.752	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	7.690
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	2.575	Pneumonia	7.593
Restante de sintomas, sinais e achados***	2.479	Doenças hipertensivas	5.479
Neoplasia da traqueia, brônquios e pulmões	2.125	Restante de sintomas, sinais e achados**	4.894
Doenças hipertensivas	2.046	Morte sem assistência médica	4.735
Restante de neoplasias malignas†	1.818	Neoplasia maligna da próstata	4.606
Pneumonia	1.691	Diabetes mellitus	4.171
Doenças do fígado ††	1.557	Restante de doenças do ap. respiratório‡	3.921
Morte sem assistência médica	1.465	Restante de doenças do ap. digestivo †††	2.609
Neoplasia maligna da próstata	1.283	Restante de neoplasias malignas†	2.398
Neoplasia maligna do estômago	1.234	Neoplasia da traqueia, brônquios e pulmões	1.718
Restante de doenças do ap. digestivo†††	1.134	Insuficiência renal	1.497
Acidentes de transporte	896	Doença de Alzheimer	1.445
Restante de doenças do ap. respiratório‡	895	Restante de doenças do ap. circulatório‡‡	1.402

Fonte: BRASIL, 2010a.

* Principalmente infarto agudo do miocárdio; ** Principalmente insuficiência cardíaca; *** Inclui os óbitos por causas mal especificadas, mas não inclui “mortes sem assistência” e “senilidade”; † Que inclui neoplasias menos comuns como intestino delgado, vesícula, seios da face, ossos e outras não especificadas; †† Principalmente as doenças alcoólicas do fígado; ††† Que inclui apendicite, hérnias, isquemia mesentérica e obstrução intestinal; ‡: A maioria por complicações de infecções de vias aéreas e causas não especificadas; ‡‡ Principalmente aneurismas, doenças vasculares periféricas e varizes esofagianas.

Dentre os idosos mais velhos, ao contrário dos mais jovens, as doenças cerebrovasculares superam as mortes por doenças isquêmicas. As causas cardíacas em conjunto (incluindo a insuficiência cardíaca) ocupam a primeira posição. As mortes sem assistência médica somada aos óbitos por causas mal definidas ocupam a terceira posição. As causas pulmonares, associadas ou não ao tabagismo, têm maior importância

relativa. A neoplasia da próstata figura dentre as principais causas (superando o diabetes), bem como a insuficiência renal e a doença de Alzheimer. O “restante de causas respiratórias” e “digestivas” mantém sua relevância, bem como o “restante de doenças circulatórias”, que inclui aneurismas e doença arterial periférica.

Mortalidade de mulheres idosas jovens e mais velhas.

Analise o Quadro 4. Você verá que o perfil de mortalidade de idosas jovens é bastante distinto do observado dentre idosos jovens, a começar pela menor importância das mortes por causas mal definidas ou sem assistência médica que, mesmo se fossem agrupadas, ocupariam a quinta posição.

Quadro 4 - Principais causas e número de óbitos de mulheres idosas. Brasil, 2010

Mulheres, 65 a 69 anos.		Mulheres, 80 anos e mais.	
Doenças isquêmicas do coração*	4.236	Doenças cerebrovasculares	18.477
Doenças cerebrovasculares	4.139	Outras doenças cardíacas**	13.221
Diabetes mellitus	3.283	Doenças isquêmicas do coração*	12.726
Outras doenças cardíacas**	2.612	Pneumonia	11.383
Doenças hipertensivas	1.946	Doenças hipertensivas	8.773
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	1.674	Diabetes mellitus	8.244
Restante de neoplasias malignas***	1.599	Restante de sintomas, sinais e achados †	6.969
Restante de sintomas, sinais e achados †	1.598	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	6.160
Pneumonia	1.272	Morte sem assistência médica	5.463
Neoplasia maligna da mama	1.065	Restante de doenças do ap. respiratório†††	4.215
Restante de doenças do ap. digestivo ††	997	Restante de doenças do ap. digestivo ††	3.873
Neoplasia da traqueia, brônquios e pulmões	977	Doença de Alzheimer	3.250
Morte sem assistência médica	854	Restante de neoplasias malignas***	3.172
Restante de doenças do ap. respiratório†††	725	Outras doenças bacterianas ††	2.286
Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus.	651	Senilidade	1.958
Doenças do fígado	533	Restante de doenças do ap. circulatório‡	1.879
Restante de doenças do ap. circulatório‡	523	Desnutrição	1800

Fonte: BRASIL, 2010a.

* Principalmente infarto agudo do miocárdio; ** Principalmente insuficiência cardíaca; *** Inclui os óbitos por causas mal especificadas, mas não inclui “mortes sem assistência” e “senilidade”; † Que inclui neoplasias menos comuns como intestino delgado, vesícula, seios da face, ossos e outras não especificadas; †† Principalmente as doenças alcoólicas do fígado; ††† Que inclui apendicite, hérnias, isquemia mesentérica e obstrução intestinal; ‡: A maioria por complicações de infecções de vias aéreas e causas não especificadas; †† Principalmente aneurismas, doenças vasculares periféricas e varizes esofagianas.

A mortalidade por doenças isquêmicas do coração também é a principal causa dentre as mulheres. Embora a população de mulheres nesta idade seja 20% superior à dos homens, o número de mortes por doenças isquêmicas do coração e outras doenças cardíacas corresponde aproximadamente a 2/3 daquele dentre os homens.

As doenças cerebrovasculares são quase tão importantes quanto às isquêmicas do coração. O diabetes tem maior importância relativa, com número de óbitos superior ao dos homens da mesma idade. As doenças associadas ao tabagismo (DPOC e câncer de pulmão) também são relevantes, embora correspondam respectivamente a apenas 1/3 e metade dos óbitos de homens da mesma idade. Se fossem somadas, as neoplasias da mama, do cólon, do colo do útero, do estômago (essas duas últimas não apresentadas) e as neoplasias “restantes”, ocupariam a 1ª posição, com 4.821 óbitos.

As pneumonias e o “restante das doenças do aparelho respiratório” também constam da lista, mas não os acidentes de transporte; o número de óbitos por doenças do fígado corresponde a um terço do ocorrido com homens da mesma idade.

Dentre as idosas mais velhas, assim como ocorre com os homens mais velhos, as doenças cerebrovasculares passam à primeira posição, mas seriam superadas pela soma das doenças isquêmicas do coração e insuficiência cardíaca. Passam a ter grande importância as mortes por pneumonia (quarta posição) e as outras doenças respiratórias. O diabetes mantém sua relevância, tendo provocado 6% do total de óbitos desta faixa etária. As mulheres muito idosas apresentam ainda como importantes causas de morte a doença de Alzheimer, septicemia, senilidade e desnutrição, mas não as principais neoplasias (mama, cólon e colo do útero).

3.2| Questões de sexo e questões de gênero

A heterogeneidade da mortalidade de homens e mulheres se deve em parte às “questões de sexo”. É o caso da sobremortalidade de homens adultos e idosos jovens por complicações da aterosclerose (como a cardiopatia isquêmica e doença cerebrovascular). Você viu acima que esta vantagem feminina é perdida nas faixas etárias mais avançadas.

Estas diferenças são intensamente mediadas por questões hormonais, mas são também “questões de gênero”, ou seja, ligadas a comportamentos específicos que dependem de fatores socioculturais de homens e mulheres.

As questões de gênero têm múltiplos determinantes que foram discutidos em excelente revisão de Laurenti, Mello Jorge e Gotlieb (2005). Eles afirmaram que as mortes associadas à violência, neoplasias da próstata e doenças tabágicas evidenciam significativa demanda da população masculina não contemplada por programas de saúde de grande alcance, ao contrário do que ocorre com crianças, mulheres e idosos.

Possivelmente você já observou a presença mais frequente de mulheres nos centros de saúde. Segundo aqueles autores, antes de refletir pior estado de saúde, a tendência tem como causas questões de sexo e gênero: a adesão a programas de pré-natal (“questão de sexo”) ou de rastreamento de neoplasias (aos quais os homens são avessos) e a tarefa de acompanhar a estes serviços os pais e filhos (“questões de gênero”).

As visitas acabam representando oportunidades de diagnóstico precoce de doenças como diabetes e hipertensão, em estágios assintomáticos, potencializando as vantagens “hormonais” das mulheres.

Por outro lado, homens têm inúmeras desvantagens: em virtude de trabalharem fora de casa têm restrições de horário para comparecer aos serviços de saúde e maior risco de acidentes de trabalho e de trânsito (no percurso para o trabalho). Além da prevalência de hábitos como alcoolismo, drogadição e tabagismo e maior risco de envolvimento em homicídios.

Concluindo

A sobremortalidade masculina de adultos e de idosos jovens e sua consequência - a “feminização” do envelhecimento - resultam, portanto, das maiores taxas de mortalidade por doenças circulatórias, outras doenças associadas ao tabagismo (neoplasias e DPOC), alcoolismo (algumas neoplasias digestivas e hepatopatia alcoólica) e causas externas (mortes violentas e atropelamentos), entre os homens.

Nas idades mais avançadas, as questões de sexo e gênero tornam-se insuficientes para amenizar o efeito avassalador dos fatores de risco cardiovasculares acumulados ao longo da vida.

Como você viu, as mulheres muito idosas passam a ostentar taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares, isquêmicas do coração, e insuficiência cardíacas quase equivalentes às dos homens.

O mesmo vale para as pneumonias: dentre as idosas jovens, a mortalidade corresponde à metade da taxa dos idosos jovens, mas as taxas praticamente se igualam após os 80 anos.

Isto sugere que fatores protetores de “sexo” e “gênero” não são suficientes para compensar os mecanismos predisponentes às pneumonias em idosos frágeis, como os distúrbios da deglutição ou a desregulação do sistema imunológico.

3.3| Neoplasias e causas externas: dois capítulos à parte

O envelhecimento da população geralmente associa-se ao aumento da incidência de neoplasias, pois estas são muito mais frequentes em idosos. Como veremos a seguir, até mesmo o comportamento de neoplasias comuns a ambos os sexos reflete influências de gênero.

Dentre os idosos jovens, a **neoplasia do cólon** tem taxa de mortalidade aproximadamente semelhante entre homens e mulheres, mas as neoplasias do esôfago e estômago (para as quais alcoolismo e tabagismo são fatores de risco) são três a quatro vezes mais comuns em homens.

A mortalidade por **neoplasias da traqueia, brônquios e pulmões**, quase exclusivamente associadas ao tabagismo, é praticamente três vezes maior em homens que mulheres tanto dentre idosos jovens quanto mais velhos.

No Brasil o consumo de tabaco encontra-se em declínio dentre os homens, mas não dentre as mulheres, e já é equivalente para ambos os sexos dentre os adolescentes. Podemos, portanto, prever um novo perfil de doenças relacionadas ao tabagismo em idosos nas próximas décadas, como já ocorre na Europa. Nos últimos 25 anos as taxas de mortalidade por neoplasias da traqueia, brônquios e pulmões já vêm declinando acentuadamente dentre os homens de 30 a 70 anos, mas aumentando nas mulheres da mesma faixa etária; mantidas as tendências, a mortalidade de homens e mulheres por estas neoplasias se equivalerão em dez anos.

Algumas das principais neoplasias, por outro lado, têm óbvia associação com “questões de sexo”, como é o caso das neoplasias da mama e próstata.

A **neoplasia da mama** situa-se entre as 10 principais causas de morte de idosos jovens, em grande parte pelo fato de que 60% dos casos no Brasil são diagnosticados em estágios avançados.

Um estudo realizado em Campo Belo, MG, com todas as idosas de um bairro demonstrou que somente 6% haviam realizado mamografia alguma vez na vida. Outro estudo, em Ouro Preto, MG, revelou que dentre as 136 idosas de uma amostra aleatória 51% nunca haviam realizado mamografia.

A **neoplasia da próstata** é uma das 10 principais causas de óbito dos idosos mais velhos. A taxa de mortalidade no Brasil quase triplicou no período entre 1980 e 2000 o que em parte se relaciona com o envelhecimento da população e práticas inadequadas de rastreamento. No estudo de Ouro Preto, por exemplo, 85% dos idosos não haviam realizado o toque retal nos últimos 12 meses e 44% deles nunca haviam realizado a dosagem do antígeno prostático específico (PSA).

Leia estas três afirmativas, sobre o rastreamento de neoplasias no Brasil.

1. A maioria dos idosos não realiza periodicamente a pesquisa de sangue oculto nas fezes, para rastreamento da neoplasia de cólon.
2. A maioria das mulheres idosas não realiza periodicamente a mamografia.
3. A maioria dos homens idosos não realiza anualmente o toque retal e a dosagem do PSA (antígeno prostático específico) para rastreamento da neoplasia de próstata.

Vamos pensar...

Qual a realidade da sua área de abrangência?

Volte agora aos Quadros 3 e 4. Tente identificar “causas externas” de morte. Veja que os acidentes de transporte são importantes dentre os homens idosos jovens, representando 1/3 de todos os óbitos deste grupo. Já dentre os homens octogenários, as quedas representam 1/3 de todas as causas externas de morte, e o dobro dos óbitos por acidentes de transporte.

Veja também que se compararmos idosos jovens e octogenárias, o número de óbitos por quedas é 10 vezes maior dentre estas últimas (161 x 1662). Estes óbitos provocados por quedas representam metade do total de óbitos por causas externas e superam a mortalidade por neoplasia do cólon ou da mama.

Nesta parte nos concentramos sobre as causas de morte de idosos no Brasil. Na próxima vamos complementar nossa visão sobre a transição epidemiológica brasileira analisando as internações hospitalares de idosos.

3.4| O que nos reserva o futuro?

É interessante analisar as tendências da mortalidade de idosos no Brasil para que sua equipe possa se antecipar às novas demandas. A bem da verdade, várias destas mudanças têm ocorrido como resultado do trabalho de equipes como a sua.

Desde 1980, portanto bem antes da oferta de procedimentos de elevado custo para o tratamento do acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, vem ocorrendo declínio da mortalidade de idosos jovens por doenças circulatórias. O fato provavelmente se explica pela ampliação do acesso aos procedimentos de baixa complexidade, como o uso de anti-hipertensivos e controle do diabetes.

O aumento da prevalência da obesidade e diabetes no país, por outro lado, resultará em novo incremento da mortalidade circulatória. A Pesquisa de Orçamentos Familiares realizada em 2010 pelo IBGE apresentou dados preocupantes: o excesso de peso vem aumentando desde a década de 70, já acomete metade dos brasileiros adultos e em dez anos alcançará 2/3 deles. Dentre os idosos jovens, dois terços dos homens e quatro quintos das mulheres têm sobrepeso ou obesidade. E o pior: a prevalência é ainda maior dentre os adultos com 55 a 64 anos, os futuros idosos.

A pesquisa “Um panorama da saúde no Brasil” publicada em, 2010 também pelo IBGE revelou dados que provavelmente você tem observado em sua área de abrangência. Apenas 10% dos adultos praticam atividade física no Brasil. Além disso, entre 1970 e 2008, a proporção de pessoas envolvidas em atividades agrícolas - associadas ao maior gasto energético - caiu de 44% para 17%. Como resultado, no período entre 1990 e 2006 aumentou a taxa de mortalidade de idosos jovens por diabetes.

Mas nem tudo são más notícias. À medida que os brasileiros adultos começarem a alcançar os 65 anos, algumas mudanças favoráveis deverão ocorrer. Um estudo revelou que 65% das brasileiras de 18 a 69 anos já fizeram Papanicolau, e quase metade daquelas com 40 a 69 anos fizeram uma mamografia. Acredita-se, quando idosas, elas continuarão realizando os procedimentos periodicamente. Já no caso dos homens, a queda da prevalência de tabagismo deverá se refletir no declínio das mortes associadas: 1/3 de todas as formas fatais de câncer e grande proporção das doenças circulatórias e pulmonares.

Uma nota final sobre os octogenários: o aumento da proporção destes idosos muito idosos deverá elevar a incidência de quedas e fraturas. O aumento da prevalência da doença de Parkinson, das demências e do estado de fragilidade resultará em maior número de óbitos associados às pneumonias de aspiração por disfagia e às úlceras de pressão em idosos acamados. Sua equipe está preparada?

Parte 4

Internações de idosos

As internações hospitalares, de um modo geral, refletem a frequência das doenças de maior gravidade em uma determinada população. São dados úteis para caracterizar a saúde dos idosos, porque o registro da causa e duração das internações é compulsório; além disto, durante o período de internação é mais fácil firmar o diagnóstico correto da doença. Na parte anterior, discutimos detalhadamente as causas de morte de idosos no Brasil. Nesta parte, faremos inferências sobre as condições de saúde e as doenças mais prevalentes dentre os idosos, analisando os dados sobre internações hospitalares. Vamos analisar inicialmente a frequência de internações no Brasil de acordo com a faixa etária, e o custo destas internações. Em seguida detalharemos as causas de internação e vamos comparar dados de homens e mulheres, e de idosos “jovens” e “mais velhos”.

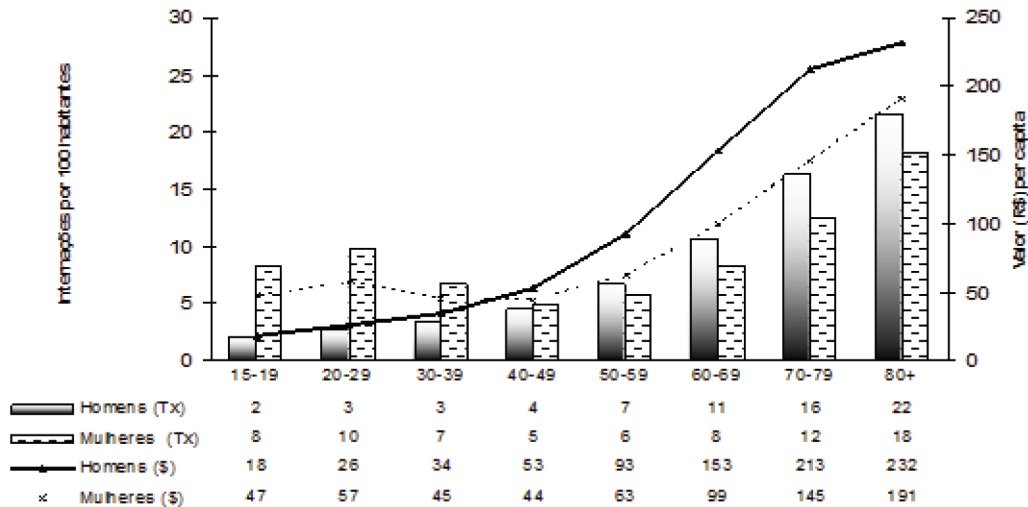
4.1 | Taxas e custos de internação

Observe a Figura 8, ela apresenta a taxa e o valor per capita das internações nos hospitais do SUS, por sexo e faixa etária, em 2010. As colunas indicam a taxa de internações dos homens (cinza) e das mulheres (tracejado), desde o grupo etário de 15-19 anos até o grupo com 80 anos de idade ou mais. As linhas correspondem ao valor per capita das internações de homens (linha contínua) e mulheres (linha tracejada), para os mesmos grupos etários.

Na tabela abaixo do gráfico estão os valores que levaram à construção do gráfico; as duas linhas de cima indicam o número de internações por habitante

de cada sexo e faixa etária em 2010; as duas de baixo indicam o valor per capita, em reais, das internações hospitalares de cada sexo e faixa etária. Antes de analisarmos o gráfico, procure observar duas tendências muito evidentes: a diferença entre homens e mulheres, e entre jovens e idosos.

Figura 8 - Taxa e valor per capita das internações pelo SUS por sexo e faixa etária – 2010



Fonte: BRASIL, 2010a.

Os números na tabela correspondem ao número de internações por 100 habitantes daquele sexo e faixa etária, e ao custo de todas as internações do mesmo grupo, em milhões de reais.

Dentre as principais causas de internação de idosos (insuficiência cardíaca e pneumonia), os custos médios dos homens são superiores aos das mulheres. O custo mais baixo das internações de mulheres idosas, quando comparadas aos homens, pode representar a maior gravidade das doenças dos homens. Isto ocorreria porque homens controlam precariamente seus fatores de risco ao longo da vida, se beneficiam menos de atividades de prevenção e procuram auxílio médico mais tardiamente.

4.2| Causas de internação de idosos jovens: 60 a 69 anos

O Quadro 5 apresenta as principais causas de internação de idosos jovens pelo SUS em 2010, de acordo com o sexo. Veja os valores absolutos e a proporção de internações de cada causa, dentre o total de internações.

Quadro 5 - Principais causas de internação de idosos de 60 a 69 anos

Grupos de doenças (de acordo com o Quadro 3)	Homens			Mulheres			Total		
	n	%	Tx	n	%	Tx	n	%	Tx
Cardiopatia não isquêmica	41.858	8,0	8,5	35.826	7,6	6,3	77.684	7,8	7,3
Pneumonia	40.730	7,8	8,3	35.972	7,6	6,3	76.702	7,7	7,2
Cirurgias eletivas	42.151	8,1	8,6	30.138	6,4	5,3	72.289	7,3	6,8
Cardiopatia isquêmica	37.578	7,2	7,7	24.529	5,2	4,3	62.107	6,3	5,8
Neoplasias	24.503	4,7	5,0	23.811	5,1	4,2	48.314	4,9	4,5
Doenças cerebrovasculares	27.040	5,2	5,5	20.580	4,4	3,6	47.620	4,8	4,5
Doença pulmonar obstrutiva crônica	22.054	4,2	4,5	19.917	4,2	3,5	41.971	4,2	4,0
Nefropatias	22.918	4,4	4,7	18.466	3,9	3,2	41.384	4,2	3,9
Diabetes melito	14.158	2,7	2,9	19.713	4,2	3,5	33.871	3,4	3,2
Colelitíase e colecistite	8.804	1,7	1,8	22.088	4,7	3,9	30.892	3,1	2,9
Doenças hipertensivas	12.639	2,4	2,6	16.569	3,5	2,9	29.208	2,9	2,7
Septicemia e doenças bacterianas	15.272	2,9	3,1	12.684	2,7	2,2	27.956	2,8	2,6
Fratura de fêmur e ossos dos membros	11.612	2,2	2,4	14.266	3,0	2,5	25.878	2,6	2,4
Diarreia infecciosa	10.278	2,0	2,1	15.286	3,2	2,7	25.564	2,6	2,4
Doenças arteriais e venosas	10.601	2,0	2,2	8.578	1,8	1,5	19.179	1,9	1,8

Fonte: BRASIL, 2010a.

Tx: taxa de internações por 1.000 habitantes.

Você pode observar que as cardiopatias não isquêmicas foram a principal causa de internação, três quartos das quais por insuficiência cardíaca (IC). Se somadas às outras causas (cardiopatias isquêmicas, doenças cerebrovasculares e doenças hipertensivas), as doenças circulatórias foram responsáveis por pouco mais de um quinto de todas as internações no período, ou o dobro das doenças respiratórias (pneumonia e Doença pulmonar obstrutiva crônica- DPOC) somadas. Embora esta faixa etária compreenda somente 5,5% da população brasileira, as internações por IC deste grupo etário representaram quase um terço de todas as internações por esta causa no Brasil. A taxa de internação por cardiopatia isquêmica dos homens foi praticamente o dobro da taxa das mulheres da mesma idade, e por doença cerebrovascular aproximadamente 30% superior.

Ocorreram 56 mil internações por pneumonia (três quartos do grupo Pneumonia) e 30 mil por DPOC, com taxas bastante parecidas entre ambos os sexos.

As cirurgias eletivas mais comuns foram as hernioplastias (26 mil) e hiperplasia benigna da próstata (6,3 mil) dentre os homens, as cirurgias para varizes e prolapso genital (cerca de oito mil cada) dentre as mulheres, e para ambos os sexos a cirurgia de catarata (oito mil no total).

As internações por neoplasias foram frequentes em ambos os sexos. As mais comuns em homens foram próstata (oito mil), estômago, esôfago

e pulmão (três mil cada); dentre as mulheres, foram mama (oito mil) e órgãos genitais (6,5 mil); em ambos os sexos, a colorretal (9,5 mil).

Vamos analisar agora as internações dos idosos mais velhos e então discutir os dados em conjunto.

4.3| Causas de internação de idosos octogenários

O Quadro 6 apresenta as principais causas de internação de octogenários pelo SUS em 2010, de acordo com o sexo. Veja os valores absolutos e a proporção de internações por cada causa, dentre o total de internações. Tente observar as principais diferenças entre as duas tabelas.

Quadro 6 - Principais causas de internação de idosos de 80 anos e mais

Grupos de doenças (de acordo com o Quadro 3)	Homens			Mulheres			Total		
	n	%	Tx	n	%	Tx	n	%	Tx
Pneumonia	39.697	16,3	35,1	47.778	15,8	28,7	87.475	16,0	31,3
Cardiopatía não isquêmica	29.710	12,2	26,3	37.230	12,3	22,4	66.940	12,2	24,0
Doenças cerebrovasculares	16.463	6,8	14,6	21.686	7,2	13,0	38.149	7,0	13,7
Doença pulmonar obstrutiva crônica	15.971	6,5	14,1	14.515	4,8	8,7	30.486	5,6	10,9
Nefropatias	14.731	6,0	13,0	13.055	4,3	7,8	27.786	5,1	9,9
Septicemia e doenças bacterianas	9.750	4,0	8,6	13.169	4,3	7,9	22.919	4,2	8,2
Fratura de fêmur/ossos de membros	5.328	2,2	4,7	15.175	5,0	9,1	20.503	3,8	7,3
Diarreia infecciosa	8.051	3,3	7,1	11.544	3,8	6,9	19.595	3,6	7,0
Desnutrição e depleção de volume	7.444	3,1	6,6	9.112	3,0	5,5	16.556	3,0	5,9
Cardiopatía isquêmica	7.561	3,1	6,7	8.456	2,8	5,1	16.017	2,9	5,7
Doenças hipertensivas	5.728	2,3	5,1	9.621	3,2	5,8	15.349	2,8	5,5
Diabetes melito	5.080	2,1	4,5	9.639	3,2	5,8	14.719	2,7	5,3
Cirurgias eletivas	7.781	3,2	6,9	5.332	1,8	3,2	13.113	2,4	4,7
Neoplasias	6.834	2,8	6,0	5.845	1,9	3,5	12.679	2,3	4,5
Doenças arteriais e venosas	3.725	1,5	3,3	5.204	1,7	3,1	8.929	1,6	3,2

Fonte:BRASIL, 2010a.

Tx: taxa de internações por 1.000 habitantes.

Dentre os idosos mais velhos, as doenças respiratórias (pneumonias + DPOC) foram responsáveis por 21,6% das internações, o dobro da proporção dentre os idosos mais jovens, e quase a mesma proporção das doenças circulatórias somadas (25%). A taxa de internação de ambos os sexos por pneumonia é mais do que quatro vezes maior que a dos idosos com 60-69 anos. Ainda nesta idade, as taxas dentre os homens são mais elevadas que as das mulheres; no caso da DPOC, 40% maior.

Veja que a taxa de internação por cardiopatias não isquêmicas dos octogenários é mais que o triplo dos sexagenários. Esta também foi a

principal causa de internação dentre as doenças circulatórias, 80% das quais por insuficiência cardíaca. Embora esta faixa etária compreenda somente 1,5% da população brasileira, as internações por IC deste grupo etário representaram 1/5 de todas as internações por esta causa no Brasil.

A taxa de internação por doenças cerebrovasculares dos octogenários também é bem maior que a dos idosos com 60-69 anos: três vezes maior dentre os homens e quatro vezes maior dentre as mulheres. Já a cardiopatia isquêmica, embora com menor importância relativa, persiste como uma causa frequente de internações. Observe que a taxa de internação dos homens foi somente 15% superior à das mulheres da mesma idade.

As internações para cirurgias eletivas têm as mesmas causas, mas taxas mais baixas em ambos os sexos. A taxa de internação por neoplasias é aproximadamente 15% menor que dentre os idosos com 70-79 anos (dados que não foram apresentados). As principais localizações foram a próstata (três mil internações) dentre os homens, e a mama (duas mil) e órgãos genitais (mil) dentre as mulheres; em ambos os sexos, a colorretal (2,5 mil). Somadas, as neoplasias do estômago, esôfago, pulmão e bexiga foram a causa de quase três mil internações de homens e cerca de 1.500 de mulheres.

Dentre os idosos mais velhos ganham importância as internações por “septicemia e doenças bacterianas”, fraturas e diarreia infecciosa (cujas taxas são o triplo das taxas dos sexagenários). “Desnutrição” e “depleção de volume” causaram mais de 16 mil internações.

Você consegue pensar em algumas maneiras pelas quais sua equipe poderia reduzir as internações de idosos por doenças respiratórias e circulatórias?

4.4| Análise das causas de internação de idosos

Observamos na parte anterior que a proporção de internações de idosos por doenças circulatórias, respiratórias e neoplasias é muito maior do que a proporção de idosos na população na geral. Cerca de um quinto de todos os pacientes internados pelo SUS em 2010 para tratamento de insuficiência cardíaca (IC) eram octogenários, mas este grupo representava somente 1,5% da população.

Esta sobrerrepresentação é consequência da somatória da redução da reserva fisiológica associada ao envelhecimento, do efeito dos hábitos de vida inadequados e das lesões de órgãos-alvo provocadas pelas doenças crônico-degenerativas. Do ponto de vista da saúde pública as epidemias

de “hipertensão” ou “tabagismo” em adultos permanecem silenciosas até que o organismo se torne incapaz de superar os agravos, o que geralmente ocorre após os 60 anos.

As internações por insuficiência cardíaca, doenças hipertensivas, cardiopatia isquêmica e doença cerebrovascular retratam as dificuldades encontradas pela Atenção Primária à Saúde no controle ambulatorial destas doenças e seus fatores de risco. Esta não é uma prerrogativa do Brasil, mas comparados aos países desenvolvidos, aqui as complicações ocorrem precocemente.

As doenças circulatórias lideram não somente as estatísticas de mortalidade, mas também as causas de internação hospitalar. Embora a IC seja uma importante causa de internação de idosos, a eficácia do tratamento hospitalar reduz a sua letalidade e, pelo menos dentre os idosos mais jovens, a IC não figura dentre as principais causas de morte.

Do mesmo modo, e pelos mesmos motivos, você viu que as pneumonias e a DPOC figuram dentre as principais causas de internação, mas não de morte, especialmente dentre os idosos mais jovens. O contrário ocorre com as doenças cerebrovasculares cuja elevada letalidade coloca o grupo no topo do ranking das causas de morte apesar da frequência relativamente menor de internações.

Também é muito relevante o número de internações para tratamento das neoplasias. A maioria delas seria suscetível ao tratamento ambulatorial se detectadas precocemente. Os procedimentos de rastreamento são amplamente conhecidos e a maioria deles – como a pesquisa de sangue oculto nas fezes, o exame digital da próstata, a dosagem do PSA, o esfregaço cervical e o exame de urina - têm baixo custo e são amplamente oferecidos no SUS. Aproveite a oportunidade e discuta com a sua equipe: os idosos, por um “preconceito de idade”, estariam deixando de ser submetidos aos procedimentos de rastreamento?

As informações sobre a morbidade hospitalar também remetem às questões de “sexo” e “gênero”. Dentre os idosos mais jovens as taxas de internação por cardiopatia isquêmica e doença cerebrovascular dos homens são muito mais elevadas que as taxas das mulheres. O fato reflete a realidade que você observa na sua unidade de saúde: mais acesso ao sistema de saúde, diagnóstico precoce e tratamento de doenças circulatórias e seus fatores de risco.

Aos 80 anos, entretanto, sem que haja uma redução das taxas dentre os homens, as taxas de internação por aquelas doenças praticamente se equivalem entre os sexos. Isto provavelmente resulta da evolução da

hipertensão, diabetes e dislipidemias nas mulheres idosas em um período de duas a três décadas já sem os efeitos protetores do estrogênio.

Questões de “gênero” relacionadas à prevalência do hábito de fumar estão entre as causas das maiores taxas de internação dos homens por outras doenças relacionadas ao tabaco, além das doenças circulatórias: as taxas de internação por DPOC (e também por pneumonia) são mais elevadas dentre os homens, especialmente os octogenários. As neoplasias associadas ao tabaco, mas comuns a ambos os sexos (estômago, esôfago, pulmão e bexiga), foram causa de 2,5 internações/1.000 homens, mas somente uma internação para cada mil mulheres.

Outro problema relevante no seu dia a dia: as doenças respiratórias. As taxas de internação por pneumonia são progressivamente maiores dentre os idosos de 60 e 70 anos, mas é dentre os octogenários que elas superam largamente a IC. Idosos frágeis, com o sistema imunológico debilitado, acamados, e com disfagia consequente às demências, acidente vascular cerebral e Parkinson representam grande parte destas hospitalizações.

Outras causas de internação dos octogenários retratam a fragilidade deste grupo. As internações por diarreia (vinte mil), desnutrição (onze mil) e desidratação (seis mil) demonstram a dificuldade de prestar assistência a esta população.

As setenta mil internações por fraturas são um alerta para a sua equipe sobre a necessidade de programas dirigidos à prevenção e tratamento da osteoporose e quedas.

Nesta parte analisamos as tendências das internações hospitalares dentro do contexto do envelhecimento populacional. A seguir você verá que estes dados ainda são insuficientes. Para caracterizar a saúde – e doença – dos idosos; é necessário saber o que se passa dentro de suas casas...



Atividade 2

Aumento da proporção de idosos; redução do número de filhos; controle (insuficiente) de doenças crônicas degenerativas; rastreamento (insuficiente) de neoplasias; aumento da demanda por internação hospitalar. Estes problemas vêm ocorrendo na sua área de abrangência? São cada vez mais importantes? Sua equipe tem uma estratégia para minimizar o impacto epidemiológico do envelhecimento populacional?

Vamos discutir no Fórum!

Parte 5

Saúde e doença de idosos residentes na comunidade

Como vimos na parte anterior, as informações sobre mortalidade e causas de internação de idosos oferecem uma boa visão sobre o impacto dos problemas de saúde mais graves desta faixa etária. No entanto, grande parte das doenças e limitações dos idosos não provoca morte nem leva à internação; para conhecê-las é necessário discutir alguns estudos de base populacional realizados com idosos residentes na comunidade. Vamos analisar também informações relacionadas aos vínculos sociais desta população.

Veja a importância de algumas doenças e condições que não causam diretamente óbito e internações hospitalares e, portanto ficaram “ocultas” da nossa análise nas partes anteriores:

Doenças de grande impacto sobre a família: demências.

Doenças com potencial de risco muito elevado: quedas.

Doenças incapacitantes para o paciente: osteoartrose.

Doenças que comprometem a autoestima: depressão.

Doenças que afetam a qualidade de vida: incontinência urinária.

Estágios precursoros de doenças: dislipidemia (risco de infarto e doenças cerebrovasculares).

Estágios assintomáticos de doenças: osteoporose (risco de fraturas).

No campo da gerontologia, considera-se fundamental preservar não somente a saúde física e mental dos idosos, mas também sua capacidade funcional. Doenças crônicas tornam-se mais importantes na medida em que comprometem a independência do idoso como é o caso da osteoartrose, catarata ou sequelas do acidente vascular cerebral.

Para refletir...

Na sua área de abrangência, que doenças provocam as maiores limitações funcionais dentre os idosos? Elas são mais prevalentes em idosos mais velhos? Ou mais pobres? Elas seriam potencialmente evitáveis?

Glossário

Estudos de base populacional: a amostra é parte da população de um bairro ou de uma cidade.

Amostra aleatória: originada de sorteios padronizados, como nas pesquisas eleitorais; representam com fidelidade toda a população.

Assim como ocorre durante uma consulta com um paciente idoso, portanto, estudos sobre a saúde dos idosos devem também avaliar sua competência funcional, ou seja, a capacidade para realizar sem auxílio algumas atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) - como utilizar transporte público, usar o telefone ou preparar uma refeição. Devem avaliar também a capacidade para realizar atividades básicas da vida diária (ABVDs) - como tomar banho ou passar da cama para uma cadeira.

5.1 | Avaliações multidimensionais de base populacional

Os estudos de amostras aleatórias de base populacional permitem caracterizar de maneira confiável as condições de saúde da população geral e oferecem subsídios fundamentais para elaborar as estratégias de intervenção. Nesta parte apresentaremos os resultados dos estudos de base populacional sobre a saúde de idosos mais importantes realizados no Brasil.

O Estudo SABE

O Projeto Sabe (Saúde, bem-estar e envelhecimento.) é um estudo multicêntrico que tem por objetivo de avaliar o estado de saúde das pessoas idosas para projetar as necessidades de saúde. No Brasil, teve sua primeira rodada realizada no município de São Paulo, em 2000, quando foram entrevistadas mais de 2.100 pessoas de 60 anos e mais.

O estudo demonstrou que praticamente um quinto dos idosos necessitava de auxílio para realizar pelo menos uma ABVDs, ou seja, limitações que afetam a sobrevivência e qualidade de vida (Quadro 7). Deste grupo um terço era altamente dependente e necessitava de auxílio em pelo menos três atividades. A necessidade era maior dentre os mais idosos entre as mulheres, independente da idade. No entanto, os homens dependentes recebiam mais auxílio do que as mulheres, refletindo a melhor qualidade do cuidado provido pelas esposas.

Quadro 7 - Necessidade de auxílio para realizar atividades de vida diária entre os idosos do Município de São Paulo.

Atividades	%
Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs)	
Levantar e sentar da cadeira/cama	16,3
Vestir a parte de cima ou de baixo do corpo	20,1
Tomar banho	10,2
Ir ao banheiro sozinho	7,9
Andar um quarto caminhando	8,4
Comer (a partir de um prato)	4,7
Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)	
Utilizar transporte de forma independente	26,0
Fazer compras de forma independente	18,1
Tomar as próprias medicações	14,1
Cuidar do próprio dinheiro	12,7
Utilizar o telefone	11,2
Preparar uma refeição quente	7,3
Não costuma fazer (1)	21,4
Realizar tarefas domésticas pesadas	29,6
Não costuma fazer (1)	27,0
Realizar tarefas domésticas leves	12,3
Não costuma fazer (1)	19,7

Fonte: LEBRÃO *et al.*, 2005.

*: os números representam a porcentagem. (1) Atividades com importante influência cultural causando possível diferencial de gênero.

Praticamente um terço das mulheres idosas jovens (60 a 74 anos) - mas nenhum homem idoso - continuavam a realizar tarefas domésticas leves; atividades pesadas continuavam sendo realizadas por um quarto das idosas jovens. O fato sugere, segundo os autores, que apesar do declínio funcional associado ao envelhecimento, a sobrecarga de trabalho feminino se mantém até idades mais avançadas, quando cuidar do marido se torna uma nova tarefa.

A proporção de idosos dependentes para AIVDs era ainda maior (26,5%). A principal AIVD acometida era a capacidade de "ir sozinho a outros lugares". O fato ressalta a importância de terceiros para a integração social de parcela significativa dos idosos de São Paulo.

Para refletir...

Na sua área de abrangência há muitos idosos altamente dependentes? Como é o arranjo familiar destes domicílios? Há arranjos familiares melhores e piores para os idosos dependentes?

Dentre os 66 tipos de arranjos domiciliares encontrados, aqueles com as maiores proporções de idosos dependentes são os trigeracionais (idosos, filhos e netos) e os arranjos onde pessoas externas à família (geralmente um cuidador contratado) vivem com o idoso. Ainda segundo os autores, a baixa frequência deste último arranjo (7%) sugere que os laços familiares ainda são o recurso disponível para manter os cuidados aos idosos, ainda que em situações não completamente satisfatórias.

O acompanhamento do estudo demonstrou que a população idosa do município de São Paulo é cada vez mais feminina e envelhece com mais doenças e incapacidades. Os autores destacaram a importância de pensar políticas relacionadas ao auxílio das famílias no cuidado de idosos mais dependentes, inclusive pelo fato de ter aumentado a proporção de idosos que moravam sozinhos.

O Estudo de Ouro Preto

Uma amostra aleatória representativa dos idosos (60 anos e mais) de Ouro Preto (MG) foi submetida a uma avaliação multidimensional que contemplava diversas especificidades de uma investigação de idosos (CHAIMOVICZ; COELHO, 2004). Cerca de 180 idosos com idade mediana de 67 anos foram avaliados. Neste grupo, três quartos eram mulheres, um terço brancos, metade tinha escolaridade menor que quatro anos, e 60% pertenciam às classes de renda D e E. O grupo se parece com os idosos da sua área de abrangência?

Praticamente todos os idosos (99%) não cumpriam adequadamente os procedimentos para rastreamento de neoplasias: 98% por exemplo, não haviam feito a pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 12 meses pregressos (44% nunca haviam realizado). Dentre os homens, 85% não haviam feito o exame digital da próstata nos 12 meses pregressos e 44% nunca haviam feito a dosagem do PSA. Dentre as mulheres 45%, não haviam feito o exame clínico da mama nos 12 meses pregressos e 51% nunca haviam feito mamografia; 32% não nunca haviam feito o esfregaço de Papanicolau e outros 27% não o haviam feito nos 12 meses pregressos. Estavam dentro do calendário, as imunizações contra febre amarela (80% dos idosos), influenza (74%) e tétano (61%) e pneumonia (53%).

Má visão foi referida por 62% dos idosos e restringia algum tipo de atividade para 33% deles; 44% relatavam dificuldade para ouvir, 69% para entender palavras e 31% para assistir televisão, ouvir rádio ou conversar ao telefone. A maioria 79% não se consultava com um dentista há mais de

12 meses; 14% se queixavam de dor, incômodo ou sangramento na boca e 20% deixou de ingerir algum alimento por dificuldade para mastigar.

Algumas das grandes síndromes geriátricas eram muito prevalentes: incontinência urinária foi relatada por 64% dos idosos, 55% dos quais informaram que provocava incômodo ou levava à restrição de atividades; quedas foram referidas por 38% da amostra (18% provocando fraturas); 48% dos idosos necessitavam de auxílio para realizar pelo menos uma ABVD ou AIVD.

Os rastreamentos para depressão e déficit cognitivo identificaram como possíveis casos 28% e 24% dos idosos, respectivamente. A avaliação do risco de isolamento social revelou dados surpreendentes: 65% deles poucas vezes ou nunca costumavam recorrer à família quando acometidos por problemas de saúde e emocionais, 33% poucas vezes ou nunca participavam das decisões importantes da família e 24% poucas vezes ou nunca costumavam se encontrar com amigos, vizinhos ou parentes.

Idosos “não brancos” e de renda ou escolaridade mais baixas apresentavam desvantagens na maioria dos domínios avaliados. Em última análise, o estudo revelou que embora relativamente jovens os idosos de Ouro Preto já apresentam elevada prevalência de síndromes geriátricas (como incontinência urinária) e fatores de risco para dependência (como quedas) sugerindo que dentre eles o envelhecimento bem sucedido será privilégio de poucos.

Concluindo a seção 1

Você viu nessa seção que a proporção de idosos no Brasil ainda é pequena, e constituída, em sua maioria, por “idosos jovens”, com muitos filhos. A maioria destes idosos recebe aposentadoria e grande parcela possui casa própria. Suas condições financeiras, em média são melhores que a de seus filhos permitindo o auxílio entre as gerações.

No entanto, já se observa aumento expressivo da prevalência de doenças crônicas e necessidade de auxílio para realização de atividades cotidianas, especialmente dentre os idosos mais velhos e de renda mais baixa.

Você viu também que os custos de internação são crescentes e a oferta de serviços públicos substitutivos aos asilos praticamente inexistente.

O futuro parece sombrio, pois as extensas coortes (os grupos populacionais) de adultos de hoje são caracterizadas por elevada prevalência de fatores de risco para neoplasias e doenças circulatórias, alto índice de

Para refletir...

A amostra ainda se parece com a dos idosos da sua área de abrangência? Visão, audição e saúde bucal são investigadas por sua equipe? Sua equipe costuma investigar “as síndromes geriátricas”? Como?

desemprego e trabalho informal e capacidade reduzida de poupar.

Hoje as famílias têm menos filhos e o número de separações têm aumentado, bem como a participação feminina no mercado de trabalho. Estes fatores deverão reduzir a disponibilidade de cuidadores para os idosos no futuro.

Nas próximas quatro décadas, com a “explosão demográfica da terceira e quarta idades;” surgirá uma população de idosos mais dependentes, com menos recursos próprios e que receberá, mantidas as atuais tendências, precário suporte formal do governo e informal de suas famílias.

A proporção dos idosos “mais idosos” aumentará acarretando crescimento desproporcional das demandas sociais e de saúde.

Em um futuro próximo, as medidas direcionadas à manutenção e recuperação da independência funcional terão que revolucionar os modelos de cuidado, criando um paradigma que enfatize a reabilitação do idoso e a integração das ações públicas com os mecanismos de suporte familiar.

Nesta nova realidade, a racionalização dos procedimentos de alta tecnologia e a ênfase nas modalidades, hoje, alternativas de assistência como os centros-dia, residências assistidas e internações domiciliares serão estratégias para mitigar o crescimento dos custos com a saúde.

O envelhecimento saudável somente se tornará uma realidade para os idosos brasileiros quando a aplicação intensiva dos métodos já existentes de promoção, tratamento e reabilitação da saúde passar a favorecer uma parcela da população muito maior do que a que hoje deles se beneficia.

Faça, portanto, bom proveito dos conhecimentos que irá adquirir neste Módulo. Utilize este novo olhar para identificar as demandas que emergem em sua área de abrangência. Discuta com sua equipe os conceitos que você assimilou e tente elaborar estratégias para minimizar o impacto do envelhecimento sobre a saúde da população que você assiste.

Na seção 2 modificaremos completamente o nosso foco. Da análise populacional, passaremos para a análise de cada indivíduo. Vamos estudar os principais problemas de saúde dos idosos brasileiros de maneira detalhada. Nosso objetivo será instrumentalizar você e sua equipe para prevenir, resolver ou minimizar o impacto destes problemas sobre a qualidade de vida do idoso e de suas famílias. Dona Josefina te aguarda.

Vamos lá?

Atividade 3

Em sua opinião, quais são os cinco principais problemas de saúde dos idosos da sua área de abrangência? Preencha o quadro indicando: 1) Como poderiam ter sido evitados; 2) Qual o seu impacto sobre o sistema de saúde; 3) Qual o seu impacto sobre a família; 4) Como poderia ser resolvidos, ou minimizados.



Problemas	Como evitar	Impacto: saúde	Impacto: família	Solução?

Imprima seu trabalho e guarde em seu portfólio impresso.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.



Seção 2

Abordagem dos problemas
clínicos de idosos

Parte 1

Iatrogenia e problemas com medicamentos

Para refletir...

Analise a foto. Imagine que é um paciente organizando os medicamentos que deverá tomar ao longo do dia. Você acha que esse paciente é um adulto ou um idoso? Por quê? Qual a razão de tomar tantos medicamentos? Há formas de reduzir esse número? Que problemas podem estar envolvidos na utilização de tantas drogas assim?



Fonte: : <http://www.sxc.hu/photo/755992>

1.1 | Iatrogenia e o envelhecimento

Iatrogenia pode ser definida como “o prejuízo provocado a um paciente pela omissão ou ação dos profissionais de saúde, mesmo que a intervenção tenha sido bem indicada e adequadamente realizada”. Veja alguns exemplos de iatrogenia e repare como em alguns deles não ocorreu, necessariamente, um “erro médico”:

Mialgias após a caminhada do grupo de hipertensos	Fratura decorrente de atividades da fisioterapia
Desnutrição por prescrição inadequada de dieta	Alergia provocada pela vacina contra tétano
Hematoma após venóclise	Cistite após passagem de sonda vesical de alívio
Epigastralgia causada por ácido acetilsalicílico	Fibrilação ventricular por intoxicação digitálica

Há mais chance de iatrogenia em idosos por vários motivos: eles apresentam taxas mais altas de analfabetismo (prejudicando a correta utilização da prescrição), têm mais doenças e frequentam mais o serviço de saúde. Isto aumenta a chance de sofrerem intervenções diagnósticas ou terapêuticas, mesmo que bem indicadas.

A iatrogenia medicamentosa é um importante capítulo da geriatria. Idosos em geral acumulam doenças crônicas que requerem tratamento farmacológico contínuo com número cada vez mais alto de medicamentos (“polifarmácia”). No entanto, o envelhecimento do organismo se acompanha de redução da reserva de diversos sistemas fisiológicos: a redução da complacência ventricular, do ritmo de filtração glomerular renal, da massa óssea e do fluxo sanguíneo hepático. Isso aumenta o risco e a intensidade de efeitos adversos e de diversas modificações da farmacocinética e farmacodinâmica das drogas. Por esses motivos, a prescrição em geriatria deve atender a alguns cuidados.

1.2| Tipos de iatrogenia medicamentosa

O objetivo, agora, é que você consiga identificar os principais tipos de iatrogenia medicamentosa em idosos e pensar em alternativas de tratamento – muitas delas não farmacológicas - para discutir com sua equipe.

No Apêndice, há uma atividade de recapitulação que você poderá fazer com sua equipe para reforçar os conceitos mais importantes. Quando os quadros dessa atividade estiverem preenchidos, servirão como um guia de referência rápida.

Vamos ver as modificações da farmacocinética e da farmacodinâmica no envelhecimento. A farmacocinética envolve o percurso da droga no organismo: a absorção, distribuição, metabolismo e excreção. Há diversas modificações com o envelhecimento.

Absorção

A deficiência de vitamina B12 é comum na **gastrite atrófica** e entre idosos que utilizam **cimetidina, ranitidina, omeprazol, pantoprazol e metformina**. Pode causar parestesias, depressão e **alterações cognitivas** - a cognição envolve linguagem, orientação temporal e espacial, memória, raciocínio, juízo, etc.

Os sintomas podem ocorrer mesmo sem o desenvolvimento da

anemia macrocítica. Essas drogas e anticonvulsivantes como a **fenitoína**, **fenobarbital** e **carbamazepina** podem provocar deficiência de absorção de ácido fólico, outra causa de anemia. Você conhece idosos nessa situação?

Você pode firmar o diagnóstico de deficiência de vitamina B12 e ácido fólico a partir de exames laboratoriais simples. Na impossibilidade de fazê-los, o tratamento de prova vale a pena. A reposição da vitamina B12 não deverá se feita por via oral – pois a absorção está prejudicada – e sim por via intramuscular. Um modo prático é a utilização de 5.000 µg, IM, semanalmente, durante um mês, depois mensalmente, por seis meses, e depois duas vezes por ano. O ácido fólico pode ser usado por via oral (1 a 2 mg ao dia).

Outro problema de absorção comum entre idosos é não respeitar o intervalo de duas horas entre a ingestão de sulfato ferroso e drogas com as quais ele forma complexos que impedem sua absorção, como levotiroxina, levodopa e quinolonas.

Distribuição

O envelhecimento provoca aumento da proporção de tecido adiposo, mesmo em idosos magros. Benzodiazepínicos como diazepam, clonazepam (Rivotril®), alprazolam (Frontal®, Apraz®) e bromazepam (Lexotan®) são **lipossolúveis** e se difundem amplamente no tecido adiposo. Isto acarreta duas consequências principais: a) **a concentração de equilíbrio da droga** será mais elevada que a de adultos; b) sua eliminação será mais lenta; após a interrupção do tratamento, grande quantidade de droga estará armazenada no tecido adiposo.

Estes são alguns dos motivos pelos quais os idosos têm mais efeitos colaterais de **benzodiazepínicos** que os adultos. O principal efeito colateral? Sedação leve, que aumenta o risco de quedas e fraturas. Como veremos a seguir, medicamentos de tarja preta são contraindicados para idosos, em qualquer dose ou duração de tratamento. Este tópico é tão importante que será discutido à parte, em “Depressão e Insônia”.

Ainda em relação à distribuição de medicamentos, o envelhecimento se acompanha de redução da água corporal total e da massa muscular (sarcopenia). Isto pode provocar aumento da concentração sérica de **drogas hidrossolúveis**, como o lítio, a cimetidina, paracetamol, a digoxina e o álcool. Em outras palavras: doses pequenas dessas substâncias atingem concentrações mais elevadas que em adultos. Portanto, cuidado

Glossário

Concentração de equilíbrio:

Aquela alcançada pela droga após ser usada durante alguns dias seguidos.

ao liberar o consumo de álcool para os idosos, especialmente se estiverem utilizando medicamentos sedativos.

Drogas que se ligam à albumina (**levotiroxina, fenitoína, warfarin** e, novamente, **digoxina**) permanecem inativas enquanto ligadas. No entanto, durante doenças subagudas e crônicas, nas quais ocorre **redução da albumina sérica**, há aumento da fração livre (e ativa) da droga. O mesmo ocorre quando uma dessas drogas é adicionada ao esquema terapêutico de um idoso que já utiliza outra dessas drogas. Isto pode requerer o ajuste das doses (para baixo) nessas situações.

Metabolismo

Com o envelhecimento, a redução do fluxo sanguíneo hepático (de até 50% aos 85 anos) e redução da capacidade de metabolização aumentam **a meia-vida** – o tempo necessário para a redução em 50% da concentração sérica da droga – de algumas drogas. A duração do efeito, portanto, vai aumentar. Por este motivo, doses mais baixas que as habituais serão suficientes para a utilização crônica de **benzodiazepínicos** (proibidos para idosos!), antidepressivos **tricíclicos** (como amitriptilina e nortriptilina), **propranolol, teofilina, warfarin, paracetamol, salicilatos e fenitoína**.

Você tem visto idosos utilizando concomitantemente dois desses medicamentos?

Excreção

A redução do ritmo de filtração glomerular (RFG) aumenta o tempo necessário para a eliminação renal de algumas drogas frequentemente utilizadas por idosos. É o caso dos **aminoglicosídeos** (que são nefrotóxicos e devem ser evitados em idosos), inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), **metformina** (contraindicada para diabéticos com redução moderada do RFG) e novamente da **digoxina**.

Por todos estes motivos, e pelo fato de possuir um **índice terapêutico estreito**, idosos praticamente nunca (!!) deverão utilizar digoxina na mesma dosagem de adultos. Frequentemente metade ou um quarto do comprimido de 0,25 mg é suficiente para sua ação.

Para se ter uma ideia do RFG de idosos, não podemos nos basear no resultado da dosagem de creatinina; ela está falsamente baixa em pessoas com perda de massa muscular (sarcopenia). Já o “clearance de creatinina”

Refleta...

Quais seriam as consequências clínicas de não ajustar para baixo as doses de levotiroxina, warfarin e digoxina em um paciente que perdeu peso?

Glossário

Índice terapêutico estreito: concentrações terapêuticas muito próximas das concentrações tóxicas.

Para saber mais...

Leia “Uso de digital em idosos admitidos em unidade de geriatria de um hospital geral” (CUNHA *et al.*, 1988), disponível na biblioteca virtual.

um excelente indicador do RFG, é calculado facilmente:

Cálculo do ritmo de filtração glomerular (RFG)

$$\text{RFG} = \frac{(140 - \text{idade em anos}) \times \text{peso em kg}}{\text{Creatinina sérica} \times 72.}$$

(Para mulheres, multiplicar esse valor por 0,85)

Valores de 30 a 60 mL/min indicam redução moderada do RFG, requerendo ajuste de dose de diversos medicamentos. Dona Josefina, aos 78 anos, estava com 45 kg e sua creatinina era considerada “normal” pelo Dr. Orestes: 1,2 mg/dL. O clearance, no entanto, era de 27,5 mL/min. Confira. Você desconfiava de um valor tão baixo?

A **farmacodinâmica** envolve o tipo, intensidade e duração do efeito de uma droga no seu tecido-alvo. A redução da reserva fisiológica que acompanha o envelhecimento torna os sistemas do organismo mais sensíveis aos efeitos das drogas.

A insuficiência renal leve é muito comum em idosos hipertensos e diabéticos. Também é comum entre aqueles com insuficiência cardíaca (que provoca redução da perfusão renal) ou em uso de diuréticos (que provoca redução do volume circulante e, portanto, da perfusão renal). Por ser assintomática, a insuficiência renal leve a moderada só será reconhecida se calcularmos o RFG com a fórmula descrita. Drogas de **nefrotoxicidade** moderada, como anti-inflamatórios **não esteroides** (ex. diclofenaco, ibuprofeno, nimesulida), devem ser utilizadas com cautela nesses pacientes.

Seus pacientes com lombalgia por osteoartrite usam anti-inflamatórios?

O miocárdio se torna mais sensível às alterações metabólicas; mesmo quadros leves de hipopotassemia, hipomagnesemia, hipercalcemia, hipóxia e hipotireoidismo podem desencadear a **intoxicação digitalica**. Por coincidência, pacientes usando digoxina para tratamento de insuficiência cardíaca frequentemente utilizam diuréticos de alça, como a **furosemida**, que provocam hipopotassemia e hipomagnesemia.

O cérebro envelhecido também é mais frágil. Medicamentos sedativos ou que provocam efeitos anticolinérgicos frequentemente pioram a **cognição** de idosos, inclusive aqueles sem demência. Este tópico é tão importante que merecerá destaque neste texto. Veja a parte sobre toxicidade anticolinérgica adiante e a discussão sobre medicamentos

sedativos no texto sobre tratamento de depressão e insônia.

E o sistema nervoso periférico? O envelhecimento se associa à disfunção de barorreceptores. Anti-hipertensivos como **metildopa, nifedipina e hidralazina** e drogas que interferem na regulação da pressão arterial como **tricíclicos, nitratos, levodopa e doxazosina** (para hiperplasia da próstata) podem provocar **hipotensão ortostática**.

A hipotensão ortostática é mais grave em idosos mal hidratados. O problema é que com o envelhecimento sentimos menos sede. Uma boa dica é orientar os idosos a tomar líquidos mesmo sem sede, em quantidade suficiente para manter a urina clara.

A perda de neurônios dopaminérgicos aumenta a sensibilidade de idosos a medicamentos que provocam **parkinsonismo**, como **metoclopramida** e **neurolépticos** (incluindo os “disfarçados como ansiolíticos”: Equilid®, Dogmatil® (Sulpirida) e Sulpan® (sulpirida + bromazepam)).

Medicamentos comercializados como “antivertiginosos” como **cinarizina** (Stugeron®) e **flunarizina** (Vertix®) na realidade são anti-histamínicos. Provocando sedação leve, amenizam sintomas de ansiedade, como “tonteiras”. No entanto, não têm nenhuma eficácia comprovada. Mais grave: o uso prolongado (por mais de uma semana) também pode desencadear parkinsonismo.

Se um idoso melhorou a “tonteira” utilizando cinarizina ou flunarizina, o diagnóstico não é de “labirintite” e sim um problema psíquico (depressão ou ansiedade). Vamos decretar o fim desses medicamentos?

1.3 | Iatrogenia e prescrição

Peculiaridades da prescrição para idosos

A iatrogenia medicamentosa em idosos pode ser provocada por problemas envolvendo os medicamentos em si. A seguir, discutiremos os problemas envolvidos com as drogas mais comumente utilizadas:

- Uso de medicamentos inadequados;
- Interações indesejáveis;
- Doses inadequadas e medicamentos subutilizados;
- Combinações inadequadas de medicamentos;
- Efeitos adversos;
- Medicamentos que provocam toxicidade anticolinérgica.

Glossário

Parkinsonismo: tremor, rigidez, lentificação dos movimentos e instabilidade postural.

Para saber mais...

Confira: “Etiology of parkinsonism in a Brazilian movement disorders clinic” (CARDOSO, F.; CAMARGOS; S.T.; SILVA, J.R. G.A., 1998), na biblioteca virtual.

Refleta...

Quais seriam as consequências clínicas de não ajustar para baixo as doses de levotiroxina, warfarin e digoxina em um paciente que perdeu peso?

Medicamentos inadequados

- Clorpropamida (Diabinese®), com meia-vida muito longa, aumenta o risco de hipoglicemia, motivo pelo qual é contraindicada em idosos diabéticos.
- Nifedipina de ação curta (Adalat® 10 mg) provoca hipotensão ortostática, que desencadeia taquicardia e aumento da mortalidade cardiovascular.
- Metildopa (Aldomet®) provoca hipotensão ortostática, depressão, sedação, astenia, xerostomia e redução da libido.
- Ticlopidina (Ticlid®), comparada aos outros antiagregantes, causa neutropenia com mais frequência que o clopidogrel e é menos eficiente que a aspirina.
- Biperideno (Akineton®) utilizado no tratamento da doença de Parkinson em adultos provoca efeitos anticolinérgicos inaceitáveis em idosos.

Ao introduzir, retirar, aumentar ou reduzir a dose de uma droga, podemos modificar o efeito de outra droga. A lista de interações é extensa, mas devemos estar alertas àquelas mais frequentemente envolvidas em interações.

Interações indesejáveis

- Omeprazol, corticoides, fenitoína e fenobarbital aumentam o metabolismo hepático e reduzem a concentração de warfarin, verapamil e nifedipina.
- Cimetidina, cetoconazol, fluoxetina, paroxetina e eritromicina inibem o metabolismo hepático de diversas drogas, aumentando sua concentração.
- Amiodarona reduz a eliminação renal de digoxina e o metabolismo hepático de propranolol, lovastatina e bloqueadores de canais de cálcio.
- Warfarin, cetoconazol, amitriptilina, nortriptilina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, benzodiazepínicos, AINE, fenitoína e salicilatos se ligam às proteínas plasmáticas e requerem ajustes se prescritas concomitantemente.

Se, por um lado, os idosos recebem doses excessivas de alguns medicamentos, por outro recebem **tratamento insuficiente** para problemas como constipação intestinal, dor, depressão, ansiedade, anemia e bronquite crônica tabágica. Veja outros exemplos:

Doses inadequadas e medicamentos subutilizados:

- Digoxina: não deve ser usada em dose diária superior a 0,125 mg.
- Anti-hipertensivos: podem ser eficazes em doses tão baixas quanto 6,25 mg de hidroclorotiazida (uma vez ao dia) ou 2,5 mg de enalapril (duas vezes ao dia).
- Hidroclorotiazida e clortalidona: em doses superiores a 25 mg/dia podem desencadear hiperuricemia, hipertrigliceridemia, hiperglicemia e hipocalcemia.
- Nortriptilina: muitas vezes será eficaz na dose de 10 ou 25 mg/dia.
- Neurolépticos: em doses diárias baixas (0,5 mg de risperidona, 2,5 mg de olanzapina e 25 mg de quetiapina) podem ser suficientes para tratar agressividade na doença de Alzheimer, embora haja controvérsias sobre a eficácia nesses casos.
- Antibióticos: só devem ser reduzidos em casos de insuficiência renal ou hepática.
- Tratamento de hipertensão e diabetes: em idosos hígidos tem as mesmas metas de adultos e deve empregar as doses necessárias para tal.
- Warfarin: subutilizado em idosos com fibrilação atrial (FA).
- Paracetamol: subutilizado em idosos com dor crônica.
- Aspirina em doses baixas: subutilizada em hipertensos e diabéticos.
- Betabloqueador: subutilizado em idosos após o infarto agudo do miocárdio (IAM).

Por utilizarem múltiplos medicamentos, idosos frequentemente estão expostos aos riscos de combinações inadequadas. Esse risco será mais alto se o paciente tem mais de um médico ou se esteve internado recentemente e recebeu nova prescrição à alta.

Combinações inadequadas

- Espironolactona retém potássio e aumenta o risco de **hipercalcemia** se associada aos IECAs ou bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA), como Losartan.
- Furosemida e outros diuréticos de alça utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca provocam **hipocalcemia** e podem compensar a hipercalcemia causada pelos IECAs ou BRA. Suplementação de

potássio para esses pacientes é quase sempre contraindicada. Se estiverem utilizando espironolactona, é mais perigosa.

- AINE aumenta o risco de **hemorragia digestiva** alta em pacientes utilizando ácido acetilsalicílico, ticlopidina, clopidogrel ou warfarin para a prevenção de doenças cardiovasculares.
- Verapamil ou diltiazem, digoxina, amiodarona e betabloqueadores podem provocar bradicardia excessiva devido à depressão aditiva da condução atrioventricular.
- Drogas que provocam hipotensão ortostática têm efeito aditivo. É o caso de nitratos, bloqueadores dos canais de cálcio, vasodilatadores como a hidralazina e antagonistas alfa-adrenérgicos como a dazososina (Unoprost®) e a tansulozina (Tamsulon®), utilizado para tratar hiperplasia benigna da próstata. A hipotensão será agravada se a utilização concomitante de diuréticos provocar depleção do volume intravascular.

Efeitos adversos são mais frequentes em idosos do que em adultos.

Vários são **confundidos** com os sintomas de doenças comuns, como a fadiga provocada por betabloqueadores, que mimetiza a depressão. Outros são **atípicos** como a confusão mental na intoxicação digitálica. Outros ainda são **pouco específicos** como a instabilidade postural na sedação provocada por relaxantes musculares. A sedação e efeitos anticolinérgicos, por sua relevância, serão discutidos separadamente.

Efeitos adversos

- Pacientes com DPOC e asma frequentemente têm agravamento do **broncoespasmo** provocado por betabloqueadores e salicilatos.
- Teofilina, salbutamol e terbutalina, utilizados no tratamento da asma, podem desencadear taquicardia e **angina** em pacientes com doença coronariana.
- Carbonato de cálcio utilizado no tratamento da osteoporose e bloqueadores dos canais de cálcio – especialmente verapamil e nifedipina – podem desencadear ou agravar **constipação intestinal**.
- Laxativos catárticos como sene, cáscara sagrada e bisacodil podem provocar **diarreia** e desidratação; em longo prazo provocam destruição do plexo mioentérico, comprometendo o peristaltismo e agravando a constipação intestinal. Isto ocorre até com apresentações aparentemente “naturais” e “inócuas”, como Tamarine® e Almeida

Prado 46®, compostos por diversas dessas substâncias.

- O uso constante de “leite de magnésia” (hidróxido de magnésio) pode provocar **hipermagnesemia**, que provoca náuseas e fraqueza. Já o uso diário de óleo mineral pode reduzir a absorção das vitaminas **A, D, E e K**.
- Amlodipina e nifedipina frequentemente provocam **edema de membros inferiores**.
- Em decorrência do efeito inotrópico negativo, nifedipina, verapamil, diltiazem, propranolol e atenolol descompensam quadros incipientes de **insuficiência cardíaca**. Nestes casos, é sempre mais seguro optar por amlodipina ou carvedilol.
- IECAs podem provocar **tosse, angioedema** e agravar **insuficiência renal**. Monitore!
- Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina) são **pró-arrítmicos**.
- Betabloqueadores e metildopa provocam **depressão**.
- Diuréticos (especialmente a furosemida) provocam **incontinência urinária** em idosos que já apresentavam dificuldade para manterem-se continentes.
- **Sintomas extrapiramidais** como tremor, rigidez e bradicinesia são complicações frequentes do tratamento com neurolépticos típicos de alta potência como o haloperidol, mas também ocorrem após a utilização de placebos (ditos “antivertiginosos”) como cinarizina e flunarizina.
- AINEs podem provocar **hemorragia digestiva alta** e **nefropatia** nos idosos em tratamento de dor crônica por osteoartrite e artrite reumatoide.
- Uma excelente alternativa é a utilização de medidas físicas para alívio da dor, como fisioterapia e paracetamol em doses de até 4g por dia.

A acetilcolina é um importante neurotransmissor do sistema nervoso central e periférico. O bloqueio de seus receptores ocorre como um efeito colateral (toxicidade anticolinérgica) de diversos medicamentos empregados frequentemente na geriatria:

Toxicidade anticolinérgica

- Antidepressivos tricíclicos: amitriptilina, imipramina.
- Antieméticos: prometazina, meclizina, dimenidrato.
- Anti-histamínicos: hidroxizina, clorfeniramina, difenidramina.

- Relaxantes musculares: ciclobenzaprima, carisoprodo, orfenadrina.
- Instabilidade do detrusor: oxibutinina.
- Antiparkinsonianos: biperideno.
- Broncodilatadores: brometo de ipatrópio.
- Antipsicóticos típicos: clorpromazina, tioridazina.
- Antipsicóticos atípicos: clozapina, olanzapina, quetiapina.

Os “efeitos anticolinérgicos” incluem toxicidade no sistema nervoso central como inquietude, irritabilidade, confusão, desorientação, alucinações, tremores e sedação. No sistema nervoso periférico pode ocorrer taquicardia, hipertensão, visão borrada, xeroftalmia, anidrose, xerostomia, ressecamento de mucosas do trato respiratório comprometendo o clearance mucociliar, constipação e retenção vesical.

As consequências em idosos podem ser significativas: a xerostomia leva à disartria, disfagia, desnutrição e problemas dentários; constipação leva à impactação fecal e fecaloma; a visão borrada e sedação podem provocar quedas; taquicardia pode causar angina; o agravamento de prostatismo e retenção urinária podem levar à necessidade de sondagem vesical; a piora da cognição pode levar à confusão mental.

Outros medicamentos têm efeito anticolinérgico leve. É o caso da cimetidina, prednisolona, teofilina, digoxina e paroxetina. Quando associados, no entanto, provocam significativa toxicidade anticolinérgica, com os efeitos relatados. Idosos de sua área de abrangência vêm apresentando esse tipo de sintomas? Em resumo, vale a pena não prescrever medicamentos anticolinérgicos ou pelo menos tentar evitar aqueles com ação mais acentuada. Algumas dicas:

- Sempre que possível, troque a amitriptilina por nortriptilina ou mesmo troque a nortriptilina por sertralina e citalopram.
- No tratamento da rinite do resfriado comum não utilize anti-histamínicos (presentes nos “antigripais”); e no tratamento da rinite alérgica prefira a loratadina.
- Ao tratar a doença de Parkinson, nunca troque a levodopa por biperideno.
- Evite relaxantes musculares (Dorflex®, Beserol®, Tandrilax®, Dorilax®).
- Não exagere na prescrição, nem na dose de neurolépticos.

1.3| Boas (e más) práticas de prescrição para idosos

Nada como um dia após o outro...

Seja em Londres, seja na Vila Formosa, algumas regras de prescrição aumentam muito nossa chance de ter sucesso no cuidado com idosos. As especificidades do uso de antidepressivos e ansiolíticos serão abordadas na parte sobre depressão.

To begin slow and go slow!

Esta é uma das mais famosas frases na geriatria inglesa. Para iniciar o tratamento com anti-hipertensivos, analgésicos, antidiabéticos orais, levotiroxina, antidepressivos, ansiolíticos e neurolépticos, tente empregar metade da dose habitual e aumente aos poucos se necessário. Recentemente, observando que os médicos receavam alcançar as doses necessárias para tratar corretamente doenças como hipertensão e diabetes, a frase foi complementada: *To begin slow and go slow, but go!*

Diante de um sintoma novo, pense em retirar um medicamento.

Avalie se na realidade é um efeito colateral. Por vezes, a dose de um medicamento de uso crônico não foi modificada, mas ele passou a apresentar interações com uma droga recém-introduzida; a redução do metabolismo ou excreção, induzida pelo novo medicamento, pode aumentar a concentração do medicamento antigo, originando efeitos colaterais.

Evite a cascata iatrogênica

uma droga prescrita para tratar o efeito adverso de outra provoca um efeito adverso novo que será tratado com uma terceira droga. Você não iria prescrever um sedativo da tosse para um idoso que iniciou recentemente o tratamento com captopril ou enalapril, não é mesmo?

Não use placebos nem medicamentos de eficácia não comprovada.

Isto não é ético e não trata os problemas do paciente. Além do mais, ele deixará de comprar ou utilizar corretamente medicamentos adequados se preferir o placebo. Exemplos de placebos comuns na geriatria são a codergocrina (Hydergine®), nimodipina (Oxygen®), piracetam (Exit®, Nootropil®), pentoxifilina e Gingko biloba. O tratamento com doses elevadas de vitaminas e antioxidantes (“medicina ortomolecular”) não tem respaldo científico e é considerado charlatanismo por muitas autoridades médicas.

Em todas as consultas, confira todas as drogas do seu paciente.

Peça-lhe que apresente todas. Isto inclui as que ele “não considera drogas”, como analgésicos, vitaminas, laxativos, cremes, colírios e chás. Veja: o colírio de timolol (Timoptol®), um betabloqueador utilizado no tratamento do glaucoma, pode provocar asma; o chá de sene, “natural”, em longo prazo, agrava a constipação; e volta e meia você vai se deparar com um idoso tratando dermatofitose com corticoide tópico, com resultados “excelentes, embora temporários”.

Não prescreva medicamentos caros.

Sempre há medicamentos genéricos de grandes laboratórios confiáveis que substituem medicamentos de marca. Se preferir, mande manipular: se você não tem uma boa farmácia de manipulação em sua cidade, pode valer a pena fazer uma encomenda para três meses em uma cidade maior.

Cuidado com associações escondidas, especialmente medicamentos comprados sem prescrição. Você sabia que, além do carisoprodo (!), cada comprimido de Beserol®, Mioflex® e Tandrilax® contém uma “dose completa” (50 mg) de diclofenaco?

Não prescreva medicamentos inadequados para tratar sintomas.

Edema provocado por insuficiência venosa requer elevação periódica das pernas, caminhadas e uso de meia elástica; diuréticos de alça, como a furosemida, devem ser utilizados apenas em casos de retenção hídrica na insuficiência cardíaca ou renal, e não para tratar insuficiência venosa ou hipertensão. Insônia, fraqueza, esquecimento, dores no corpo muitas

vezes são sintomas de hábitos de vida inadequados, depressão, ansiedade e sedentarismo e não requerem tratamento com vitaminas e sedativos.

Facilite a posologia.

Tente reunir vários medicamentos na tomada do desjejum, almoço e jantar. Se for manipular, reúna medicamentos em uma mesma cápsula; a maioria deles é compatível. Uma cápsula com hidroclorotiazida, 25 mg + glimepirida 1 mg + metformina, 500 mg + enalapril, 20 mg + citalopram, 20 mg, reduz de cinco para um o número de “remédios” Prefira drogas de dose única diária em vez das que requerem duas (BID) ou três (TID) tomadas. Veja algumas que podem ser manipuladas: atenolol (uma vez por dia) x propranolol (BID); lisinopril ou losartan (uma vez por dia) x captopril ou enalapril (BID); amlodipina (uma vez por dia) x verapamil, nifedipina e diltiazem (BID). Mas cuidado com algumas drogas que não devem ser manipuladas na mesma cápsula com qualquer outra como omeprazol, aspirina, levotiroxina e alendronato.

Tente usar uma droga para tratar dois problemas.

Alguns anti-hipertensivos têm efeitos adicionais. Propranolol e atenolol são antianginosos, adequados para profilaxia de enxaqueca e tratam o tremor essencial. O carvedilol e metoprolol são imprescindíveis no tratamento de insuficiência cardíaca. A amlodipina é um antianginoso. Os IECAs são adequados para prevenção e tratamento de nefropatia diabética, prevenção secundária da AVC e IAM e tratamento de insuficiência cardíaca. Na parte sobre depressão e insônia, veremos que antidepressivos também podem ser escolhidos por seus efeitos colaterais desejáveis. Quer um exemplo? A nortriptilina melhora o sono noturno, abre o apetite e trata um tipo de incontinência urinária.

Sempre desconfie de não adesão ao tratamento.

Emitir uma receita não significa que o paciente irá utilizá-la corretamente, pois algumas barreiras são comuns entre idosos. Eles precisam compreender as orientações, mas por vezes têm déficit cognitivo ou são analfabetos. Você deve evitar que drogas que devem ser tomadas em jejum, como levotiroxina, omeprazol e alendronato de sódio, sejam ingeridas com alimentos; e deve garantir que as estatinas sejam tomadas

à noite! Se a duração do tratamento for explicitada corretamente, eles não interromperão o medicamento de uso crônico “porque a receita acabou”. Efeitos colaterais (como náuseas provocadas pela metformina) não levarão à suspensão do medicamento se você avisar que desaparecerão ao longo do tratamento. Verifique se o paciente conseguirá adquirir ou comprar os medicamentos prescritos, mesmo que sejam baratos. Por fim, deixe claro para ele qual é a utilidade de cada droga prescrita. Ele pensará duas vezes antes de parar de usar “o medicamento do coração” ou “o da artrose”

Por fim, **sempre pense se é possível suspender ou reduzir uma droga “hoje”**.

Introgenia medicamentosa com idosos no PSF em Belo Horizonte.

Em 2003 foi realizado em Belo Horizonte um estudo que tinha por objetivo avaliar a utilização de medicamentos por idosos de uma área adscrita ao PSF de um Centro de Saúde. A autora entrevistou uma amostra aleatória de 242 idosos indagando que medicamentos utilizavam e conferindo as receitas e embalagens.

Ela observou que um quinto dessa população utilizava regularmente medicamentos não prescritos por médicos. Entre os que seguiam prescrições, 40% não conseguiram encontrar a receita. Entre os que encontraram, um quinto não seguia a receita corretamente.

Nessa população, um terço dos idosos utilizava medicamentos inadequados e, destes, um quarto utilizava dois medicamentos inadequados.

A maioria dos medicamentos inadequados (70%) era usada há mais de um ano (15% deles sem prescrição), principalmente clorfeniramina, orfenadrina, carisoprodol, bisacodil e fenilbutazona. Chamou a atenção o fato de que 85% dos medicamentos inadequados eram prescritos! Os mais frequentes eram diazepam, metildopa, fluoxetina e amitriptilina.

Quase a metade dos medicamentos inadequados para idosos fazia parte da lista de medicamentos disponíveis no serviço de saúde, entre eles amiodarona, amitriptilina, cimetidina, clonidina, clorfeniramina, diazepam, metildopa e tioridazina.

Atividade 4

Nesta atividade, vamos avaliar se Dona Josefina sofria com problemas relacionados à iatrogenia medicamentosa.

Releia a história dela, começando pela segunda parte, quando que ela tinha 60 anos.

Faça uma lista com os medicamentos que ela utilizava.

Identifique essas drogas no texto e indique se são adequadas para idosos.

Cite sinais e sintomas da Dona Josefina, aos 60 anos, que provavelmente são efeitos adversos dessas drogas.

Que medicamentos ela está utilizando para tratar esses efeitos adversos?

Que efeitos adversos estão sendo provocados por esses outros medicamentos?

Releia agora a primeira parte da história da Dona Josefina.

Você acha que o péssimo estado de saúde no qual ela se encontra aos 80 anos tem correlação com a iatrogenia medicamentosa que você identificou aos 60 anos? Justifique.

Cite cinco sugestões para modificar o tratamento da Dona Josefina aos 60 anos.

Que efeito eles poderiam ter sobre a saúde dela aos 80 anos?

Guarde seu trabalho no portfólio.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados.



Parte 2

Incontinência urinária



Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/811883>

Aos 70 anos Dona Josefina ainda era muito “despachada” la sozinha à cidade, cuidava da casa, lavava suas roupas... As roupas e os paninhos. Há três anos ela perdia pequena quantidade de urina ao tossir ou espirrar. Ao se levantar de manhã com a bexiga cheia também escapulia um pouco. Quando tinha que ir à cidade de manhã, não tomava a furosemida, pois ia molhar a roupa na certa e passar vergonha. Na realidade, ela até andava recusando convites para reuniões na Igreja por causa do receio de perder urina e ficar com aquele cheirinho.

Ela já havia se acostumado a essas coisas da idade; algumas conhecidas dela estavam bem piores. Mas um dia a situação ficou intolerável. Sem mais nem por que, tinha uma vontade tão forte de urinar que mal dava tempo de chegar ao banheiro. Já estava começando a urinar quando chegava ao vaso, mas nada! Saia uma quantidade média, que não justificava aquela urgência toda.

O jeito foi consultar o farmacêutico. Sem titubear, ele decretou. “Cistite! Seu problema é cistite!” “Receitou” uma caixa de “Wintomylon” e acertou na mosca. No segundo dia, tudo já voltara ao normal; ela nem precisou completar os sete dias.

2.1| “Defectum incurabiles est haec affectio”?

A primeira classificação da incontinência urinária foi feita por MV Goldberg em 1616. Segundo ele, era causada por problemas de enchimento ou esvaziamento vesical, mas não havia cura: “Defectum incurabiles est haec affectio”.

A incontinência urinária (IU) é definida como **a eliminação involuntária de urina em qualquer quantidade e frequência suficientes para provocar prejuízos sociais ou à saúde**. Sua prevalência aumenta com o envelhecimento e é maior em mulheres. Um estudo com idosos de Ouro Preto–MG revelou que a prevalência de IU – considerada a definição mencionada – alcançava 55% dos homens e 69% das mulheres.

A IU é considerada um “gigante da geriatria”, pois pode trazer consequências sociais, como ocorria com Dona Josefina: depressão, redução da autoestima, afastamento de atividades sociais e mesmo do relacionamento íntimo. Provoca também repercussões clínicas como quedas e fraturas (em virtude da urgência para chegar ao banheiro), infecções cutâneas (principalmente candidíase) e úlceras de pressão. Muitas vezes a IU será “a gota d’água” que faltava para a família internar o idoso em um asilo. Desculpe o trocadilho...

Apesar de tudo isto, a IU é considerada um problema “normal da idade” por muitos pacientes; outros têm vergonha de contar e outros nem mencionam, por acreditarem que nada há a fazer. Por outro lado, alguns profissionais de saúde reconhecem a IU como doença, mas não investigam sua presença, por não estarem habilitados a tratá-la. Nesta parte, apresentaremos as principais causas e características da IU em idosos e as maneiras de diagnosticá-la e tratá-la. Nosso objetivo é instrumentalizar sua equipe para identificar e tratar a maioria dos casos de IU. Ou você ainda pensa como MV Goldberg?

2.2| Um dia a situação ficou intolerável

A IU pode ser subdividida em cinco tipos principais, muitas vezes associados:

- Incontinência urinária transitória;
- Incontinência urinária estabelecida, que inclui:
 - IU funcional (muitas vezes transitória);
 - IU de urgência (ou bexiga hiperativa ou instabilidade do detrusor);

Para saber mais...

Leia “Incontinência urinária no idoso”, na biblioteca virtual (REIS *et al.*, 2003).

- IU de esforço (ou IU de estresse);
- IU de transbordamento (ou IU paradoxal).

A **IU transitória** surge de maneira mais ou menos súbita em pacientes previamente continentemente ou provoca o agravamento da IU já estabelecida, como ocorreu com Dona Josefina. A classificação clínica da IU estabelecida é a mais prática para direcionar a intervenção.

2.3| Causas de incontinência urinária transitória

Nos casos de IU transitória, geralmente há uma causa específica, identificável e potencialmente reversível, como mostra o Quadro 8.

Quadro 8 - Causas de incontinência urinária transitória

Constipação intestinal, fecaloma: provocam urgência ou IU de transbordamento;

Confusão mental: o paciente não compreende que quer urinar ou não acha o banheiro;

Dificuldade de locomoção: fratura, AVC, Parkinson, osteoartrite, hipotensão ortostática;

Doenças sistêmicas em idosos frágeis: pneumonia, fibrilação atrial aguda, etc.;

Infecções do trato urinário (ITU): cistite, uretrite, vulvovaginite;

Ingestão de líquidos em excesso: no final da tarde ou à noite, pode provocar noctúria;

Medicamentos: veja um quadro específico sobre drogas que provocam IU;

Neoplasia, cálculos e divertículos vesicais: provocam IU de urgência;

Poliúria: diabetes descompensado, reabsorção noturna de edema, hipercalcemia;

Retenção urinária: por anticolinérgicos ou prostatite (provocam IU de transbordamento).

Fonte: Elaborado pelos autores.

O tratamento da causa geralmente leva à remissão da IU transitória: remoção de fecalomas e uso de supositórios; retirada do medicamento que desencadeou a IU. Se a causa não for tratada, o quadro pode persistir.

A cistite em mulheres idosas frequentemente se manifesta como IU de urgência, sem sintomas como polaciúria, disúria e dor suprapúbica. Ou seja, a paciente com urocultura sugestiva de ITU, sem sintomas típicos de adultos, mas com IU de urgência, deverá ser tratada como um caso de cistite. Seria um erro considerar um caso de bacteriúria assintomática.

Muitas vezes o surgimento da IU é o primeiro **indício de uma doença clínica** cujos sintomas típicos ainda irão se manifestar, como a pneumonia, exacerbação de DPOC e arritmias. Mais adiante discutiremos o quadro de

delirium, ou confusão mental aguda, que acompanha inúmeras doenças de idosos mais frágeis. Nessas situações, a IU e o delirium podem ser os primeiros indícios de uma doença – por vezes grave como o IAM ou tromboembolismo pulmonar – se instalando.

Idosos com **edema nos membros inferiores** por insuficiência venosa, cardíaca ou renal ou uso de bloqueadores dos canais de cálcio reabsorverão o edema durante o longo período de decúbito à noite. Isto aumenta o volume urinário e pode levar à IU noturna ou no início da manhã. Mesmo na ausência de edema, a redução da capacidade (de armazenamento) vesical e o aumento da vasopressina e hormônio natriurético, comuns em idosos, podem provocar noctúria. Controlar o edema e a ingestão hídrica no fim da tarde e à noite pode resolver a noctúria.

A dificuldade de “chegar a tempo” ao banheiro pode provocar IU. Denominada “**IU funcional**”, pode surgir subitamente após uma fratura, AVC ou qualquer doença debilitante aguda, como uma gripe forte. A IU funcional pode se tornar IU “estabelecida” quando a situação que a desencadeou se tornar crônica como a osteoartrose grave, a doença de Parkinson e a hemiplegia após um AVC. Muitas vezes, além da dificuldade de locomoção, o tempo disponível para chegar ao banheiro está diminuído pela presença de “**urgência urinária**”, que será discutida adiante.

Algumas substâncias podem provocar ou agravar a IU. Veja o Quadro 9.

Quadro 9 - Substâncias que podem provocar ou agravar a incontinência urinária.

Álcool e cafeína: poliúria e urgência urinária;

Anti-inflamatórios, nifedipina, amlodipina: edema de mmii > reabsorção noturna do edema > noctúria.

Inibidores da ECA: tosse e incontinência de esforço;

Diuréticos, outros anti-hipertensivos: poliúria, hipotensão ortostática;

Benzodiazepínicos, antidepressivos, miorrelaxantes, anti-histamínicos: sedação;

Anticolinérgicos: confusão, sedação e retenção urinária (IU por transbordamento).

Fonte: Elaborado pelos autores.

O **tratamento da IU funcional** consiste em melhorar a mobilidade com fisioterapia para reabilitação da marcha, uso de órteses como bengalas e andadores e a otimização do tratamento da doença de Parkinson. O percurso até o banheiro pode ser encurtado ou facilitado com mudança de quarto, reorganização dos móveis e adaptações ambientais como a instalação de corrimão e pisos antiderrapantes. A disponibilidade de urinol próximo da cama ou sofá do idoso pode resolver o problema.

Para refletir...

Você acha que vale a pena montar um lembrete com causas comuns de IU transitória para avaliar seus próximos casos? Por falar nisto, você indaga rotineiramente aos idosos se apresentam IU? Que perguntas você costuma fazer?

O idoso que se move lentamente pode empregar estratégias que aumentem o seu tempo disponível para chegar ao banheiro, evitando, assim, a perda de urina por episódios de urgência. Estas serão discutidas adiante.

2.4| **Dá uma vontade tão forte que se eu não correr...**

Um desejo imperioso de urinar imediatamente. Esta é uma das definições de “urgência urinária”. Se há perda de urina, a denominação correta é **IU de urgência**, a causa mais comum de **IU estabelecida em idosos com 75 anos ou mais**.

Este sintoma, que foi provocado por uma cistite em Dona Josefina, pode ocorrer sem uma causa específica de IU transitória. O seu mecanismo é a contração involuntária e não inibida do detrusor, o músculo responsável pelo esvaziamento da bexiga.

Em pessoas hígdas, o enchimento parcial da bexiga estimula a contração do detrusor, mas esta é inibida pelo cérebro até o momento adequado para a micção. O envelhecimento pode prejudicar esse controle pelo excesso de atividade do detrusor ou, por outro lado, pela inibição insuficiente. Esta última forma é comum em algumas doenças neurológicas como a doença de Parkinson, algumas demências e após o AVC. O Quadro 10 lista algumas características muito sugestivas de **IU de urgência**.

Quadro 10 - Características muito sugestivas de incontinência urinária de urgência.

Desejo de urinar súbito, urgente e imperioso;

A perda é de volume moderado ou grande;

Ao entrar no banheiro já há perda urinária;

Comum ao abrir a porta chegando à casa ou ao abrir uma torneira;

Alguns pacientes conseguem evitar a perda contraindo a musculatura pélvica;

Podem ocorrer alguns segundos após tossir ou espirrar (mas não imediatamente).

Fonte: Elaborado pelos autores.

Como veremos adiante, o tratamento da IU de urgência envolve a utilização de “antimuscarínicos”, medicamentos que inibem a atividade do detrusor. No entanto, essas drogas estarão contraindicadas em algumas situações.

Situações que contraindicam a utilização de antimuscarínicos

Alguns pacientes com sintomas de urgência apresentam dificuldade de esvaziamento vesical. A passagem de uma sonda vesical de alívio (SVA) logo após a micção revelará o resíduo pós-miccional (RPM) aumentado (maior que 100 mL).

Alguns idosos debilitados têm “hiperatividade do detrusor com redução da contratilidade” (HDRC). A contração do detrusor, embora **não inibida**, não é suficiente para esvaziar a bexiga.

Medicamentos que têm efeito anticolinérgico podem reduzir a contratilidade do detrusor e provocar aumento do volume residual mesmo em idosos não tão debilitados.

Um terço dos idosos com obstrução do fluxo urinário por hiperplasia benigna da próstata (HBP) pode desenvolver hiperatividade do detrusor sintomática. Mulheres com prolapso genital ou causas iatrogênicas cirúrgicas podem ter quadro semelhante.

Para refletir...

O que poderá ocorrer se alguém prescrever antimuscarínicos sem antes avaliar o resíduo pós-miccional para idosos frágeis e homens com HBP?

2.5| Se eu espirrar ou tossir, sai um pouquinho.

A causa mais comum de IU estabelecida em **idosos com menos de 75 anos** é a **IU de esforço**. Provocada pela redução da eficiência dos mecanismos responsáveis pela retenção urinária, ocorre nas situações de aumento da pressão intra-abdominal (PIA), como espirrar, tossir, rir, levantar, correr ou se inclinar (Quadro 11).

Nessas situações, o relaxamento do assoalho pélvico, resultado de multiparidade e cirurgias, provoca a deformação da uretra e mobilidade exagerada, fatores que reduzem sua eficiência como esfíncter. O hipoeestrogenismo pós-menopausa provoca redução da vascularização e atrofia da mucosa da bexiga, uretra e vagina e também pode causar deficiência do mecanismo esfinteriano.

A IU de esforço pode ser confirmada no exame físico ao se solicitar à idosa que tussa. A perda será mais evidente se ela estiver em ortostatismo, com a bexiga quase cheia. Mas o intervalo de alguns segundos entre a tosse e a perda sugere IU de urgência.

O exame pode identificar vaginite atrófica (epitélio fino, eritema, friabilidade e erosões), na maioria das vezes associada à uretrite atrófica, que facilita a IU. Pode revelar ainda relaxamento do assoalho pélvico como a presença de cistocele ou retocele.

Para saber mais...

“Propedêutica clínica da IU de esforço”. Está na biblioteca virtual (CAS-TRO *et al.*, 2009).

Para refletir...

Que tipo de IU Dona Josefina provavelmente apresentava antes de o quadro ser agravado por uma cistite?

Quadro 11 - Características muito sugestivas de IU de esforço

Comum em múltiparas e pacientes com relaxamento do assoalho pélvico;

Causada pelo aumento da pressão intra-abdominal (tossir, espirrar, rir, levantar, correr, inclinar);

Geralmente a perda é de pequeno volume, interrompida voluntariamente.

A perda ocorre mesmo se a bexiga não estiver muito distendida;

Mais frequente durante o dia.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em homens a IU de esforço é menos comum e praticamente se restringe àqueles submetidos à prostatectomia, por HBP ou neoplasias, e à radioterapia.

O tratamento empírico da IU pode se basear unicamente em dados da história clínica e exame físico. Para confirmar a impressão clínica, você pode solicitar ao idoso que durante dois ou três dias registre algumas informações em um “**diário urinário**”: horário e volume da ingestão de líquidos, horário e volume das micções, horário, volume e situação dos episódios de incontinência e se há urgência. Quando necessário, você deverá solicitar ao idoso que utilize fralda ou absorvente nesse período para que se possa pesar o volume de urina perdido em cada micção.

Quando o quadro clínico não for claro, quando a resposta clínica não for satisfatória, quando se planeja uma cirurgia ou nos casos de IU em homens com indicação para utilização de medicamentos, o paciente deverá ser encaminhado ao urologista, que solicitará uma avaliação urodinâmica. Esse exame consiste na avaliação do enchimento e esvaziamento vesical a partir das medidas das pressões abdominal, vesical e uretral e do fluxo e volume de urina.

2.6| Nem tudo está perdido

Você provavelmente já encontrou idosos com **IU por transbordamento**. A obstrução da uretra – na HBP ou cistocele volumosa – e doenças neurológicas que acometem o detrusor – como a bexiga neurogênica por neuropatia diabética – levam à hiperdistensão da bexiga. Passa a ocorrer então extravasamento constante de pequenas quantidades de urina, nem sempre percebido pelo paciente.

O exame físico demonstrará “bexigoma” e a passagem da SVA levará à eliminação de mais de 450 mL de urina. Muitas vezes a constipação intestinal agrava o quadro e o toque retal pode revelar a existência de fecaloma.

A IU por transbordamento pode ser iatrogênica, como comentamos antes. Idosos com dificuldade de esvaziamento vesical por HBP ou por redução da contratilidade do detrusor podem se tornar incapazes de urinar se utilizarem medicamentos antimuscarínicos e mesmo outras drogas com efeito anticolinérgico.

2.7| Tratamento da incontinência urinária

1º passo: diagnosticar incontinência urinária

Faça as perguntas a seguir a todos os seus pacientes idosos. Elas foram utilizadas no estudo de Ouro Preto e detectam a existência e os tipos de IU com bastante acurácia.

- O senhor (ou a senhora) costuma perder um pouco de urina na roupa?
- E um pouquinho, quando tosse, espirra, levanta-se ou dá uma corridinha?
- Acontece às vezes uma vontade tão forte que quase não dá para chegar ao banheiro?

Muitos idosos que respondem “**não**” à primeira pergunta referem a perda nas outras. Caracterize se há prejuízo social ou à saúde e estará feito mais um diagnóstico de IU.

2º passo: definir o tipo de incontinência urinária

Indague se há sensação de urgência precedendo a perda, se ocorre em situações de aumento da PIA ou se não é percebida pelo paciente. Verifique se é recente (sugerindo causas transitórias) ou de longa data. Avalie se há padrões de micção e perda urinária: qual o volume, horário, situação e se há relação com ingestão de líquidos.

No exame físico, verifique se há perda constante ou ao tossir. Em homens com HBP e mulheres debilitadas, meça o resíduo pós-miccional. Avalie se há HBP e lembre-se de que alguns pacientes com obstrução queixam-se de urgência, mas ao exame a próstata parece pequena. Há cistocele, uretrocele, retocele, impactação fecal ou vaginite atrófica? Avalie a mobilidade do paciente: seria realmente um caso de IU funcional?

3º passo: identificar e tratar causas predisponentes

Avalie se há causas de IU transitória (se necessário, solicite urocultura, cálcio, glicemia, vitamina B12 e função renal), incluindo uso de medicamentos.

A mudança de alguns hábitos que podem provocar IU será discutida adiante. Lembre-se de que o início súbito de sintomas de urgência levanta a suspeita de neoplasia vesical, especialmente se houver desconforto pélvico e perineal ou hematúria.

4º passo: tratamento não farmacológico

As amigas da Dona Josefina comentaram com ela **dicas para evitar a perda de urina**. Nas quatro horas antes de ir dormir, uma delas restringia a ingestão de líquidos e elevava as pernas para iniciar a reabsorção do edema “das varizes”; e assim reduziu a noctúria. Outra usava meia elástica de média compressão até o terço superior das coxas durante o dia inteiro: colocava antes de sair da cama, retirava na hora do banho à noite. Segundo ela: “– Dá muito trabalho e usar uma meia sempre nova fica caro, mas resolveu minha urinação de noite.” Outra sugeriu que ela fosse ao banheiro com mais frequência e evitasse bebidas com cafeína (pelo efeito diurético), e isto ajudou um pouco.

Mas a melhor dica ela recebeu de uma auxiliar de enfermagem, parente de uma vizinha, com quem se encontrou em uma visita quando esta última estava adoentada:

– “A senhora está perdendo urina por causa da fraqueza dos músculos que sustentam a bexiga e o útero; foram os partos! Há uma ginástica que reforça esses músculos e resolve o problema. É fácil fazer, mas demora um ou dois meses para começar a perceber o efeito. E precisa fazer o resto da vida, mas resolve mesmo.”

Ela se referia aos **exercícios de Kegel**. O ginecologista Arnold H. Kegel, nascido em 1894, desenvolveu uma técnica tão simples e eficiente que até hoje é a principal estratégia para tratar IU de esforço. Ela fortalece o músculo pubococcígeo que circunda o ânus, uretra e vagina e pode interromper voluntariamente a micção.

Exercícios de Kegel – orientações para discutir com o paciente

Localize o músculo pubococcígeo (MPC) tentando interromper a micção. Além de interromper a micção, ele é o músculo utilizado para evitar a eliminação

de gases. Se tiver dúvidas, introduza um dedo na vagina e tente contrair o músculo; se você perceber a contração ao redor do dedo, encontrou o músculo certo. Em seguida, na posição deitada, faça contrações do MPC enquanto apalpa o abdome, nádegas e coxas. Se você estiver contraindo somente o MPC (o que é necessário para os exercícios) não perceberá contração desses outros grupos musculares.

Uma vez por mês você deverá repetir a manobra para certificar-se de que continua exercitando a musculatura correta. Mas, atenção: o procedimento de interromper o jato urinário deverá ser usado somente para esta finalidade; se repetido muitas vezes favorece o surgimento de cistite.

Continue deitada e faça 10 contrações lentas do MPC, durando três segundos cada. Em seguida, faça 10 contrações rápidas; nestas não mantenha a contração. Relaxe completamente após cada contração.

Faça quatro séries (10 rápidas e 10 lentas) por dia, variando a posição (de pé, sentada e deitada). Aos poucos, aumente a duração das contrações lentas e o número de contrações lentas e rápidas em cada série. O Dr. Kegel propôs três séries de 20 minutos por dia, cada série com 100 contrações lentas de seis segundos. Você poderá se exercitar enquanto realiza outras atividades, como assistir à TV ou cozinhar.

Reforçar o MPC permitirá fazer o “**treinamento vesical**,” que consiste no controle da sensação de urgência. Ao sentir o desejo “imperioso” de urinar, a idosa deverá contrair o MPC e se distrair alguns momentos. Assim que a contração ceder, deve ir ao banheiro para urinar. O treino melhora essa capacidade progressivamente.

Idosos com IU que necessitam de auxílio para urinar podem ser treinados a **reconhecer precocemente o desejo de urinar** e chamar o cuidador a tempo.

O “**treinamento de hábito**” consiste em determinar horários para urinar, de acordo com o padrão revelado pelo **diário miccional**. Por exemplo: ir ao banheiro (ou ser levado) a cada hora durante o dia. Ao restaurar a continência (fralda ou absorvente permanecerem secos) o intervalo é aumentado progressivamente até quatro horas.

5º passo: tratamento farmacológico para IU estabelecida

Se o tratamento não-farmacológico falhar, poderá ser associado ao tratamento farmacológico. Vários medicamentos podem ser manipulados. Mulheres com IU de esforço sem resposta ao tratamento clínico podem ser submetidas a diversos tipos de procedimentos cirúrgicos, alguns deles até mesmo com anestesia local.

Para saber mais...

“Tratamento cirúrgico da IU de esforço.” Está na biblioteca virtual.

Quadro 12 - Tratamento farmacológico da incontinência urinária de urgência

Oxibutinina*	2,5-5 mg, 3 vezes ao dia	Antimuscarínicos inibem o detrusor. Oxibutinina provoca xerostomia proporcional à dose em 40% dos pacientes (20% na forma AP). Todos provocam efeitos anticolinérgicos, menos intensos com tolterodina e darifenacina que são mais seletivos para receptores da bexiga. A oxibutinina é muito utilizada, pode demorar duas semanas para o efeito máximo, mas é barata e pode ser manipulada. Lembre-se: <i>to begin slow and go slow</i> .
Oxibutinina AP	5-15 mg, 1 vez ao dia	
Tolterodina	1-2 mg, 2 vezes ao dia	
Tolterodina AP	2-4 mg, 1 vez ao dia	
Darifenacina	7,5-15 mg, 1 vez ao dia	
Nortriptilina*	10-100 mg, 1 vez ao dia	Antidepressivo. Pode reduzir a hiperatividade do detrusor.

Fonte: Elaborado pelos autores.

* Medicamentos mais baratos.

AP = ação prolongada (oxibutinina AP é o Retemic UD®; tolterodina AP é o Detrusitol LA®).

Quadro 13 - Tratamento farmacológico da incontinência urinária de esforço

Estradiol tópico*	0,2 mg ao dia por 2 semanas. Depois 0,1 mg ao dia, 2 semanas. Depois 0,1 mg, 1 a 3 vezes por semana	Vale a pena uma tentativa em pacientes com vaginite atrófica, que pode minimizar a IU, dispaurenia e cistites de repetição. O estradiol tópico por três a seis meses, em doses decrescentes como no exemplo ao lado, não aumenta excessivamente o risco de hiperplasia do endométrio, mas deve ser evitado em casos de sangramento uterino, tromboembolismo e história de neoplasia de mama ou endométrio. O promestriene, embora mais caro, não tem absorção sistêmica e pode ser usado em logo prazo.
Promestriene tópico	1g intravaginal e se preciso externo, 20 dias/mês, por 4 a 6 meses.	
Duloxetina	20-40 mg 2xdia	

Fonte: Elaborado pelos autores.

* Medicamento mais barato.

IU – incontinência urinária.

Quadro 14 - Tratamento farmacológico da incontinência urinária em homens com hiperplasia benigna de próstata

Doxazosina	1-4 mg, 1 vez ao dia	Bloqueiam a musculatura lisa da bexiga e próstata, reduzindo sintomas de obstrução. Doxazosina é um anti-hipertensivo. Ambas provocam hipotensão ortostática (risco de quedas), fraqueza e cefaleia. A tamsulosina é mais cara, mais específica e resulta em menos efeitos adversos. Ambas podem ser manipuladas.
Tamsulosina	0,4-0,8 mg, 1 vez ao dia	
Finasterida*	5 mg, 1 vez ao dia	

Fonte: Elaborado pelos autores.

* Medicamento mais barato.

Quadro 15 - Tratamento farmacológico da incontinência urinária de transbordamento

Hipoatividade do detrusor	Remover fatores agravantes (medicamentos, fecaloma). Tentar restaurar a função vesical com cateterização intermitente (SVA) três vezes ao dia, 1 a 2 semanas (aumentar a frequência se o volume exceder 500mL). Se o paciente conseguir iniciar a micção, ensine-o a fazer a compressão suprapúbica durante a micção. Se preciso, mantenha a SVA indefinidamente. Evite a sonda vesical de demora, pois aumenta demasiadamente o risco de ITU.
Obstrução	No prolapso ou HBP sem resposta clínica e na estenose uretral, encaminhar ao cirurgião.

Fonte: Elaborado pelos autores.

SVA – sonda vesical de alívio. HBP – hipertrofia benigna da próstata. ITU – infecção.

Por volta dos 67 anos, Dona Josefina começou a perder pequena quantidade de urina ao tossir, espirrar ou ao se levantar de manhã com a bexiga cheia. Não usava furosemida quando tinha que sair de casa de manhã e andava recusando convites para encontros sociais.

Consultando-se com o Dr. Orestes, ele mencionou que era um problema da idade e gastou seu latim: “Defectum incurabiles est haec affectio”

Um médico novato que substituíu o Dr. Orestes nas férias trocou a furosemida por captopril, resolvendo a poliúria da manhã. E marcou uma avaliação ginecológica.

O exame físico revelou cistocele discreta e perda de pequeno volume logo ao tossir. Ele ensinou exercícios de Kegel e receitou estradiol tópico três meses.

Uma amiga sugeriu que tomasse menos quantidade de líquido. A IU melhorou, mas houve agravamento da constipação intestinal, causada pelo verapamil.

Voltou ao Dr. Orestes. Sem examiná-la, não detectou a hipotensão ortostática e desidratação, causadas pela associação de restrição hídrica e furosemida. Receitou sene para a constipação.

Evitando cafeína e álcool, fazendo os exercícios, utilizando o creme e evitando excesso de líquidos a partir do fim da tarde, a IU remitiu e ela retomou a vida social. Ia à Igreja diariamente a pé: 40 minutos!

Aos 73 anos Dona Josefina passou a apresentar lenta e progressivamente um desejo imperioso de urinar. Ocorria principalmente quando estava chegando à casa ou quando abria uma torneira. Ao entrar no banheiro, antes de conseguir chegar ao vaso, perdia grande volume de urina.

A recém-chegada ACS Mariana identificou a IU de urgência em uma visita domiciliar. Discutiu com a equipe, reforçou os exercícios de Kegel e orientou sobre o treinamento vesical.

Muitas vezes perdia urina a caminho do banheiro, pois ficava tonta ao se levantar da cama, onde passava grande parte do tempo. Sem examiná-la, o Dr. Orestes diagnosticou “labirintite” e receitou cinarizina.

A droga provocou parkinsonismo: passos curtos, rigidez, lentidão, marcha instável. O uso prolongado do sene agravou a constipação, que piorou a IU. O decúbito prolongado piorou a hipotensão postural. O diazepam aumentou a “tonteira”. Aos 76 anos, ao se levantar para urinar à noite, D. Josefina caiu e fraturou o fêmur.

A nova médica, Dra. Renata, receitou oxibutinina: 2,5 mg 3x ao dia e, se preciso, dobrar a dose. Orientou sobre ingestão de líquidos e balas sem açúcar para combater a xerostomia. Trocou o diazepam por 10mg de nortriptilina à noite, depois passou para 25mg e depois 50mg. Foi o fim da incontinência urinária e da depressão.

Parte 3

Quedas e fraturas

3.1 | A esperança equilibrista

Você certamente se lembra desta música, imortalizada na voz de Elis Regina.

O Bêbado e a Equilibrista

Composição: João Bosco e Aldir Blanc

Caía a tarde feito um viaduto
E um bêbado trajando luto
Me lembrou Carlitos...

A lua
Tal qual a dona do bordel
Pedia a cada estrela fria
Um brilho de aluguel

E nuvens!
Lá no mata-borrão do céu
Chupavam manchas torturadas
Que sufoco!
Louco!
O bêbado com chapéu-coco
Fazia irreverências mil
Prá noite do Brasil.

Meu Brasil!...
Que sonha com a volta
Do irmão do Henfil.
Com tanta gente que partiu
Num rabo de foguete

Chora!
A nossa Pátria
Mãe gentil
Choram Marias
E Clarisses
No solo do Brasil...

Mas sei, que uma dor
Assim pungente
Não há de ser inutilmente
A esperança...

Dança na corda bamba
De sombrinha
E em cada passo
Dessa linha
Pode se machucar...

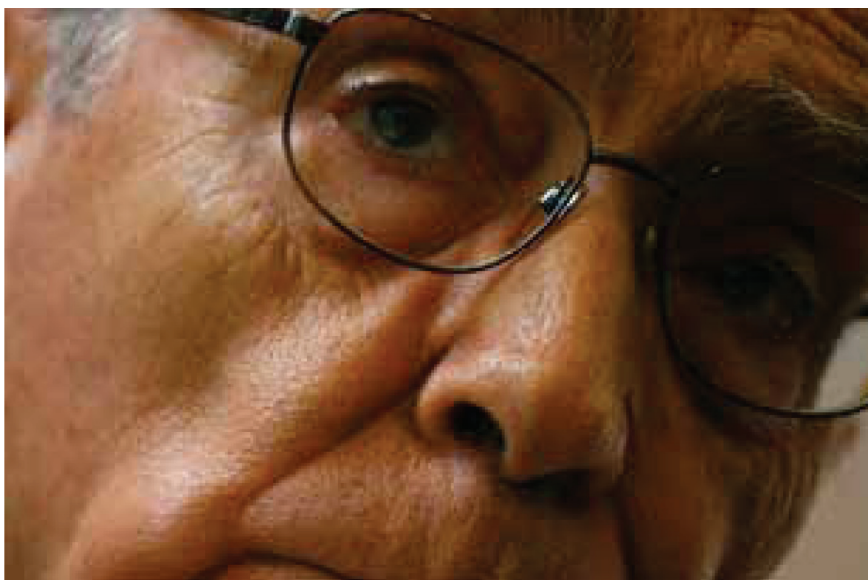
Azar!
A esperança equilibrista
Sabe que o show
De todo artista
Tem que continuar...

Fonte: JOÃO BOSCO; ADIR BLANC, 1979, disponível em <<http://letras.mus.br/joao-bosco/46527/>>. Acesso em 20 nov. 2012.)

Os profissionais de saúde que atendem idosos frequentemente têm a impressão de que alguns dos seus pacientes andam desequilibrados e que “em cada passo dessa linha podem se machucar”. As quedas são um capítulo especial nos livros de geriatria, onde têm mais destaque que a insuficiência cardíaca ou neoplasias, não sem razão.

Por serem tão prevalentes, causadas por múltiplos fatores associados e por vezes de difícil solução, as “quedas”, como incontinência urinária e iatrogenia, são um dos cinco “gigantes da geriatria”.

3.2| O epidemiologista José Saramago



Fonte: <http://redes.moderna.com.br/tag/jose-saramago/>

José Saramago, escritor português laureado em 1998 com o Prêmio Nobel de Literatura, escreveu no livro “Objecto Quase” o conto “Cadeira”. Em uma narrativa de tirar o fôlego, acompanhamos ao longo de 20 páginas o instante no qual um velho ditador senta-se em uma cadeira e sofre uma queda. Veja alguns trechos:

[...] quando a cadeira apenas se inclinou dois graus, posto que para dizer toda a verdade, a deslocação brusca do centro de gravidade seja irremediável, sobretudo porque não a veio compensar um reflexo instintivo e uma força que a ele obedecesse; [...]

[...] A cadeira ainda não caiu. [...] Vê-a de longe o velho que se aproxima e cada vez mais de perto a vê, se é que a vê, que de tantos milhares de vezes que ali se sentou e não vê já [...]

O velho vê o tecto. Vê apenas, não tem tempo de olhar. Agita os braços e as pernas como um cágado virado de barriga para o ar... [...]. Cai velho, cai. Repara que neste momento tens os pés mais altos que a cabeça [...]

E todo o corpo é um retorcimento crispado, uma espécie de gato reumático, por isso incapaz de dar no ar a última volta que o salvaria, com as quatro patas no chão.

[...] Este velho não está morto. Desmaiou apenas [...]. O coração bate, o pulso está firme, parece o velho que dorme [...]

O corpo ainda aqui está, e estaria por todo o tempo que quiséssemos. Aqui, na cabeça, neste sítio onde o cabelo aparece despenteado, é que foi a pancada. À vista não tem importância. Uma ligeiríssima equimose [...], que a raiz do cabelo quase esconde, não parece que a morte por aqui possa entrar. Em verdade já está lá dentro. (SARAMAGO, 1998, *passim*).

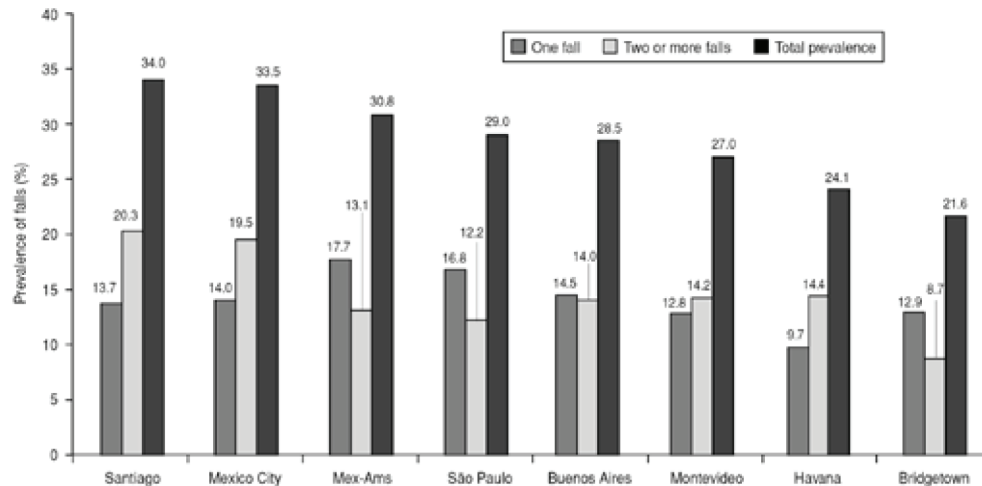
José Saramago bem poderia ser considerado um estudioso das quedas em idosos. Sua descrição é impecável do ponto de vista epidemiológico. As principais questões associadas ao estudo das quedas em idosos – os fatores predisponentes, a avaliação clínica e suas consequências – são contempladas no texto.

Nesta parte 3, o conto “A Cadeira” será a linha que nos conduzirá por este universo – tão frequente quanto ignorado – deste gigante da geriatria. Nosso objetivo é capacitar você e sua equipe para reconhecerem a importância das quedas, identificarem seus fatores de risco e elaborarem protocolos de prevenção adequados aos idosos da sua população adscrita.

3.3| Incidência e consequências das quedas

Estudos realizados em diversos países e no Brasil demonstram que a cada ano um terço dos idosos sofre pelo menos uma queda. O Estudo SABE: Saúde, bem-estar e envelhecimento -, realizado com amostras representativas dos idosos residentes em oito capitais da América Latina e Caribe, foi um destes. A Figura 9 compara essas capitais.

Figura 9 - Prevalência de quedas entre pessoas idosas em sete cidades latino-americanas e caribenhas e entre descendentes de mexicanos no sudoeste dos Estados Unidos



Fonte: ESTUDO SABES, 2005

Veja que a proporção de idosos que sofrem quedas nessas capitais (em torno de um terço) é bastante semelhante à de São Paulo. O mesmo parece valer para municípios menores: o estudo realizado com idosos de Ouro Preto revelou proporção de 38%.

Nesta semana você teve notícia de algum idoso que caiu? Aproximadamente quantos idosos de sua população adscrita sofreram queda nos últimos 12 meses? Para responder, basta calcular um terço da população de idosos.

Observe ainda a proporção significativa de idosos que sofreram mais de uma queda no Estudo SABE. Hoje já se sabe (desculpe o trocadilho) que sofrer uma queda é um fator de risco para sofrer outra queda. Em outras palavras...

...se você identificar um idoso que sofreu uma queda, poderá tentar evitar que ele sofra a próxima.

Seja ao assentar na cadeira, levantar da cama, tropeçar no corredor ou descer do ônibus, a importância das quedas reside nas suas consequências. Aproximadamente 3 a 5% das quedas originam ferimentos graves, como lesões corto-contusas, hematomas e fraturas. Embora a fratura proximal

Para refletir...

Você tomou conhecimento de alguma consequência das quedas ocorridas com sua população adscrita?

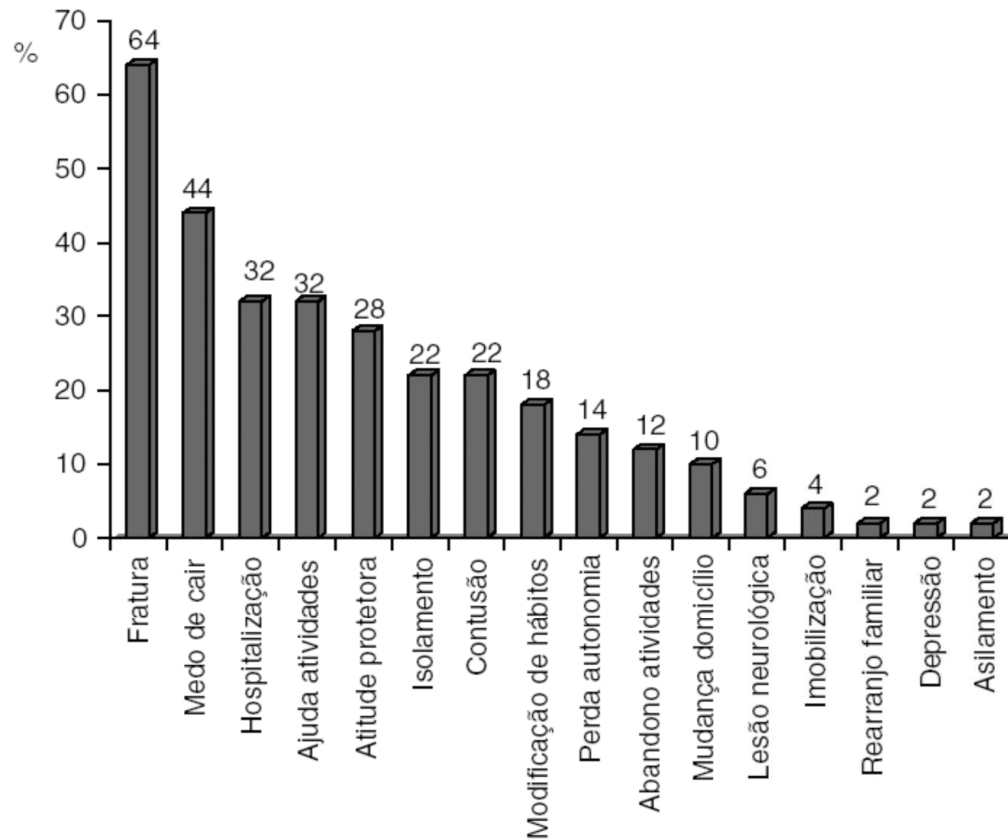
do fêmur (FPF) seja a mais temida, por sua elevada letalidade, as quedas podem provocar efeitos devastadores na qualidade de vida dos idosos, mesmo que não tenham ocorrido fraturas.

O corpo ainda aqui está, e estaria por todo o tempo que quiséssemos. Aqui, na cabeça, neste sítio onde o cabelo aparece despenteado, é que foi a pancada. (SARAMAGO, 1998, p.29)

do fêmur (FPF) seja a mais temida, por sua elevada letalidade, as quedas podem provocar efeitos devastadores na qualidade de vida dos idosos, mesmo que não tenham ocorrido fraturas.

Um estudo realizado em São Paulo (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA, 2004) avaliou os problemas ocorridos com idosos levados a um serviço de urgência após sofrerem queda. Analise os resultados da Figura 10 e tente identificar consequências físicas e psicológicas.

Figura 10- Consequências de quedas em idosos encaminhados a um serviço de urgência



Fonte: FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA, 2004

Em realidade, as fraturas (64%) não são tão frequentes assim. Essa proporção elevada se deve ao tipo de amostra avaliada neste estudo: idosos que sofreram queda grave o suficiente para serem levados ao hospital. Mas chama atenção o rol de problemas decorrentes desse tipo de acidente. Reveja no quadro, com mais atenção.

Após a queda, muitos idosos desenvolvem a “síndrome do medo pós-queda”, um intenso distúrbio de marcha provocado por receio de cair, mesmo na ausência de comprometimento objetivo da capacidade de deambular. Para andar, passam a depender de um acompanhante, ao qual se agarram firmemente enquanto trocam passos curtos, tendendo a cair. Outros idosos deixam de sair de casa e abandonam atividades que realizavam cotidianamente, passando a depender parcial ou totalmente de um cuidador. Deste modo, podem desenvolver atrofia muscular, redução da amplitude de movimentos e déficits de marcha e equilíbrio, favorecendo o surgimento de novas quedas.

À vista não tem importância. Uma ligeiríssima equimose que a raiz do cabelo quase esconde, não parece que a morte por aqui possa entrar. Em verdade já está lá dentro. (SARAMAGO, 1998, p.29)

Outro estudo paulista (GARCIA; LEME; GARCEZ-LEME, 2006) avaliou a evolução de idosos submetidos à cirurgia para FPF decorrente de queda. Observe no Quadro 16 a redução da capacidade para realizar atividades básicas da vida diária após a fratura proximal do fêmur.

Quadro 16 - Capacidade de realizar atividades básicas antes e após fratura do fêmur.

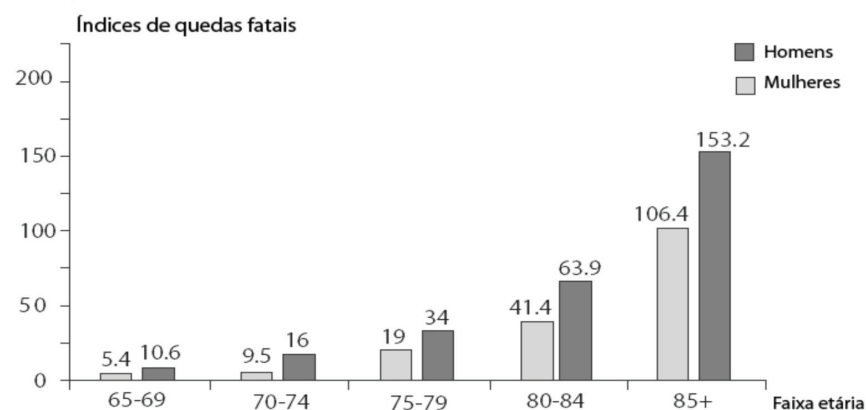
Atividades da vida diária		Sim	%
Banho	Antes	23	70
	Após	14	45
Vestir-se	Antes	27	82
	Após	16	52
Toalete	Antes	26	82
	Após	16	52
Ambulação física	Antes	29	88
	Após	17	55
Continência urinária e fecal	Antes	21	64
	Após	10	32
Alimentar-se	Antes	30	91
	Após	23	74

Fonte: GARCIA; LEME; GARCEZ-LEME, 2006

Antes da fratura, 70% dos idosos conseguiam tomar banho sozinhos, somente 45% conseguiam fazê-lo depois. Também ocorreu redução da capacidade para realizar atividades como se vestir, fazer a higiene pessoal, deambular, manter a continência urinária e fecal e alimentar-se. Se o idoso não puder contar com suporte familiar ou contratar um cuidador, a queda pode ser o primeiro passo para a institucionalização.

As consequências das quedas podem ser ainda mais graves. Analise a Figura 11.

Figura 11 - Taxa de mortalidade das quedas, por sexo e faixa etária.



Fonte: GARCIA; LEME; GARCEZ-LEME, 2006

A taxa de mortalidade por quedas aumenta exponencialmente após os 65 anos; aos 85 anos ela é 10 vezes maior que aos 65 anos! Veja ainda que, embora as mulheres sofram mais quedas que os homens, a mortalidade dos homens é maior. Isto se deve ao fato de que, entre os homens, muitas vezes a queda é um “marcador” de que algo muito errado está acontecendo: a exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica, o surgimento de uma fibrilação atrial ou mesmo um episódio de isquemia do miocárdio.

O estudo paulista sobre FPF mencionado anteriormente revelou que 30% dos idosos faleceram após um ano. Como 52% deles haviam caído no ano anterior, pelo menos metade dessas mortes teria sido evitada se uma equipe de saúde tivesse identificado a primeira queda e corrigido os fatores que a causaram.

Para refletir...

Sua equipe sabe identificar as causas de quedas?



Fonte: www.sxc.hup

As causas de quedas podem ser divididas em fatores intrínsecos e ambientais.

Fatores intrínsecos são relacionados a fatores do próprio indivíduo, como problemas de equilíbrio ou visão.

Fatores ambientais são relacionados a fatores externos, como um corredor mal iluminado e tapetes escorregadios.

Muitas vezes, mesmo na presença de um fator ambiental, é um fator intrínseco que, em última instância, provoca a queda. Um idoso com equilíbrio e visão adequados dificilmente cairá ao escorregar em um tapete ou andar em um corredor escuro.

O inverso também vale: um idoso com equilíbrio e visão precários poderá não cair se deambular em ambientes seguros: tapete aderido ao piso e corredor iluminado.

Isto nos leva a duas conclusões importantes:

- Antes de considerar um fator ambiental como causa única da queda, investigue fatores intrínsecos.
- Corrigir fatores intrínsecos não elimina o risco causado por fatores ambientais.

3.4| Fatores intrínsecos

... quando a cadeira apenas se inclinou dois graus, [...] sobretudo, porque não a veio compensar um reflexo instintivo e uma força que a ele obedecesse.

E todo o corpo é um retorcimento crispado, uma espécie de gato reumático, por isso incapaz de dar no ar a última volta que o salvaria, com as quatro patas no chão.

O velho ditador de Saramago não teve força muscular ou reflexos suficientes para se levantar a tempo da cadeira. Veja os fatores intrínsecos de quedas mais comuns:

- **Hipotensão ortostática:** por medicamentos, Parkinson, desidratação;
- **Demências:** prejudicam a avaliação do risco de cair em algumas atividades;
- **Sedação:** por medicamentos e álcool;
- **Marcha instável:** fraqueza, parkinsonismo, doença vascular cerebral, fratura, medo de queda;
- **Baixa acuidade visual:** por distúrbios de refração, catarata e retinopatia;
- **Osteoartrose:** principalmente dos joelhos e quadril, além de deformidades dos pés;
- **Vertigem:** a mais comum é a vertigem posicional paroxística. Labirintite é rara!
- **Doença aguda:** arritmias, infecções, descompensação de diabetes e cardiopatias.

Hipotensão ortostática (HO) ocorre em pacientes utilizando anti-hipertensivos, antidepressivos tricíclicos (como nortriptilina e amitriptilina), trazodona, neurolépticos, levodopa, doxazosina e nitratos. A doença de Parkinson pode provocar HO significativa. A desidratação – comum, pois idosos não sentem sede – pode provocar HO ou agravá-la em pacientes usando as drogas citadas.

Demências nas fases leve ou moderada não comprometem a deambulação, mas prejudicam a avaliação dos riscos (por exemplo, andar em um piso escorregadio). Algumas demências têm elevada incidência de quedas inexplicáveis e síncope.

Sedação provocada por benzodiazepínicos, anti-histamínicos, neurolépticos, alguns antidepressivos, hipnóticos e mesmo por pequenas doses de álcool reduzem os reflexos necessários para retomar o equilíbrio após escorregar ou

tropeçar.

Marcha instável pode ser causada por fatores como mau condicionamento físico provocando fraqueza muscular e doenças neurológicas como parkinsonismo e múltiplas isquemias cerebrais que desencadeiam uma marcha com passos muito curtos. Também pode ser provocada por múltiplos fatores associados, como no caso de um idoso com baixa acuidade visual e osteoartrose, que não usa óculos nem bengala.

Doenças agudas causam 10% das quedas. Muitas vezes a queda é o primeiro sinal de uma infecção ou descompensação de diabetes ou insuficiência cardíaca.

Vertigem posicional é comum em idosos e provoca a sensação de que o ambiente está girando. É desencadeada por movimentos como levantar da cama ou cadeira, mas, ao contrário da HQ, também ocorre quando o paciente se deita ou se vira na cama deitado. Pode durar horas ou dias e ser recorrente, mas sempre melhora em poucos segundos se o paciente permanecer quieto. Quase sempre é chamada erroneamente de labirintite; esta é mais rara, não é associada aos movimentos, não melhora se o idoso ficar quieto e provoca náuseas e vômitos.

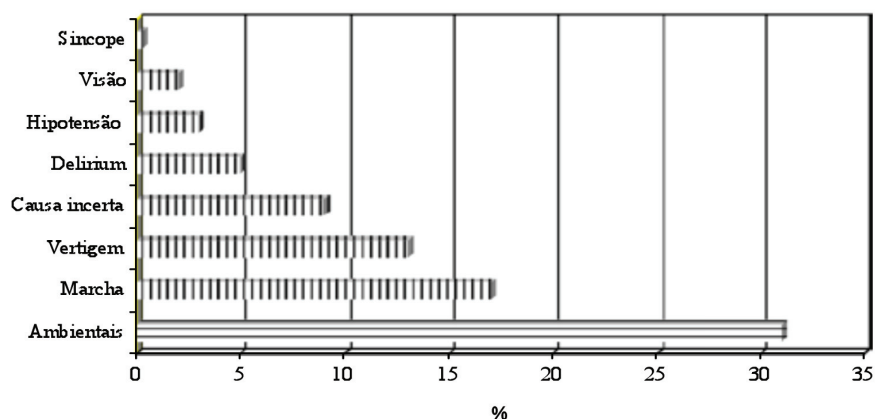
3.5| Fatores ambientais

A cadeira ainda não caiu. [...] Vê-a de longe o velho que se aproxima e cada vez mais de perto a vê, se é que a vê que de tantos milhares de vezes que ali se sentou e não vê já [...] (SARAMAGO, 1998, p. 20)

A existência de fatores intrínsecos torna idosos propensos a quedas mesmo em ambientes frequentados regularmente (como a cadeira do ditador de Saramago), que “aparentam ser seguros”, mas, por vezes, apresentam riscos. Um idoso com catarata tem embaçamento da visão e redução da acuidade visual; ao se levantar à noite para urinar, poderá ocorrer queda no corredor mal iluminado com um fio de telefone solto. Outro idoso, com sedação por iatrogenia, não conseguirá se equilibrar ao tropeçar na calçada.

A Figura 12 mostra os resultados de uma revisão de 12 estudos sobre quedas de idosos (RUBENSTEIN; JOSEPHSON, 2002): um terço foi provocado por fatores ambientais.

Figura 12 - Taxa de mortalidade das quedas, por sexo e faixa etária.



Fonte: RUBENSTEIN; JOSEPHSON, 2002

Inúmeros fatores ambientais frequentemente estão associados a quedas:

- **Iluminação inadequada:** pouca luminosidade ou luz ofuscante.
- **Superfícies escorregadias:** piso do banheiro molhado, piso encerado, tapete solto.
- **Piso irregular:** tacos soltos, tapetes altos ou com dobras.
- **Obstáculos no chão:** animais, brinquedos, fio de telefone e TV, roupas, calçados.
- **Móveis baixos soltos:** mesinha de centro, mesa de cabeceira.
- **Móveis inadequados:** cadeiras e poltronas muito baixas e sem braços, cama muito baixa.
- **Vaso sanitário:** muito baixo.
- **Rampas:** íngremes e sem corrimão dos dois lados.
- **Escadas:** com degraus altos ou estreitos, sem corrimão dos dois lados.
- **Corredores e banheiro:** ausência de corrimão, pontos de apoio seguros e barras de apoio.

Para refletir...

Sua equipe avalia os fatores ambientais na visita domiciliar aos idosos?

Um estudo realizado em Campinas-SP (JAHANA; DIOGO, 2008) avaliou 73 idosos internados com traumatismo provocado por queda. As autoras observaram que dois terços dos idosos caíram em sua própria casa, sendo que um terço estava andando e tropeçou e 1/5 fazia limpeza da casa. Elas concluíram que 61% das quedas puderam ser atribuídas a fatores ambientais e que, "mesmo conhecendo o ambiente, o idoso corre o risco de se acidentar".

3.6| Abordagem do idoso que sofreu uma queda

Múltiplos fatores, difícil solução...

Aos 76 anos, Dona Josefina não andava muito bem (desculpe o trocadilho de novo...) e ficava cambaleando pela casa. A “labirintite” não tinha melhorado com a cinarizina, nem com a flunarizina receitada depois pelo Dr. Orestes, nem mesmo com a Gingko biloba sugerida pela amiga.

Em realidade, não era labirintite, pois não era uma “vertigem rotatória de início súbito, com duração de horas a poucos dias, associada a náuseas e vômitos”. Mas o Dr. Orestes não a examinou e a consulta foi rápida demais para perceber esses “detalhes”. Ele também não tinha tempo para estudar e acabou receitando placebos, sem nem mesmo saber. Por este motivo ocorreu melhora discreta dos sintomas (efeito placebo), mas foi apenas temporária (como ocorre com os placebos).

A “sensação de cabeça vazia, aérea” era na realidade a sedação causada pelo diazepam e pela hipotensão ortostática. A HO era agravada pela baixa ingestão de líquidos, sugerida pela amiga para diminuir a urgência urinária; e ela não sentia sede mesmo. O verapamil e furosemida também estavam na mesma dose que utilizava aos 60 anos e que já era excessiva para ela nessa idade. Mas o Dr. Orestes, sem tempo para estudar e examinar, não identificou a HO. Senectus est morbus (velhice é doença) – dizia ele gastando seu latim quando Dona Josefina se queixava de seus males.

Haja saúde para administrar tantas vicissitudes: passava o dia deitada, desanimada, sonolenta; à noite ficava se lembrando do amado Odorico e contava as horas esperando o dia raiar. Bem que poderia estar junto dele... O diazepam, em realidade, já não prestava e sem ninguém saber ela já tomava dois comprimidos para conseguir dormir algumas horas. O decúbito prolongado piorava a HO e aos poucos provocou atrofia da musculatura das pernas e osteoporose. Quando sentia vontade de urinar já era “para ontem”. Tentava correr ao banheiro, mas ficava tonta ao se levantar. No caminho, as pernas não ajudavam: rigidez, bradicinesia (a lentidão dos movimentos) e instabilidade postural eram as manifestações do parkinsonismo provocado pelos “antivertiginosos”.

Ruim mesmo era quando aumentava o sene. Depois de cinco ou seis dias sem evacuar dobrava a dose para conseguir algum resultado. O resultado era diarreia, mas pelo menos ficava aliviada por alguns dias. Desidratada – o que piorava a hipotensão ao se levantar – mas aliviada.

Para refletir...

Quais foram as causas da queda da Dona Josefina? Quais poderão ser as consequências dessa fratura? Você concorda com a última frase do Dr. Orestes?

Foi numa dessas noites que, ao se levantar para urinar, Dona Josefina caiu e fraturou o fêmur. Como diria o Dr. Orestes: *Alea jacta est* (a sorte está lançada).

Levanta, sacode a poeira e dá a volta por cima...

A boa prática em geriatria reza que se deve **evitar a primeira queda**. Para isto, a equipe deve aproveitar todas as oportunidades de contato com o idoso para detectar fatores intrínsecos e ambientais que estejam colocando-o em risco. Os profissionais que visitam o domicílio devem ser treinados para utilizar um check-list conferindo os itens que representam risco.

A ocorrência de uma queda recente é uma oportunidade ímpar para investigar suas causas e corrigi-las para **evitar a próxima queda**. Alguns estudos na Inglaterra já demonstraram que o idoso que sofreu uma fratura do fêmur em uma queda já havia caído, em média, três ou quatro vezes antes.

Analise os fatos envolvidos

Seja em Londres, seja na Vila Formosa, **todo contato** da equipe com o idoso é a oportunidade de investigar se ele sofreu uma queda. Pergunte sempre! Você ficará surpreso ao ver como elas são frequentes e quase nunca relatadas espontaneamente pelo paciente ou pela família.

Diante do relato de quedas, a equipe deve investigar causas. **Avalie cada queda**: em que dia e hora ocorreu? Em que local? Quais os fatores ambientais possivelmente envolvidos? Qual era a atividade no momento? Ocorreram sintomas antes (vertigem, síncope, sensação de cabeça vazia, palpitações, urgência ou esforço para urinar)? Usava bengala, andador, óculos? Alguém presenciou a queda e confirma as informações?

Lembre-se de que mesmo uma queda obviamente causada por tropeçar em uma pedra na rua pode ter envolvido um fator potencialmente tratável, como baixa acuidade visual ou equilíbrio insuficiente.

Você observará também que muitas vezes o idoso sofreu **quedas por causas diferentes**. Uma por tropeçar em um brinquedo no chão e outra por síncope (uma perda súbita de consciência, com retorno da consciência após um período breve).

E o primeiro passo é mesmo verificar se a queda foi provocada por **uma síncope**, o que modificará a investigação e conduta: convulsão, arritmias e hipotensão ortostática serão causas mais prováveis. No entanto, nem sempre o idoso será capaz de relatar ou se lembrar de que foi precedida por

“sensação de cabeça vazia” e de que ocorreu perda súbita da consciência, com recuperação depois de alguns momentos. Se não houver uma testemunha que confirme a história, mantenha a síncope como suspeita.

Se a queda ocorreu recentemente, procure indícios de **doenças agudas**: febre, dispneia, confusão mental, incontinência urinária e outros sintomas que possam auxiliar o diagnóstico da doença de base que se manifestou inicialmente como uma queda.

Excluídas a síncope, doenças agudas e fatores ambientais muito evidentes, pense na **associação de múltiplas causas** afetando sistemas de manutenção do equilíbrio: visão, cognição, propriocepção, sistema vestibular, força muscular e flexibilidade.

Sempre confira todos os medicamentos detalhadamente e avalie os que podem ter provocado sedação ou hipotensão ortostática. Lembre-se do efeito cumulativo da toxicidade anticolinérgica, e que mesmo doses baixas de anti-hipertensivos e benzodiazepínicos podem provocar efeitos adversos significativos.

Exame físico atento

Tente identificar fatores intrínsecos. Em poucas situações na Medicina o exame físico pode ser tão revelador. Verifique nos dois olhos a visão para longe (enxergar objetos no chão) e o campo visual (movimentando uma lanterna em frente aos olhos); confira se ele consegue fletir o pescoço e olhar o chão logo abaixo. Verifique se há hipotensão ortostática (veja o box), arritmias ou insuficiência cardíaca; procure lesões nos pés (calos, joanetes, úlceras) e aproveite para recomendar a utilização de calçados seguros (sola antiderrapante, sem salto alto e nunca sandálias e chinelos soltos). No final, faça alguns testes de desempenho.

Testes de desempenho

Com o idoso assentado na cadeira, peça que se levante sem o auxílio das mãos, ande três metros, vire-se e volte a assentar na mesma cadeira, sem usar as mãos. De pé, com os pés juntos, avalie a estabilidade com olhos abertos e fechados. Ainda com pés juntos e olhos abertos, empurre gentilmente o esterno três vezes. Com os olhos abertos novamente, peça a ele:

- para ficar de pé em uma perna só (cinco segundos em cada perna);
- que ande em linha reta seguindo uma linha no chão;
- que passe por cima ou desvie de um objeto no chão;
- que ande enquanto você o distrai (peça para carregar um copo de água cheio);
- que suba e desça degraus;
- que vire o pescoço para o lado, levante a cabeça para pegar um objeto alto em uma prateleira ou que se abaixe para pegar algo no chão.

Nestes testes simples você poderá avaliar diversos sistemas e problemas envolvidos no controle e execução da marcha: a cognição (compreender comandos e focalizar a atenção na marcha), a força muscular dos membros inferiores (levantar e assentar na cadeira, ficar de pé em uma perna e subir degraus), a visão (capacidade de identificar e desviar do objeto), o equilíbrio (ficar de pé com olhos fechados, seguir uma linha reta), distúrbios da marcha ao andar (dor e claudicação por osteoartrose de joelhos e quadril, medo de queda, necessidade de apoiar em objetos, pernas afastadas), parkinsonismo (lentidão, marcha de pequenos passos, ausência de balanço dos braços, dificuldade para se virar, hesitação para iniciar ou dificuldade para parar), tendência à retropulsão (ou cair para trás, causa comum de quedas em doenças neurológicas como o AVC e Parkinson), hipotensão ortostática e vertigem desencadeada por movimentos. Avalie a habilidade e os riscos envolvidos em todos esses movimentos para programar a reabilitação.

Investigação de hipotensão ortostática

- Deixe o paciente deitado por alguns minutos. Aproveite para fazer o exame físico.
- Meça a pressão arterial três vezes em decúbito, com intervalo de um minuto. Anote.
- Peça ao paciente para assentar e meça imediatamente. Anote.
- Peça para levantar e meça imediatamente e após um e três minutos. Anote.
- Ao assentar e levantar, meça a frequência cardíaca e indague se ocorreu "tonteira".

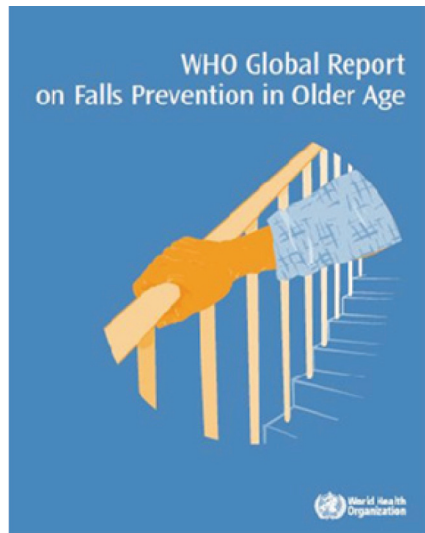
Considere que há HO se houver queda ≥ 20 mm da pressão sistólica ou 10 mm da diastólica ao assentar ou ficar de pé. Pense em HO também se há relato de "tonteira" ou "cabeça vazia" ao assentar ou levantar. Esses sintomas ao deitar sugerem vertigem posicional. Duas dicas: a) HO sem aumento de frequência cardíaca sugere disautonomia, como ocorre no diabetes; b) por vezes a HO só aparece após cinco minutos de pé.

Intervenções na comunidade

Ao começar a investigar rotineiramente a ocorrência de quedas, você perceberá que elas são muito comuns entre os idosos da sua população adscrita. No entanto, conforme já comentamos, nem os idosos, nem suas famílias, nem mesmo outros profissionais de saúde reconhecem as quedas como um problema de saúde pública.

Uma publicação recente da Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta as conclusões de um simpósio sobre o tema realizado no Canadá em 2007 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Nesse relatório, a OMS apresenta informações bastante práticas e relevantes sobre a frequência

e importância das quedas de idosos, suas causas e consequências e as estratégias para evitá-las. O texto está em sua biblioteca virtual, mas pode ser acessado na íntegra em World Health Organization, 2007: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf



Fonte: WHO, 2007

A eficácia das intervenções dependerá não só do perfil adequado de atividades, mas do quão realistas são as metas propostas para o grupo e da continuidade da oferta de suporte e estímulo. Aos poucos os idosos deverão depender cada vez menos da tutoria da equipe e passar a se exercitar de maneira independente.

Intervenções individuais

A avaliação realizada por sua equipe deve ter revelado causas possíveis para a queda. É necessário elaborar estratégias para corrigir esses fatores e evitar novas quedas. A abordagem deve ser multifatorial e multidisciplinar; por exemplo, encaminhar o idoso para cirurgia de catarata, eliminar medicamentos sedativos, treinar força muscular e equilíbrio e promover adaptações no domicílio. O Quadro 17, adaptado de PERRACINI (2009), sintetiza as principais intervenções. Você encontrará na sua biblioteca virtual o material “Portal Atividade Física e Equilíbrio em Idosos”, que também está disponível na internet (<http://pequi.incubadora.fapesp.br/portal>) com orientações muito práticas e acessíveis para sua equipe começar a fazer com os idosos grupos de exercícios de fortalecimento muscular e equilíbrio.

Quadro 17 - Principais problemas que provocam quedas e suas soluções

Fraqueza muscular	Exercícios de fortalecimento muscular com aumento progressivo de resistência. Veja o “Portal Atividade Física e Equilíbrio em Idosos”.
Distúrbios do equilíbrio	Reavaliar medicamentos. Grupos de Tai chi. Exercícios de equilíbrio. Veja o “Portal Atividade Física e Equilíbrio em Idosos”
Distúrbios de marcha	Reavaliar medicamentos. Tratar parkinsonismo. Treinar uso de andador ou de bengala canadense (veja a Figura 13: “Estabilidade Dinâmica”).
Transferência	Treinar as transferências (da cama para a cadeira, da cadeira para o banheiro, assentar no vaso sanitário e levantar). Facilitar as transferências com adaptações e órteses (virar na cama apoiando-se em uma corda ou barra, levantar da cama apoiando-se no andador, levantar do vaso segurando-se em uma barra de apoio).
Má visão	Consulta anual com oftalmologista. Insistir sobre o uso de óculos, mas evitar lentes bifocais. Operar catarata precocemente.
Hipotensão ortostática	Educar o paciente sobre causas, sintomas e tratamento (veja o box “Hipotensão ortostática”); reavaliar o tratamento farmacológico; elevar 15 cm a cabeceira da cama; liberar o sal da dieta desde que sob supervisão; prescrever meia elástica (tipo 7/8 ou meia calça) de média compressão para colocar antes de se levantar da cama pela manhã e retirar logo antes do banho à noite.
Drogas	Reduzir ou trocar drogas que provocam sedação e HO. Veja detalhes na parte sobre iatrogenia e sobre depressão e insônia.
Confusão	Identificar e tratar a causa; aumentar a vigilância nesse período.
Demência	Tornar o ambiente seguro (trancar portas de acesso à rua; colocar grades no acesso à escada); corrigir insônia para reduzir despertares noturnos (veja na parte sobre insônia).
Urgência urinária	Corrigir de acordo com as orientações da parte sobre IU. Reduzir ingestão hídrica à noite.
Ambiente	Veja o box “Adaptações ambientais”

Fonte: Adaptado de PERRACINI, 2009.

Idosos com risco de queda ao andar estarão mais seguros com a ampliação da base de apoio. Isto pode ser feito com a utilização de bengalas, muletas e andadores, como apresenta a Figura 13, e a partir de adaptações no ambiente onde residem (veja o box “Adaptações ambientais”).

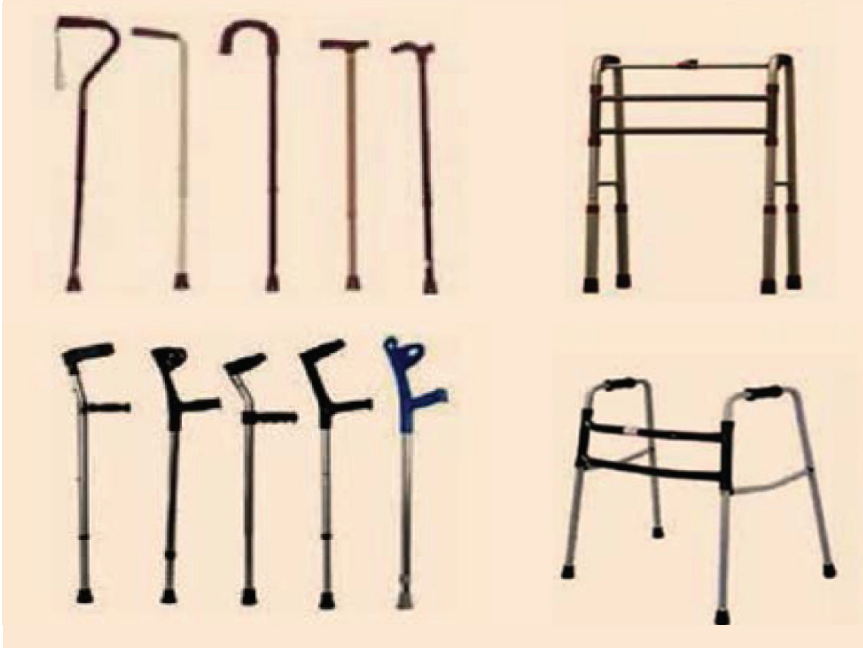
Figura 13 – Estabilidade dinâmica

Bengalas devem ser utilizadas por idosos com insegurança, déficits de visão, de equilíbrio ou dor para deambular. Ela será muito útil à noite, quando as “pistas visuais” são mais escassas. O tipo “cabo de guarda-chuva” é melhor que o “T”. Apoiar sempre no “lado bom”.

Muleta canadense proporciona apoio ao antebraço e mais segurança. Pode ser usada bilateralmente para idosos com osteoartrite grave dos joelhos e quadril ou no “lado bom” do paciente com hemiparesia após AVC.

Tamanho adequado da bengala e muleta canadense: com o idoso de pé, o cotovelo fletido 30°, o braço pouco distante do tronco (5 cm de distância entre cotovelo e tronco), meça a distância entre a palma da mão e o chão.

Andador: o modelo com quatro ponteiros de borracha é o mais adequado para idosos com intenso distúrbio de equilíbrio. O hemiandador é ideal para pacientes com hemiparesia por acidente vascular cerebral, mas deve ser utilizado somente em locais planos e regulares. Andadores com dois, três ou quatro rodízios (rodinhas) na frente facilitarão a marcha de idosos com um pouco mais de habilidade motora. Deve-se escolher o menos restritivo (mais rodinhas), que garanta a segurança da marcha. Pacientes com problemas cognitivos muitas vezes não se adaptarão a eles. É importante verificar se o idoso conseguirá se virar e ultrapassar obstáculos em casa com o modelo escolhido.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Adaptações ambientais

- Instalar barras de apoio no banheiro (no chuveiro e perto do vaso sanitário);
- instalar corrimão no corredor e escada;
- nas escadas, não deixe objetos soltos;
- avaliar todos os tapetes (deixar somente tapetes finos e aderidos ao piso);
- na saída do chuveiro, deixe um tapete firme, antiderrapante;
- retirar do caminho fios de luz e telefone;
- consertar tacos soltos e qualquer defeito no piso;
- colar tiras de adesivos antiderrapantes no piso do chuveiro e escadas;
- manter sempre secos o piso do banheiro, cozinha e área de serviço;
- melhorar a iluminação noturna (no corredor e banheiro);
- organizar o mobiliário (retirar do caminho os móveis muito baixos e soltos);

Recomendações para idosos com hipotensão ortostática

No início da manhã

A hipotensão ortostática é mais comum no início da manhã e no horário de pico do efeito dos medicamentos anti-hipertensivos. Ao se levantar da cama nesse horário ou após uma soneca depois do almoço, o paciente deve permanecer assentado por um ou dois minutos. Ao assentar, deverá cruzar e descruzar as pernas algumas vezes. Ao ficar de pé deverá ter um apoio firme (barra de apoio, andador seguro) e estar preparado para assentar de novo imediatamente caso surjam sintomas.

Ao longo do dia

Evitar abaixar e levantar-se bruscamente para apanhar objetos no chão. Evitar ficar longos períodos deitado, assentado ou de pé. Tomar um litro de bebida sem cafeína no período da manhã e continuar a ingerir líquidos ao longo do dia em quantidade suficiente para manter a urina clara; se não houver contraindicações (taquicardia, arritmias, angina), tomar quatro a cinco doses de café ou similar com cafeína até o fim da tarde; reduzir o volume do desjejum, almoço e jantar, e fazer lanches intermediários; evitar bebidas alcoólicas.

Caso sinta a cabeça vazia denunciando uma síncope

Assentar imediatamente (se possível deitar no plano). Se puder, é melhor colocar as pernas para cima (por exemplo, apoiadas na parede). Ao sentir-se melhor, assentar e permanecer alguns minutos assim antes de se levantar. Deitar de novo se os sintomas retornarem e pedir ajuda.

Durante a noite

Se despertar à noite para urinar, tome os cuidados acima para levantar-se da cama. Deixe uma luz de segurança acesa durante toda a noite no percurso até o banheiro. Se preferir, utilize um urinol, assentado na cama, se precisar urinar durante a noite.



Atividade 5

Analisar novamente o texto “Múltiplos fatores, difícil solução”. Elabore uma lista bem completa com as causas de quedas da Dona Josefina. Se fosse sua equipe, como vocês fariam para evitar novas quedas? Escreva alguns parágrafos e guarde em seu portfólio.

Em seguida, entre no segundo Fórum, onde discutiremos esta questão.



Fonte: www.sxc.hu

Azar!
A esperança equilibrista
sabe que o show
de todo artista
tem que continuar...

Parte 4

Depressão, insônia, demências e confusão mental

Dona Josefina sofria de depressão? Ansiedade? Insônia? Ela estava iniciando quadro demencial? Ou era só uma confusão mental aguda? Nesta parte discutiremos as principais características clínicas desses problemas e a forma de abordá-los.

Problemas neuropsiquiátricos são muito comuns em idosos. Sua importância reside no fato de provocarem significativo prejuízo na qualidade de vida dos pacientes e seus cuidadores, além de imenso custo social e econômico.

Por não existirem marcadores objetivos (como exames bioquímicos ou histopatológicos), frequentemente essas condições não são diagnosticadas corretamente. Isto leva ao tratamento insuficiente ou inadequado e efeitos adversos de medicamentos muitas vezes mais graves que a própria doença. Por serem tão prevalentes e pela complexidade de seu manejo, os problemas neuropsiquiátricos são considerados o quarto dos cinco “gigantes da geriatria”.

O objetivo desta parte é capacitar você e sua equipe para reconhecerem os sinais e sintomas mais comuns dessas condições, oferecer tratamento adequado para a maioria dos pacientes e identificar aqueles que devem ser avaliados por um especialista.

4.1 | Depressão

Definição, prevalência e importância

A depressão é um transtorno mental comum. Acomete 1 a 2% dos idosos em geral, mas 10 a 12% daqueles que frequentam ambulatórios ou centros de saúde. A prevalência em instituições de longa permanência pode ser bem maior. A depressão subsindrômica – ou seja, a presença de

somente alguns dos sintomas de depressão – é ainda mais comum e pode alcançar um quarto dos idosos no Brasil.

A depressão se diferencia da tristeza por ser persistente (dura semanas, meses ou anos) e por interferir significativamente na vida social, profissional e na saúde dos pacientes. Em idosos, frequentemente a depressão assume formas frustradas, mais discretas. Deste modo, pode ser erroneamente confundida com sintomas de outras doenças e até mesmo considerada um aspecto habitual do envelhecimento.

Idosos com depressão acabam utilizando mais os serviços de saúde e consomem mais medicamentos – tanto os somáticos quanto os psicoativos – estando sujeitos a mais efeitos adversos. A depressão também piora o prognóstico de outras doenças, por interferir na qualidade do autocuidado. Embora a resposta ao tratamento farmacológico seja semelhante à dos adultos, o risco de recaída e o comprometimento físico, funcional e social são maiores em idosos.

Apesar de tudo isto, a depressão em idosos é subdiagnosticada. Um estudo realizado em Pelotas-RS avaliou mais de 600 idosos e revelou que três quartos deles não foram indagados sobre sintomas de depressão em sua última consulta médica.

Este é o título do texto abaixo, publicado na “Folha de São Paulo.” Confira:

Viver de mau humor ou na apatia não é normal

Folha de S. Paulo - 03/10/02

Em setembro de 2000 tudo aparentemente corria bem com a saúde da dona-de-casa Sílvia Alves, 68, até a fatídica noite em que ela acordou sem conseguir respirar. Correu para o médico. Um ano antes, a aposentada Maria Helena Amorim, 62, que andava tendo falta de apetite e desânimo, sentira uma súbita e intensa dor de estômago. Também marcou consulta.

Os dois casos, que aparentemente só têm em comum a ida ao consultório, referem-se à mesma doença: depressão. A diferença é que Alves saiu do médico com o diagnóstico na mão. Já Amorim, depois de fazer exames de sangue, ultrassom e até passar por uma internação, ouviu do médico, dirigindo-se ao filho que a acompanhava: “Sua mãe não tem nada, pode levá-la para casa”.

Aproximadamente 25% dos idosos tem algum sintoma de depressão, contra 15% da população em geral, diz Clineu Almada, geriatra da Universidade Federal de São Paulo.

E o pior: a doença é de difícil diagnóstico, especialmente se o

Para saber mais...

“Depressão em idosos: os médicos estão investigando?”. Está na biblioteca virtual.

médico não tem familiaridade com doenças mentais ou com pacientes dessa faixa etária. O problema é sério, e a perspectiva do contínuo aumento da população idosa em todo o mundo levou a OMS a propor que se tornasse prioridade para a saúde pública encontrar formas para o paciente idoso não enfrentar a depressão.

A dificuldade de diagnóstico pode se dar por vários motivos. O paciente mais velho não costuma chegar ao médico e dizer que está triste, choroso, sem enxergar graça na vida, entre outros sintomas depressivos clássicos.

Ele apresenta mais queixas físicas, como fraqueza e dores generalizadas que não se resolvem além de problemas de memória, de falta de concentração, de vontade de comer e de libido, que se confundem com os sintomas de doença física, diz o psicogeriatra do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas Alberto Stoppe.

Cada idoso é vítima de uma média de três doenças crônicas. Somem-se a isso as alterações comuns do envelhecimento, como deficiência auditiva e visual, e a depressão não será facilmente identificada. “Não existem exames para depressão, e se há doença física associada, o diagnóstico é mais difícil”, diz Stoppe.

A outra questão está relacionada à família. Quando ela vê o idoso quieto num canto, amuado, sem vontade para fazer as coisas, costuma pensar que o comportamento é natural do envelhecimento, quando não é, diz Almada.

“O deprimido é chato para caramba, não tem energia própria, suga a dos outros e, além disso, às vezes não traz nenhuma doença aparente que justifique esse comportamento, então tem gente que acha que a depressão é frescura, coisa de gente fraca, preguiçosa”, diz Maria Célia de Abreu, psicóloga especializada em maturidade.

O mau humor e o comportamento ranzinza do idoso deprimido também acabam sendo associados à idade. “Não existe mau humor de velho, se ele vive de mau humor, está doente”, diz Stoppe. “Envelhecer é normal, o mau humor não. O preconceito reforça a depressão e isola o velho”, diz a Maria Célia de Abreu.

As perdas que ocorrem nessa época da vida costumam levar ao surgimento da depressão. “E pode ser a perda de qualquer coisa, o cachorro que morreu, perda de status social, mudança de casa, a perda de relacionamentos interpessoais”, afirma Maria Célia de Abreu.

Mas, para o psiquiatra Jerson Laks, do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, “nem a perda do cônjuge nem a aposentadoria, por exemplo, são fatores preponderantes. A perda dos laços sociais é que levam à depressão”. Se a pessoa perdeu o marido, mas tem filhos, amigos, pode superar o luto. São a solidão e a incapacidade física, a qual leva à perda de independência, os dois principais fatores de risco para depressão e ansiedade, diz o médico.

A depressão é uma doença tratável pela medicina tanto quanto doenças cardíacas ou diabetes. E, nesse caso, a participação da família é crucial. É ela quem vai supervisionar o tratamento e incentivar o uso do medicamento. Principalmente porque o idoso nem sempre aceita o diagnóstico. “Existe um preconceito antigo com a doença, como se significasse desequilíbrio mental”, diz Maria do Carmo Sitta, geriatra do HC. E muitas vezes é a própria família que resiste.

Para refletir...

Identifique os sinais e sintomas de depressão mencionados no texto. Eles têm sido reconhecidos pelos profissionais de saúde? Qual o papel da família no diagnóstico e tratamento da depressão de idosos? Você concorda com a opinião do Dr. Jerson Laks? Você também tem uma avó ranzinza?

Características clínicas e diagnóstico diferencial

Quadro 18 - Diagnóstico da depressão maior em adultos

Humor depressivo e/ou perda de interesse na maioria das atividades (anedonia) por pelo menos duas semanas, associada a cinco ou mais dos sintomas:

- insônia ou sono excessivo
- aumento ou redução do peso ou do apetite, não provocados por dieta;
- sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, injustificada;
- fadiga ou sensação de perda de energia;
- diminuição da capacidade de pensar ou de se concentrar;
- agitação ou retardo psicomotor;
- pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A **distímia** é um quadro depressivo mais leve e mais arrastado. O diagnóstico é firmado na presença de humor depressivo por pelo menos dois anos, associado a três ou quatro dos sintomas do quadro (neste caso, o critério “desesperança” substitui “pensamentos recorrentes de morte ou suicídio”). Como mencionamos, a **depressão subsindrômica** consiste na vigência de alguns desses sintomas em número insuficiente para preencher os critérios de “depressão maior” ou “distímia”.

Quando a depressão se manifesta pela primeira vez **após os 60 anos**, é denominada “depressão de início tardio” (Quadro 19). Este é o subtipo mais comum de idosos e pode apresentar características bastante diferentes das observadas em adultos.

Quadro 19 - Depressão de início tardio (mais comum em idosos).

Humor deprimido com menos frequência e intensidade (ou seja, menos tristeza);

Anedonia é muito comum: pode ser evidente que o idoso abandonou atividades que antes costumava fazer, como ir à Igreja, bordar, cuidar do jardim ou de animais e receber ou fazer visitas.

Ansiedade mais frequente: impaciência injustificada com filhos e netos, irritabilidade, mau humor. O “velho ranzinza”, na realidade, pode estar deprimido!

Sintomas melancólicos (hiporexia e perda de peso) mais frequentes; Insônia mais frequente que excesso de sono.

Hipocondria: supervalorização de sintomas físicos, com aumento da procura por serviços de saúde e consumo de medicamentos. São comuns as queixas **injustificadas** de falta de energia, desânimo, tonteiras e dor no corpo.

Retardo psicomotor mais frequente: apatia (perda da iniciativa), pobreza e lentidão da fala, dificuldade para tomar decisões.

Queixas cognitivas frequentes: queixa de memória, na maioria das vezes provocada por dificuldade de manter a atenção focalizada na atividade que realiza.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Diante de um paciente com quadro sugestivo de depressão ou distímia, é imprescindível avaliar três questões:

- a. Pode não ser depressão, mas uma **doença que provoca sintomas similares à depressão**; o tratamento deve ser dirigido a essa doença.
- b. Pode ser depressão ou distímia provocada por medicamentos ou doenças potencialmente tratáveis; o tratamento deve ser dirigido a essas causas.
- c. Pode ser depressão provocada por doenças cujo tratamento nem sempre resolve o quadro de depressão; o tratamento deve ser dirigido a essa doença e também à depressão.

Em relação ao primeiro item, lembre-se de que fadiga e perda de peso podem ser provocados por diabetes, hiper e hipotireoidismo e neoplasias. Anemia, insuficiência cardíaca, hiperparatireoidismo e insônia também são causas comuns de fadiga em idosos.

Quanto ao segundo item, benzodiazepínicos, metildopa e corticoides são alguns dos medicamentos que podem provocar depressão. Doenças que causam dor ou dispneia crônica (osteoartrite, neoplasias, DPOC, insuficiência cardíaca) e aquelas que restringem a independência (como a hemiparesia após um AVC ou o isolamento social por hipoacusia) também podem desencadear depressão.

Por fim, a doença de Parkinson, demências, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e hipotireoidismo frequentemente provocam depressão, independente da existência de outros sintomas ou limitações.

Dica valiosa:

Muitos pacientes se sentirão aliviados ao saber que – ao contrário dos benzodiazepínicos – os antidepressivos não provocam dependência. Um modo simples de explicar pode ser comparar a necessidade de insulina exógena do diabético e a necessidade de “restaurar” os níveis cerebrais de serotonina do idoso com depressão.

Tratamento

Educar o paciente e a família é um aspecto fundamental do tratamento da depressão. Depressão é um diagnóstico dos “tempos modernos”, ao quais muitos idosos não estão acostumados. É importante esclarecer que a doença não é uma “fraqueza de espírito”, mas se origina da combinação de fatores hereditários, ambientais (como a viuvez) e pessoais (modificações na quantidade de neurotransmissores e seus receptores). E que o medicamento atuará somente neste último fator. Portanto, encorajar a realizar atividades físicas e sociais e engajar a família também poderá contribuir para o tratamento.

A maioria dos casos de distímia e vários casos de depressão leve respondem bem à psicoterapia isoladamente ou associada ao tratamento farmacológico. A psicoterapia breve, com ou sem a família, dirigida para algumas questões objetivas, pode contribuir para encaminhar melhor alguns conflitos entre as gerações que residem no mesmo domicílio. O uso de medicamentos é imprescindível nos casos moderados. Já os pacientes com clara ideação suicida (como os que já tentaram o autoextermínio ou compraram uma arma ou veneno) e aqueles com sintomas muito graves (que se recusam a alimentar ou ingerir líquido ou com sintomas psicóticos) deverão ser encaminhados ao geriatra ou psiquiatra.

Escolha da droga

Apesar da intensiva campanha da indústria farmacêutica tentando promover seus produtos, a **eficácia dos antidepressivos é aproximadamente semelhante**, desde que sejam utilizadas doses corretas durante o tempo adequado. Na maioria das vezes, a escolha da droga dependerá da possibilidade de adquiri-la, da familiaridade do médico com a droga e dos efeitos colaterais que se deseja obter ou evitar.

“– Não entendi! Efeitos colaterais que se deseja obter???”

“– Isto mesmo. Muitas vezes o antidepressivo ideal é aquele cujos efeitos colaterais poderão trazer benefícios para o paciente. Veja o Quadro 20”

Quadro 20 - Efeitos colaterais desejáveis de alguns antidepressivos

Droga*	Efeitos colaterais	Ideal para idosos deprimidos com...
Mirtazapina	Aumenta o sono e apetite.	... ansiedade, insônia e hiporexia.
Fluoxetina	Reduz o sono e apetite.	... hipersonia e compulsão alimentar.
Paroxetina	Sedação leve, constipação.	... sintomas de ansiedade, diarreia.
Nortriptilina	Inibição do detrusor.	... IU por instabilidade do detrusor.
Trazodona	Sedação acentuada.	... insônia.
Bupropiona	Inibe o desejo de fumar.	... desejo de parar de fumar.

Fonte: Elaborado pelos autores.

* Todas são comercializadas como genéricos e podem ser manipuladas. Mas cuidado com a origem!

Inibidores seletivos da recaptação da serotonina

Para saber mais...

"Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (SOARES, 2005)" está na biblioteca virtual.

De modo geral, a opção inicial para idosos geralmente recairá sobre os **inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS)**, que são seguros em caso de overdose e não têm efeitos cardíacos adversos.

Além disto, todos os ISRS de primeira geração já podem ser manipulados (desde que em farmácias de confiança!) e são comercializados como genéricos (escolha laboratórios confiáveis!). Eles também são muito efetivos no tratamento da ansiedade crônica, isolada ou associada à depressão, e hoje em dia substituem os benzodiazepínicos. Por outro lado, todos podem provocar hiporexia, náuseas e diarreia (mais comuns com a fluoxetina e sertralina), tremor, inquietude (mais comum com fluoxetina) e redução da libido (mais comum com paroxetina). **Atenção:** os ISRS – especialmente a fluoxetina – podem aumentar ou reduzir a concentração de drogas como warfarin, antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, benzodiazepínicos, lítio, antiarrítmicos e digoxina, entre outros.

Vale a pena reforçar este ponto:

Os ISRS são muito efetivos para o tratamento da ansiedade crônica, isolada ou associada à depressão, e hoje em dia substituem os benzodiazepínicos.

Antidepressivos tricíclicos

Os **antidepressivos tricíclicos** (amitriptilina, imipramina, clomipramina) têm sido cada vez menos utilizados em idosos em função da gravidade, intensidade e frequência de seus efeitos colaterais. Estes incluem efeitos anticolinérgicos (vide o quadro na parte 1: latrografia), anti-histamínicos (sedação e ganho de peso) e cardiovasculares, especialmente a hipotensão ortostática e alterações do ritmo e condução cardíaca. O único tricíclico ainda recomendado para idosos é a **nortriptilina**, cujos efeitos adversos

são menos intensos nas doses recomendadas para idosos. Mesmo assim, obtenha um eletrocardiograma (ECG) basal do paciente e monitore periodicamente em caso de bloqueio atrioventricular (BAV) de I grau ou bloqueio de ramo. Distúrbios de condução mais graves contraindicam o uso.

Quadro 21 - Dose e efeitos colaterais de alguns antidepressivos

Droga	Referência	Dose (em mg)		Efeitos colaterais
		Inicial	Meta	
ISRS				
Citalopram	Cipramil®	10 (M)	20-40	Efeitos descritos no texto...
Fluoxetina	Prozac®	20 (M)	20-40	+ Inquietude, tremor, cefaleia.
Paroxetina	Aropax®	10 (*)	20-40	+ Anticolinérgicos, redução da libido
Sertralina	Zoloft®	25 (M)	50-200	+ Náuseas, diarreia
Tricíclicos				
Nortriptilina	Pamelor®	10 (N)	20-100	Anticolinérgicos, anti-histamínicos, hipotensão ortostática, piora BAV.
Outros				
Mirtazapina	Remeron®	15 (N)	15-45	Sedação e aumento de apetite. Não afeta a libido.
Bupropiona	Zyban®	75 bid	150 bid	Risco de convulsões se há história prévia. Não afeta a libido.
Trazodona	Wellbutrin® Donarem®	25 (N)	50-200	Em doses baixas, pouco efeito antidepressivo.
Venlafaxina	Effexor®	12,5 bid	75 bid	Forte sedação (trata insônia). Hipotensão ortostática.

Fonte: Elaborado pelos autores.

M: Tomar de manhã após o desjejum; N: tomar antes de dormir; BID: duas vezes ao dia.

*Paroxetina: o efeito sedativo leve pode tratar ansiedade (se tomada de manhã) ou tratar insônia (se tomada à noite).

De modo geral, é possível perceber efeitos mínimos em duas semanas, efeitos moderados em quatro semanas e o efeito máximo em seis semanas. Alguns idosos, no entanto, necessitam de oito a 12 semanas para obter o efeito máximo. A maioria dos efeitos colaterais pode diminuir ou desaparecer após o primeiro mês de tratamento.

Portanto, é imprescindível acompanhar de perto (pessoalmente ou por telefone) o paciente nesse período inicial, quando os efeitos adversos são intensos e os efeitos terapêuticos são discretos.

Alguns pacientes mais graves podem tentar o suicídio no início do tratamento, quando a “energia” começa a voltar, mas os sentimentos negativos da depressão ainda são intensos. Em outros – que na realidade eram portadores de transtorno bipolar e não somente depressão – o tratamento pode desencadear episódios de mania: sentimentos de alegria exagerada e excitação, pensamento eufórico com ideias de grandeza, autoconfiança excessivamente elevada, otimismo exagerado, falta de juízo crítico e da inibição social normal.

Se após seis semanas de tratamento com dose efetiva não ocorrer resposta satisfatória, uma outra droga poderá ser tentada (mesmo da mesma classe). Médicos com mais experiência frequentemente associam dois antidepressivos compatíveis ou potencializam o efeito do antidepressivo com outras substâncias. É sempre importante buscar a remissão dos sintomas e não somente alívio parcial.

Se não houver resposta nem mesmo ao tratamento com uma segunda droga, o paciente deverá ser encaminhado ao geriatra ou psiquiatra. Antes, é importante verificar se ele realmente estava recebendo regularmente a dose correta (de uma droga de origem confiável) e se o diagnóstico realmente é depressão: pode ser uma demência, como veremos a seguir.

O primeiro episódio de depressão em idosos deverá ser tratado por seis a 12 meses. Um segundo episódio deve ser tratado por pelo menos dois anos ou mesmo indefinidamente, caso não haja expectativa de modificações significativas nos fatores ambientais associados à depressão (como isolamento social e doenças crônicas incapacitantes).

O acompanhamento do paciente poderá ser trimestral ou semestral. Se ele e a equipe estiverem de acordo com uma tentativa de suspensão do tratamento, esta deverá ser feita gradativamente. Ao longo de dois a três meses a dose será reduzida e, com o acompanhamento mensal, será possível detectar recaída.

Cada vez mais ganha corpo o conceito de que – como o hipotireoidismo e a hipertensão arterial – a depressão tardia em idosos é uma doença de tratamento crônico. Como diria o Dr. Orestes: De re irreparabile ne doleas (o que não tem remédio, remediado está).

4.2| Insônia



Fonte: <<http://www.stockvault.net/photo/100012/the-king-of-the-night>>

“Insônia” pode ser definida como a “incapacidade de conciliar um sono de boa qualidade, durante um período adequado para restaurar as necessidades fisiológicas do organismo”. A queixa de insônia frequentemente

é relatada pelo idoso e pela família: “– Ele está dormindo pouco...” Idosos têm, realmente, mais motivos que os adultos para dormir menos tempo (opa!!, isto não entra na definição de insônia!!). Muitas vezes as causas são hábitos inadequados como, por exemplo, dormir durante o dia. Elevado número de casos, no entanto, está associado à iatrogenia medicamentosa: pacientes que se tornaram dependentes de benzodiazepínicos. Volte ao texto inicial da Dona Josefina. Parece que ela sofria com alguns desses problemas, concorda?

Nos três quadros seguintes, pretendemos sugerir uma maneira prática de avaliar a queixa de insônia, corrigir hábitos inadequados e, se preciso, instituir o tratamento farmacológico adequado da insônia para idosos. Vamos lá?

Se não houver resposta nem mesmo ao tratamento com uma segunda droga, o paciente deverá ser encaminhado ao geriatra ou psiquiatra. Antes, é importante verificar se ele realmente estava recebendo regularmente a dose correta (de uma droga de origem confiável) e se o diagnóstico realmente é depressão: pode ser uma demência, como veremos a seguir.

O primeiro episódio de depressão em idosos deverá ser tratado por seis a 12 meses. Um segundo episódio deve ser tratado por pelo menos dois anos ou mesmo indefinidamente, caso não haja expectativa de modificações significativas nos fatores ambientais associados à depressão (como isolamento social e doenças crônicas incapacitantes).

O acompanhamento do paciente poderá ser trimestral ou semestral. Se ele e a equipe estiverem de acordo com uma tentativa de suspensão do tratamento, esta deverá ser feita gradativamente. Ao longo de dois a três meses a dose será reduzida e, com o acompanhamento mensal, será possível detectar recaída.

Ele está dormindo muito pouco...

O primeiro passo na abordagem do idoso com queixa de insônia é caracterizar o que ele ou a família estão chamando de insônia. Isto começa com a anamnese do sono.

Primeiro, defina qual a duração e qualidade do sono (não baseie seu diagnóstico em um informante pouco confiável: um cuidador que não passa a noite com o idoso ou que deseja prescrição de sedativos para ele ou um idoso com problemas de memória). A que horas ele se deita para dormir e quanto tempo ele leva para dormir após deitar? Acorda durante a noite? Quantas vezes? Quanto tempo ele leva para voltar a dormir? A que hora desperta definitivamente? Durante o dia, fica sonolento? Lembre-se de que, entre os idosos, seis horas de sono de boa qualidade podem ser “restauradores” e que sonolência após o almoço não é patológica.

Você observará idosos que se deitam tão cedo (às 20 horas), que dormem por cinco ou seis horas e despertam descansados – às duas da manhã!!! Nestes casos, não há “insônia”, mas um hábito de dormir em horário diferente do que é comum naquela família ou comunidade.

Entre os idosos que dormem em um horário habitual em sua comunidade, você observará alguns com aumento da latência do sono (demoram a pegar no sono mesmo deitados na cama), com sono interrompido algumas vezes durante a noite ou com despertar precoce (acordam antes de um período razoável de sono). Estes serão casos de insônia que requerem abordagem apenas se o sono não for restaurador, ou seja, se ocorrer sonolência diurna.

Entre os idosos com sonolência diurna, você identificará os que adormecem e despertam em horários razoáveis, mas têm o sono muito interrompido; identifique as causas da interrupção. Você identificará também os idosos que deitam cedo, dormem a noite toda, acordam tarde e mesmo assim ficam sonolentos durante o dia, o que sugere sono de má qualidade, depressão ou efeito sedativo de medicamentos.

Não, não, ele não dorme de dia...

Se você verificou que o paciente tem um período de sono insuficiente ou não restaurador, o problema é insônia e deverá ser tratado.

O próximo passo é **identificar hábitos de vida inadequados** e corrigi-los com medida de “higiene do sono”:

- **Cochilar durante o dia**, mesmo que só um pouco. Muitos idosos sedentários ficam assentados em um sofá de olhos fechados “sem dormir”... Converse! Elimine este hábito (o que não é fácil) e veja o resultado.
- **Vida sedentária** reduz a necessidade de sono. O idoso poderá ter um sono restaurador em poucas horas e despertar de madrugada, provocando queixas da família.
- **Siesta prolongada**: idosos podem ter necessidade de dormir após o almoço; mas não deixe passar de 40 a 60 minutos.
- **Compensar** uma noite de insônia dormindo de manhã até mais tarde vai atrapalhar a próxima noite, desencadeando um círculo vicioso. A regra é ir dormir e despertar todos os dias no mesmo horário, para não desregular o ciclo sono-vigília.
- **Idosos muito sonolentos de manhã** se beneficiam com fototerapia matinal: ficar exposto à luz solar indireta por 40 minutos.
- **Idosos com sonolência noturna precoce** deverão fazer fototerapia (com luzes brancas fluorescentes) no início da noite.
- **Atividades estimulantes à noite** (exceto o sexo) podem aumentar a latência do sono. Alguns idosos dormirão melhor se passarem as caminhadas do fim da tarde para a manhã e se desligarem a TV mais cedo.
- **Bebidas contendo cafeína** (refrigerante tipo cola, chá preto e chá mate e café) aumentam a latência do sono e frequência de despertares noturnos.

- **Lutar contra a insônia na cama** não traz o sono de volta. Ao despertar à noite, o idoso deve sair da cama e fazer algo pouco estimulante (ler, fazer técnicas de relaxamento). Quando o sono voltar, deverá voltar para a cama.
- **Olhar o relógio e acender luzes fortes à noite** atrapalha o reinício do sono.
- **Tomar líquidos após o fim da tarde** aumenta a diurese à noite.
- **Quarto de dormir barulhento, quente, com pernlongos** atrapalha o sono.

Identifique se a causa da insônia é ansiedade ou depressão e trate. Corrija problemas como dor, ortopneia e tosse noturna. A “síndrome da apneia obstrutiva do sono” é mais comum em obesos que roncam vigorosamente; esse paciente apresenta centenas de “microdespertares” durante a noite e tem sonolência diurna mesmo tendo dormido um longo período durante a noite. O tratamento mais simples é perder peso.

Avalie se o idoso utiliza medicamentos que pioram a insônia. Antidepressivos como fluoxetina e venlafaxina despertam o paciente e devem ser evitados à noite. Diuréticos e anti-hipertensivos que aumentam a diurese devem ser evitados após as 16 horas.

Sem o diazepam ele não consegue dormir...

Se você corrigiu os hábitos inadequados e a insônia persiste, é hora de iniciar o tratamento farmacológico. O **medicamento inadequado...**

1. Tem **efeito sedativo** moderado ou forte: provoca confusão e quedas;
2. provoca **dependência**: depois de algumas semanas de uso, o paciente terá dificuldade para reduzir e suspender as drogas;
3. provoca **tolerância**: depois de algumas semanas de uso o organismo passará a “reconhecer” a droga, exigindo aumento de dose.
4. provoca confusão mental por efeito **anticolinérgico**.

Benzodiazepínicos (BZDs) como o diazepam, clonazepam (Rivotril®), bromazepam (Lexotan®; Somalium®), alprazolam (Frontal®; Apraz®) e outros são contraindicados pelos três primeiros motivos. Medicamentos hipnóticos e indutores do sono como zolpidem (Stilnox®; Lioram®) NÃO são mais seguros e também devem ser evitados a todo custo em idosos.

Tricíclicos antigos como amitriptilina, clomipramina e imipramina são contraindicados pelos motivos 1 e 4, além de aumentarem o risco de quedas por hipotensão ortostática.

Anti-histamínicos (dexclorfeniramina e similares) e relaxantes musculares como carisoprodol (Beserol®, Mioflex® e Tandrilax®) e ciclobenzaprima (Cizax®, Miosan®, Mirtax®) e orfenadrina (Dorflex® e similares) também são contraindicados pelos motivos 1 e 4.

Para refletir...

Quais as recomendações para a higiene do sono de D. Josefina?

Barbitúricos como o fenobarbital (Gardenal®, Edhanol®) eram utilizados no milênio passado para insônia, mas foram abandonados em virtude da gravidade dos seus efeitos colaterais (motivos 1 e 4) e disponibilidade de agentes mais seguros e efetivos.

Então, que medicamentos devemos utilizar?

Primeiro certifique-se de que suas orientações de higiene do sono estão sendo cumpridas (o que não é fácil...). Você poderá utilizar antidepressivos com efeito sedativo leve ou moderado para tratar insônia, mesmo que o paciente não esteja deprimido. Veja exemplos de medicamentos disponíveis como genéricos e que podem ser manipulados:

Para refletir...

Qual era a prescrição do Dr. Orestes para Dona Josefina? Qual seria a sua?

1. Paroxetina, 10 a 40 mg à noite.
2. Mirtazapina, 15 mg à noite. **Esta dose é mais sedativa que 30 mg ou 45 mg?**
3. Trazodona, 25 a 100 mg à noite, **mas cuidado com a hipotensão ortostática.**

Depois de instituído o tratamento, tente reduzir aos poucos os medicamentos inadequados que o paciente utiliza. A redução de BZDs não deve ultrapassar 10-25% da dose por semana! Se você introduzir um dos três medicamentos do quadro, ao mesmo tempo em que reduz abruptamente o BZD, o idoso entrará em síndrome de abstinência de BZD e atribuirá ao medicamento novo o mal-estar provocado pela abstinência.

4.3 | Demências e confusão mental



Fonte: <<http://commons.wikimedia.org/wiki>>

Os profissionais de saúde que trabalham com idosos enfrentam diariamente dois tipos de problemas relacionados às demências: Por um lado, precisam saber se as alterações de memória e comportamento

de um idoso são esperadas para aquela idade ou se são indício de uma demência que começa a se manifestar.

No outro extremo, são desafiados pelas múltiplas demandas de pacientes com doença de Alzheimer moderada ou avançada.

Como você observou na seção 1, a **prevalência de demência dobra a cada cinco anos** em idosos e alcança quase 20% dessa população a partir de 80 anos. Você se lembrará também de que **a população de octogenários é a que mais cresce no Brasil**.

Vamos juntar a esta fórmula mais dois ingredientes: **a redução progressiva do número de filhos** nas famílias e o **aumento da demanda por auxílio para realizar atividades cotidianas pelos idosos com demência**. Agora você começa a se dar conta de que do tamanho do problema que o Brasil enfrentará nas próximas décadas.

Mas há o que fazer? Há como tratar a demência?

É possível minimizar seu impacto sobre o paciente e sobre o cuidador?

Melhor ainda, há como evitá-la?

É o que tentaremos discutir agora com você.

Esse esquecimento é “normal da idade”?

Na medida em que envelhecemos, **continuamos** a esquecer onde colocamos alguns objetos, nomes de algumas pessoas e alguns recados. Também **continuamos** a contar mais de uma vez um caso que nos interessou muito ou esquecer eventos dos quais não gostamos de nos lembrar. Freud explica.

O envelhecimento também não afeta outras áreas da cognição, como a linguagem, orientação espacial e capacidade de planejar e executar tarefas complexas (cozinhar, controlar o orçamento).

Por outro lado, na medida em que envelhecemos, passamos a executar algumas tarefas com mais lentidão e demoramos um pouco mais a reagir. No entanto, esses déficits são **discretos, isolados** (não há outras áreas da cognição afetadas) **estáveis** ao longo do tempo e não provocam **impacto** na vida cotidiana do idoso.

Ou seja: diante da queixa de uma família ou do próprio idoso de que ele está esquecido, avalie se o déficit é **discreto, isolado, estável** e se sua **capacidade funcional** está prejudicada. Estas quatro palavras destacadas fazem toda a diferença!

“O esquecimento está demais...”

Alguns idosos parecem mais esquecidos do que o habitual. Repetem a mesma pergunta várias vezes, se esquecem de fatos ou recados que ocorreram há pouco tempo e perdem alguns compromissos importantes.

Quando esses déficits são confirmados objetivamente pela sua avaliação e corroborados pela família, você poderá estar diante de um caso de esquecimento patológico. Será demência?

Se não há outras áreas da cognição comprometidas e se não há repercussão funcional, o diagnóstico provavelmente desse paciente será “comprometimento cognitivo leve” (CCL).

Este é um assunto “quente” na neuropsiquiatria geriátrica. Algumas pesquisas sugerem que o CCL pode ser, na realidade, uma fase prodrômica da demência. Realmente, nos primeiros quatro anos após o diagnóstico, a cada ano cerca de 10-15% de idosos com CCL irão desenvolver demência, contra apenas 1-2% dos outros idosos.

Hoje se estuda a possibilidade de identificar “quais” idosos com CCL desenvolverão demência (pois só 50% desenvolvem em quatro anos!). Outros estudos começam a demonstrar que esses idosos “talvez” possam se beneficiar do tratamento precoce para doença de Alzheimer.

Diante de um idoso com déficit de memória significativo, progressivo, associado a outros déficits cognitivos e impacto funcional, você poderá estar diante de um caso de demência.

A doença de Alzheimer, associada ou não a outras demências comuns em idosos (principalmente a demência vascular e a demência com Corpos de Lewy), é a causa de mais de 70% dos casos.

“Escute o paciente; ele lhe dirá o diagnóstico”.

Algumas das informações mais relevantes para definir se o idoso tem demência ou não virão da sua conversa com ele. Sua análise será mais confiável se ele não sentir que está sendo testado. Na presença de um acompanhante, indague a ele sobre sua história familiar (onde ele cresceu; a composição da família) e profissional (onde trabalhou) e verifique se sua memória remota está intacta.

Em seguida, indague sobre a história médica recente: cirurgias, consultas, internações, medicamentos que utiliza e doenças que

apresentou nos últimos meses. Esses dados permitirão avaliar a memória recente e a orientação temporal: idosos com doença de Alzheimer tendem a esquecer fatos recentes e confundir datas, achando que eventos ocorridos há uma ou duas semanas se passaram há vários meses, ou vice-versa. Você pode conversar também sobre eventos significativos recentes como o Natal, a eleição e o aniversário ou morte de um parente para avaliar a memória recente.

Conversando posteriormente com um familiar que convive com o paciente, você poderá conferir a exatidão das informações e obter dados relevantes sobre a memória, outras áreas da cognição, alterações psicológicas e do comportamento e a capacidade funcional. Algumas perguntas são úteis na investigação e avaliação de pacientes com queixas de memória.

- Há quanto tempo os sintomas se iniciaram?
- A evolução é lenta e progressiva ou foi abrupta?
- Há exemplos dos esquecimentos?
- Ele é capaz de aprender novas habilidades como usar um rádio ou controle de TV?
- Ele tem dificuldade para encontrar palavras e abusa das expressões “coisa”, “negócio”?
- Tem dificuldades de orientação espacial, como ficar perdido em casa, na vizinhança ou na casa de um filho que visita esporadicamente?
- Vem apresentando alterações do humor, como depressão ou ansiedade?
- E do comportamento, como perder a inibição, ficar apático ou isolado?
- E alterações da percepção, como alucinações: ver ou ouvir algo que não existe?
- E falsas-crenças: achar que está sendo traído ou perseguido?
- Realiza sozinho atividades básicas do dia-a-dia como se vestir, comer e usar o banheiro?
- E atividades como controlar medicamentos e dinheiro, usar o telefone e ir à padaria?

Confira cuidadosamente os medicamentos utilizados e avalie se há sedação ou toxicidade anticolinérgica (veja na Parte 1: Iatrogenia). Ele deixou de tratar doenças crônicas como diabetes ou hipotireoidismo? Lembre-se de que a descompensação de doenças crônicas em idosos pode provocar quadros de confusão mental que podem ser similares aos de algumas demências.

No exame físico, não deixe de avaliar a visão, audição, equilíbrio, marcha, aparelho cardiovascular e o sistema nervoso, especialmente sequelas de AVC e parkinsonismo.

Será mesmo demência?

Neste ponto você já será capaz de confirmar se há um déficit de memória significativo, **progressivo**, associado a outros **déficits cognitivos** e **impacto funcional**. Para confirmar que o idoso tem demência, você deverá, ainda, afastar a possibilidade de que seja um quadro de depressão ou *delirium*.

4.4| Depressão

Embora muitos idosos tenham depressão associada à demência, a depressão pode, isoladamente, provocar déficits cognitivos. Geralmente a queixa de memória do paciente é mais intensa do que o observado pela família ou verificado por você na avaliação objetiva. Ao contrário, pacientes com demência não reconhecem ou minimizam seus déficits. Na depressão habitualmente não há outras alterações cognitivas comuns na demência, com alterações da linguagem e orientação. Veja no quadro mais à frente as principais diferenças entre depressão e demência.

4.5| Delirium

O *delirium* é uma causa comum de confusão mental aguda em idosos. É mais frequente entre idosos no pós-operatório, entre os hospitalizados ou aqueles com doenças agudas como pneumonia ou síndrome de abstinência de benzodiazepínicos.

Ele se caracteriza pela alteração do **pensamento** (fica desorganizado), da **atenção** (não fica focalizada), do nível de **consciência** (hiperalerta ou letárgico) e pela frequência de **alucinações visuais**.

Muitos geriatras consideram o *delirium* um quadro de urgência, pois **sempre há uma causa** que deverá ser descoberta e tratada o mais rápido possível. Os boxes a seguir enumeram causas comuns de delirium, fatores que agravam ou aumentam o risco e medidas que podem ser tomadas.

Veja que algumas causas são realmente graves; muitas vezes o delirium pode ser sua primeira manifestação! Por outro lado, o tratamento da causa

subjacente levará à remissão do delirium. Além de tratar a causa, por vezes será necessário utilizar doses baixas de haloperidol (0,5-1,0 mg BID).

Algumas doenças e condições que frequentemente provocam *delirium*

Infecções: pneumonia, exacerbação de DPOC, cistite, prostatite, erisipela.

Cardiovasculares: angina, infarto, fibrilação atrial aguda, descompensação de insuficiência cardíaca.

Cerebrovasculares: ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral isquêmico.

Musculoesqueléticas: fraturas, luxações, entorses, contusões (muitas passam despercebidas).

Endócrinas: descompensação de diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo.

Distúrbios hidroeletrólíticos: desidratação, hiponatremia, hipercalcemia.

Medicamentos: anticolinérgicos e sedativos. Neste caso, reduza gradativamente os benzodiazepínicos (BZDs). Se a causa foi a suspensão abrupta de psicoativos, reinicie e reorganize a prescrição.

Alguns fatores que agravam ou aumentam o risco de *delirium* e soluções

Privação de sono: comum em hospitais e no CTI, mas ocorre em idosos com dor e dispneia à noite.

Desidratação: passa despercebida em idosos com demência. Idosos em geral não se queixam de sede.

Déficit auditivo: agrava a confusão mental. Remova o cerume e pense em aparelho auditivo.

Déficit de visão: agrava a confusão mental; mantenha óculos adequados disponíveis.

Imobilidade: especialmente por contenção no leito ou cadeira.

Déficit cognitivo: se há demência, causas banais (constipação, resfriado) podem desencadear delirium.

Desorientação: mantenha uma janela aberta para que tenha noção do dia e da noite.

Excesso ou falta de estimulação sensorial: se há demência, evite confusão ou isolamento.

O *delirium* se diferencia da demência por ter início abrupto identificável e curso flutuante, ou seja, ao longo do dia a cognição e o estado de alerta variam.

O Quadro 22 compara as principais diferenças entre *delirium* e demência.

Quadro 22 – Manifestações clínicas e neuropsicológicas da demência, depressão e *delirium*

Parâmetros	Demência	Depressão	<i>Delirium</i>
Início	Insidioso	Intermediário	Abrupto
Duração	Meses/anos	Semanas/meses	Dias/semanas
Quem se queixa?	Família/cuidadores	O paciente	Família/cuidadores
Nível de consciência	Normal	Normal	Flutuante
Orientação	Preservada por anos	Normal	Muito ruim
Atenção	Preservada	Ruim	Muito ruim
Interesse na consulta	Muito	Pouco	Flutuante
Memória recente	Muito ruim	Moderada	Ruim
Memória remota	Moderada	Moderada	Ruim
Desajuste social	Tardio	Precoce	Flutuante
Pensamento	Empobrecido	Lento	Desorganizado
Psicomotricidade	Normal por anos	Hipoativo	Hiper/hipoativo

Fonte: Elaborado pelos autores.

É mesmo demência: o que fazer agora?

Firmado o diagnóstico de demência, sua equipe deverá fornecer informações e orientações ao paciente e à família para o tratamento não-farmacológico da demência.

É comum o paciente com demência apresentar **distúrbios de comportamento** como agressividade, agitação e explosões emocionais. Muitas vezes esta é a maneira que ele tem de se expressar diante de uma situação difícil ou embaraçosa, que ele não consegue resolver dialogando. Ele pode ter medo de tomar banho, querer vestir diariamente a mesma roupa e passar o dia inteiro andando pela casa. Pode trocar o dia pela noite, perguntar inúmeras vezes sobre determinado assunto ou esconder objetos. Noutras vezes ele terá atitudes impróprias ao local onde se encontra, como querer urinar no jardim ou tirar a roupa na frente de outras pessoas. Ele pode também perder a noção do que é razoável e quer “paquerar” a filha, atravessar uma avenida sem atenção ou comer um bolo inteiro. Muitas vezes ele se tornará apático, sem iniciativa para fazer atividades e passará o dia inteiro assentado no sofá ou deitado na cama.

Esses **sintomas psicológicos e de comportamento nas demências** são resolvidos na maioria das vezes com modificações do comportamento dos familiares e da rotina da casa. A utilização de antidepressivos poderá ajudar quando forem evidentes quadros de depressão ou ansiedade injustificados. **Neurolépticos** podem ser necessários temporariamente se o comportamento colocar em risco sua saúde ou de seus cuidadores. Lembre-se de usar doses mais baixas que as de adultos.

Grupos de apoio aos familiares do portador de Alzheimer

A Associação Brasileira de Alzheimer (<www.abraz.com.br>) é uma entidade que tem por objetivo auxiliar os familiares e cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer. Na sua biblioteca virtual você encontrará quatro textos retirados do site da Abraz, que serão úteis para o tratamento não-farmacológico do paciente com demência:

- **Cuidando do portador da doença de Alzheimer:** em uma página, oferece orientações gerais sobre como se relacionar com o paciente com Alzheimer. Por exemplo, diante de agressividade ou insistência dele, “não discutir; distrair!”
- **Sugestões para a prática do dia a dia:** em três páginas detalha sugestões para enfrentar problemas do dia a dia. O que fazer quando ele não quiser tomar banho ou quiser usar sempre a mesma roupa?
- **Estresse pessoal e emocional do cuidador:** em uma página ajuda a compreender os sentimentos de pena, culpa, raiva, embaraço e solidão, tão frequentes entre os cuidadores.
- **Cuidando de você mesmo:** em uma página, ajuda o cuidador a cuidar de sua saúde física e emocional, frequentemente comprometida nos estágios moderados e avançados da doença.

Sua equipe pode começar a organizar encontros entre os familiares e cuidadores dos idosos portadores de demência. Nesses encontros vocês podem esclarecer dúvidas sobre a doença e fornecer orientações para o tratamento não-farmacológico.

Aos poucos todos observarão que os familiares e cuidadores enfrentam problemas parecidos, mas encontram soluções diferentes – muitas delas bastante criativas – para abordar distúrbios de comportamento. As reuniões servirão para o intercâmbio dessas experiências, mas também para oferecer apoio psicológico e orientações para o autocuidado do cuidador. Ele frequentemente desenvolve depressão, ansiedade e deixa de cuidar de suas próprias necessidades de saúde.

O paciente deverá ser encaminhado a um geriatra ou neurologista, se possível do “Centro de Referência para os Portadores da Doença de Alzheimer” ao qual sua área de abrangência é vinculada. Ele solicitará uma tomografia computadorizada do cérebro e alguns exames laboratoriais (TSH, vitamina B12, cálcio, função renal e hepática, sorologia para sífilis) para afastar causas potencialmente tratáveis de déficit cognitivo. Com a confirmação do diagnóstico de demência e definição do tipo mais provável, decidirá sobre a instituição do tratamento farmacológico.

No caso das demências de Alzheimer, vascular, com Corpos de Lewy ou na doença de Parkinson, ele iniciará anticolinesterásicos, associados ou não à memantina (veja o Quadro 23). Esses medicamentos têm efeito discreto sobre a cognição e distúrbios de comportamento e podem retardar o declínio funcional de alguns pacientes.

Quadro 23 - Medicamentos utilizados no tratamento das demências

Droga	Droga de referência Apresentações	Dose (em mg ou ml)	Tipo de demência			
		Inicial/ Mínima/Meta	Alzheimer	Vascular	C. de Lewy	Parkinson
Anticolinesterásicos						
Donepezil	Erantz® Comp.: 5 e 10mg	2,5 /dia 5 /dia 10 /dia	+	+	+	-
Galantamina	Reminyl ER® Comp.: 8, 16, 24mg	8 /dia 16 /dia 24 /dia	+	+	+	-
Rivastigmina	Exelon® Cáps: 1,5; 3; 4,5; 6 mg Sol. Oral: 2 mg/ml Patch: 4,6 mg (5cm); 9,5 mg (10 cm)	1,5 bid 3,0 bid 6,0 bid 5/10 ml /dia	+	+	+	+
Antiglutamatérgicos						
Memantina	Ebix® Cápsulas: 10mg	5 /dia 5 bid 10 bid	+	+	-	-

Fonte: Elaborado pelos autores.

As demências mais comuns (Alzheimer e vascular) têm evolução lenta e progressiva. Na medida em que outras áreas do cérebro começam a ser afetadas, haverá agravamento progressivo do déficit cognitivo e da capacidade funcional. Por outro lado, distúrbios de comportamento como agitação e agressividade tendem a diminuir a certa altura da evolução da doença.

Aos poucos o paciente deixará de reconhecer seus familiares, não mais conseguirá conversar ou compreender as palavras, deixará de se alimentar sozinho, de se vestir e mesmo de andar ou conseguir se assentar. Surgem perda de peso e dificuldades de deglutição. Aos poucos ele se tornará acamado e, se não houver cuidados adequados, poderá desenvolver as complicações da imobilidade prolongada, como contraturas, úlceras de pressão e fecaloma. Uma causa de morte comum desses pacientes é a pneumonia de aspiração. Na parte 7 da seção 2 discutiremos detalhadamente as condutas diante de um paciente com “**síndrome de imobilidade**”.

Recapitulando

As demências, especialmente a doença de Alzheimer, são muito comuns em idosos octogenários, segmento populacional que mais cresce no Brasil. A redução progressiva do número de filhos nas famílias e a crescente necessidade de auxílio para realizar atividades cotidianas dos portadores de demência ressaltam um grave desequilíbrio entre a demanda e a oferta de cuidados no futuro. O diagnóstico correto e precoce de uma demência permite ao idoso e sua família se prepararem para a evolução da doença.

Diante da queixa de memória trazida pelo idoso ou familiar, é importante verificar se a perda de memória é significativa, progressiva, acompanhada de outros déficits cognitivos (como linguagem e orientação espacial) e se vem provocando redução da capacidade funcional do idoso. Esses critérios sugerem uma demência, mas deverão ser afastadas as possibilidades de depressão e delirium. O paciente deverá ser encaminhado ao Centro de Referência para os Portadores da Doença de Alzheimer, onde o diagnóstico será confirmado e o tratamento farmacológico iniciado. Várias estratégias de cuidados e o uso de antidepressivos e – esporadicamente neurolépticos – poderão ser empregados para o tratamento de depressão, ansiedade e sintomas de comportamento que colocam em risco a saúde do paciente ou de seu cuidador.

Ao mesmo tempo, o familiar ou cuidador deverá começar a participar de reuniões no Centro de Saúde. Nas reuniões, serão sanadas as dúvidas sobre a doença, divulgadas orientações e dicas para abordar os problemas de comportamento, comuns entre esses pacientes. Este será também o espaço para apoio ao cuidador, cuja saúde física e psicológica frequentemente encontra-se comprometida.

Para refletir...

Você acha que chegou a hora da Dona Josefina morrer? Em sua opinião, o que a equipe deveria fazer quando Mariana chegou ao abacateiro trazendo as notícias do estado em que a encontrou?

“The old man’s friend”

Sir William Osler (1849-1919), médico canadense considerado por muitos o “pai da medicina moderna”, disse certa vez que a pneumonia era “a amiga dos idosos”. Isto porque, se não tratada, levava o paciente a um “estado de redução da consciência que deslizava em paz através do sono oferecendo um fim digno a um período de considerável sofrimento”.

Figura 15 - William Osler



Fonte: <http://en.wikipedia.org/wiki/File:Sir_William_Osler.jpg>

Parte 5

Saúde bucal do idoso

Marco Túlio de Freitas Ribeiro

Dentre tantos outros problemas, Dona Josefina sofria com suas dificuldades para mastigar alimentos, o que modificava sua dieta e prejudicava sua nutrição. Nesta parte discutiremos os principais problemas bucais de idosos como Dona Josefina: suas concepções antigas sobre saúde bucal e a manutenção inadequada de próteses, incluindo o câncer bucal. Uma revisão mais detalhada sobre o tema está disponível no módulo específico sobre saúde bucal.

Levantamentos epidemiológicos indicam que extrações dentárias realizadas durante o curso da vida têm como consequência o elevado percentual de edentulismo observado entre idosos (BRASIL, 1988; PINTO, 1999). A análise dos dados do último levantamento de saúde bucal (BRASIL, 2003) demonstrou que a perda dos dentes acontece principalmente na arcada superior. Você já deve ter observado que o uso de próteses totais neste arco dentário é uma condição muito comum entre idosos. Como há maior retenção dos elementos inferiores (especialmente dos dentes anteriores) a reabilitação através de próteses parciais é frequente (Figura 16).

Figura 16 - Prótese total superior e prótese parcial inferior



Fonte: Faculdade de Odontologia da UFMG

5.1| Concepções antigas sobre saúde bucal de idosos

Muitos idosos como a Dona Josefina, que associam a saúde bucal a dor e custos, consideram que a extração total dos dentes e uso de próteses totais são a melhor opção de tratamento odontológico. Esta concepção decorre de um efeito de coortes: fatores de proteção como a pasta dental fluoretada - o principal determinante do declínio da cárie dentária – só foram adotados como medidas de prevenção a partir da década de 80.

Os programas de saúde bucal brasileiros por muitos anos priorizaram a atenção à criança em detrimento das outras faixas etárias. Assim, o tratamento dentário para adultos e idosos geralmente ocorria - e ainda ocorre em determinados serviços - em situações de urgência, resolvidas através de extrações. Neste contexto, a prótese total era considerada a solução definitiva para os frequentes problemas dentários. Ainda hoje muitos indivíduos consideram os dentes como uma fonte de problemas, pois o tratamento odontológico é muito caro e o SUS só realiza extrações dentárias.

Em 2004 foi lançada a primeira política nacional de saúde bucal: Brasil Sorridente (BRASIL, 2005). Esta política tem como objetivo a **universalização** e **integralidade** da atenção odontológica. Para atingir estas metas foram criados Centros de Especialidades Odontológicas, para atender as demandas de saúde bucal da população em seus diferentes níveis de complexidade, independente da faixa etária. Este programa se propõe a oferecer próteses para aqueles que necessitarem deste tratamento.

Uma vez que o acesso e custos do tratamento odontológico são apontados como um dos principais motivos das más condições de saúde bucal dos idosos, é importante conscientizá-los desta mudança na política de atenção odontológica!

5.2| Manutenção preventiva das próteses

Próteses parciais

Após a instalação das próteses, muitos idosos julgam não ser mais necessário realizar manutenção preventiva odontológica. A irmã de D. Josefina queixava-se que há mais de 20 anos ela não procurava um dentista. Assim, as próteses não recebem manutenção corretiva e os elementos dentários remanescentes, que funcionam como pilares de próteses parciais removíveis (1 8) podem desenvolver lesões cariosas.

É importante destacar a maior frequência com que fatores de risco para a cárie dentária e doença periodontal podem afetar idosos: hipossalivação, diminuição da destreza manual, problemas cognitivos e mudanças dietéticas causadas por perdas dentárias são os mais comuns. A cárie em elementos dentários retentores de próteses parciais ou a perda de retenção podem levar à necessidade de substituição da prótese, aumentando custos e complexidade do tratamento.

Próteses totais

As próteses totais também requerem manutenção corretiva uma vez que o rebordo alveolar, a exemplo dos outros ossos do organismo, sofre contínuo processo de formação e reabsorção. Próteses mal adaptadas podem comprometer a estética e mastigação do idoso (NARVAL; ANTUNES, 2003). Vale lembrar que a relação entre capacidade mastigatória, dieta e condição nutricional no idoso é bidirecional: perda de peso causada por problemas nutricionais pode interferir com a adaptação de próteses; por outro lado, quando mal adaptadas, as próteses podem levar a problemas nutricionais.

Os problemas bucais relacionados ao uso de prótese podem afetar diferentes domínios da qualidade de vida do idoso.

5.3| Complicações da prevenção insuficiente

Além do impacto na qualidade de vida e condição nutricional, próteses mal adaptadas ou com más condições de higiene podem levar ao desenvolvimento de alterações da mucosa bucal. Dentre estas se destacam a hiperplasia fibrosa inflamatória (Figura 17), as úlceras de pressão (Figura 18) e a candidíase (Figura 19). As duas primeiras estão associadas à má adaptação e manutenção das próteses, e a última principalmente à má higienização.

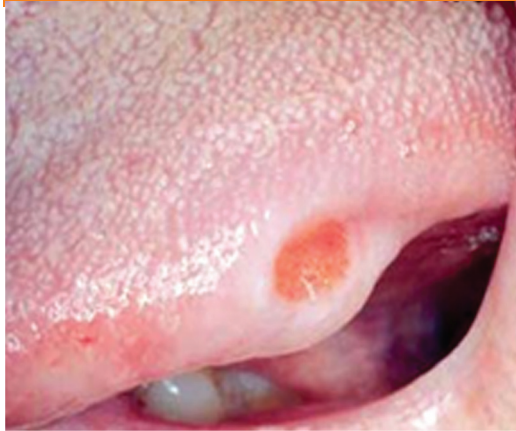
Em virtude da importância da higienização das próteses na manutenção da saúde dos tecidos moles da cavidade bucal, a análise da capacidade funcional do idoso para os autocuidados bucais sempre deve ser considerada na avaliação do idoso.

Figura 17 - Áreas de hiperplasia inflamatória em prótese fraturada.



Fonte: Faculdade de Odontologia da UFMG

Figura 18 - Úlcera traumática lingual.



Fonte: Faculdade de Odontologia da UFMG

Figura 19 - Candidíase na região de palato



Fonte: Faculdade de Odontologia da UFMG

Figura 20 - Adaptação em escovas dentárias

Fonte: Faculdade de Odontologia da UFMG

5.4| Câncer bucal

Considerando a elevada prevalência de alterações nos tecidos moles, destaca-se a necessidade de exames bucais periódicos para prevenção do câncer bucal. A idade é um fator de risco para o seu desenvolvimento não só pela duração da carcinogênese, mas também pela vulnerabilidade do idoso aos carcinógenos ambientais.

O exame anual para prevenção do câncer bucal é indicado pelo Instituto Nacional do Câncer (2008) para indivíduos de risco especialmente os tabagistas e alcoólatras.

A busca ativa é uma estratégia importante para o rastreamento da neoplasia bucal em idosos, especialmente naqueles com desordens neuropsiquiátricas (como depressão e demência) ou distúrbios da visão ou destreza manual. No Centro de Saúde Vila Formosa Mariana este tipo de avaliação poderia ser realizado pela equipe.

Outra estratégia que poderia ser pensada pela equipe é o apoio do Agente Comunitário de Saúde/ACS. O ACS treinado pelo cirurgião dentista, pode contribuir no pré-diagnóstico de alterações da fisionomia do idoso que estão relacionadas às suas condições bucais. Para tanto, além do treinamento é importante que o ACS disponha de um instrumento de avaliação bucal válido com boa sensibilidade e especificidade para a execução do pré-diagnóstico, indicado especialmente para idosos restritos ao domicílio. Veja no Módulo de Saúde Bucal do Idoso, no Anexo B, uma Planilha para a realização do pré-diagnóstico.

O encaminhamento dos idosos, com necessidades não atendidas na atenção básica e na atenção domiciliar devem ser encaminhados para os Centros de Referência do idoso e hospitais. Esses outros níveis de referência fazem parte da Rede de Atenção ao Idoso e se constituem em importantes pontos de atenção ao idoso. Veja na Biblioteca Virtual do curso o Texto do Ministério da Saúde “Redes Estaduais de Atenção a Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas”.

Para saber mais...

Acesse o site: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Edgar_Brasilia_6_6_2011.pdf>, para leitura complementar sobre o tema.

Para refletir...

Você avalia a saúde bucal dos idosos de sua área de abrangência? Quantos usam próteses? Que tipos (total ou parcial)? Eles são independentes para realizar a higiene das próteses? Qual a data da última visita ao dentista? Eles conhecem as mudanças da política de saúde bucal no Brasil?

Parte 6

Violência contra o idoso

Eulita Maria Barcelos

Maria Dolôres Soares Madureira

Você observou na história de Dona Josefina vários indícios de negligência e maus tratos. A violência no Brasil constitui sério problema de saúde pública, provocando impacto significativo na morbidade e mortalidade da população idosa, embora esses registros não retratem a violência como causa. Essa subnotificação associa-se, muitas vezes, à solidão, ao isolamento, à tendência dos indivíduos idosos de não relatar suas adversidades e à omissão das pessoas que presenciam a violência. Deve-se também ao não reconhecimento por parte de alguns profissionais de saúde, muitas vezes despreparados para identificar o problema.

A violência contra o idoso é um fenômeno mundial e faz parte da violência da nossa sociedade – um aspecto cultural. Apresenta raízes nos contextos social, econômico e político. O problema geralmente está encoberto no interior da família e da sociedade. Atualmente, a mídia tem denunciado com frequência maus tratos e negligência nos lares e instituições de longa permanência, diversas formas de expressão: agressão física, psicológica, abuso sexual e outras.

Ela poderá se tornar mais frequente na medida em que há mais idosos recebendo benefícios previdenciários em um contexto de desemprego e pobreza de adultos. Por outro lado ela se torna mais visível - não necessariamente mais frequente - na medida em que a sociedade democrática se consolida e os direitos do cidadão ficam mais claros.

A violência contra idosos apresenta-se em múltiplas formas, cujas consequências **frequentemente confundem-se com sinais e sintomas relacionados às patologias prevalentes nessa faixa etária**. Portanto é importante que a equipe de saúde avalie criteriosamente sinais e sintomas e o comportamento apresentado pelo idoso e seu acompanhante. A capacitação dos profissionais é fundamental neste processo.

O Estatuto do Idoso, Lei Nº 10.741 estabelece que “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão”. Estabelece, ainda, que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos devem ser obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso.

Com este texto, pretendemos contribuir para a sua capacitação – e de sua equipe – para avaliar situações de violência contra o idoso e estabelecer estratégias para prevenção e intervenção interdisciplinar nas situações de maus tratos. Serão abordados, portanto, os tipos e formas de violência mais comuns contra o idoso e suas consequências, os fatores predisponentes e de risco da violência, situações suspeitas de maus tratos contra o idoso e a estratégia interdisciplinar de intervenção.

6.1 | Definição e tipos de violência

A violência refere-se às diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de uma pessoa ou de sua coação direta ou indireta. Causa danos físicos, mentais e morais nas relações individuais, sociais, interpessoais e institucionais, etárias, de gênero, de grupos e de classes. A violência contra o idoso é toda situação não acidental que ocasiona danos físicos, psíquicos, econômicos ou privação de suas necessidades básicas. Resulta de ato ou omissão daquele que convive com o idoso (cônjuge, filho, companheiro, irmão, amigo, cuidador e outros).

Compreender o significado de violência e acidentes é fundamental, pois lesões que poderiam num primeiro olhar ser atribuídas a acidentes são, sem dúvida, frutos de violência e negligência.

Para refletir...

No seu cotidiano como você tem percebido esta situação? O que você entende por violência?

Glossário

Negligência: a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso em lhes aportar os cuidados de que necessita.

Os tipos mais comuns de violência contra o idoso são apresentados no quadro 24.

Quadro 24 - Tipos de violência

Tipos	Definições
Abandono	Ausência ou deserção dos responsáveis de prestarem auxílio a uma pessoa idosa que necessite de proteção.
Abuso, maus tratos ou violência física.	Utilização da força física para compelir o idoso a fazer o que não deseja, podendo provocar consequências como dor, lesões, incapacidade e mesmo morte.
Abuso, maus tratos ou violência psicológica.	Ação (agressões verbais ou gestuais) ou omissão que causam dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa idosa.
Violência financeira ou patrimonial.	Exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Geralmente cometida por familiares na tentativa de forçar procurações que lhes deem acesso a seus bens patrimoniais; na venda de bens e imóveis sem o seu consentimento; por meio da expulsão deles do seu espaço físico e social do lar ou por seu confinamento em aposentos mínimos em residências que por direito lhes pertencem, dentre outras formas de coação.
Negligência	Recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos.
Sexual	É caracterizada como ato ou jogo sexual que visa obter excitação ou satisfação sexual do agressor.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Além dos tipos de violência citados no quadro, ocorrem também aquelas invisíveis, como um gesto, uma palavra, um olhar agressivo. Segundo PASINATO *et al.* (2006), muitas vezes os maus tratos físicos e psicológicos ocorrem simultaneamente com os maus tratos financeiros ou materiais.

6.2| Estudos sobre violência contra idosos no Brasil

Existem poucas pesquisas sobre a prevalência dos diversos tipos de violência contra idosos no Brasil. Veja algumas delas a seguir.

MINAYO, M.C.S. **Violência contra Idosos: o avesso do respeito à experiência e sabedoria.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2ª edição, 2005.

Todos os tipos de violência contra idosos podem ocorrer também nas instituições de longa permanência, especialmente se não há supervisão e visitas frequentes de familiares.

Segundo esta autora, a “tragédia” da Clínica Santa Genoveva, onde faleceram 156 idosos em 2006 era, na realidade, uma “tragédia anunciada”. A mortalidade já era elevada nos anos anteriores, o poder público ausente, as visitas familiares escassas e vários parentes temiam denunciar os maus tratos com receio de se verem obrigados a levar de volta para casa seus familiares.

IBCCRIM. **O Idoso em Risco**. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisas do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, 2000, mimeo.

Um levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Ciências Criminais analisou os boletins de ocorrência da Delegacia de Proteção ao Idoso de São Paulo, referentes ao período de 1991 a 1998. Dentre os 1856 boletins, as queixas de “maus tratos psicológicos” eram as mais frequentes, seguidas por “violência física”

COSTA, P. L.; CHAVES, P. G. S. **A vivência afetiva e a violência doméstica contra os idosos**. Belo Horizonte, jan. 2003, mimeo.

Em Belo Horizonte este estudo revelou que dentre as 1.388 queixas, em 72% dos casos a vítima era do sexo feminino e em 74% o agressor era do sexo masculino.

JATOBÁ, M. B. *et al.* **A repercussão do Estatuto do idoso nas denúncias de maus tratos**. A Terceira Idade, v. 15, ano 31, Sesc, 2004.

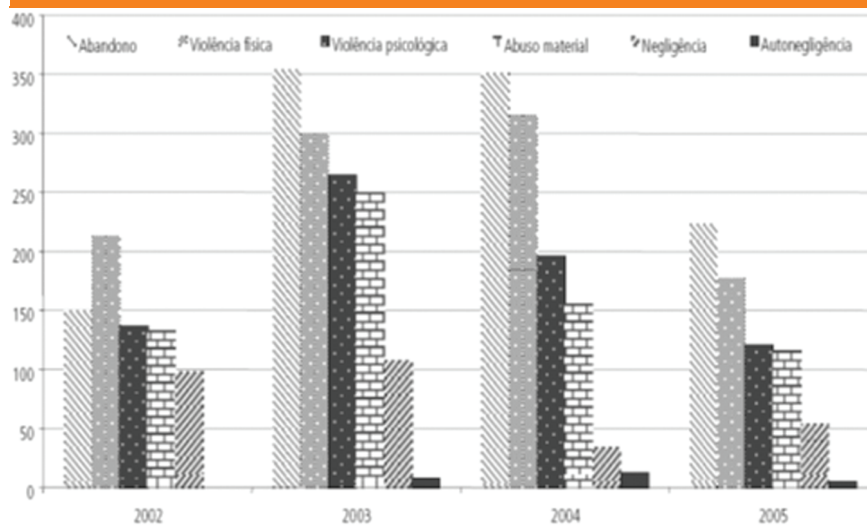
Em Manaus foram recebidas 347 denúncias em 2004, distribuídas da seguinte forma: 163 por violência emocional, 99 por negligência, 93 por abuso financeiro, 54 por violência física, 25 por abandono e duas casos de abuso sexual.

Um estudo detalhado foi realizado no Rio de Janeiro. Veja a seguir:

PASINATO, M.T. *et al.* **Idosos, vítimas de maus tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2006.

O estudo avaliou denúncias recebidas pelo “Ligue Idoso Ouvidoria” do Rio de Janeiro entre 2002 e 2005. Veja os tipos de denúncias, maus tratos e agressões.

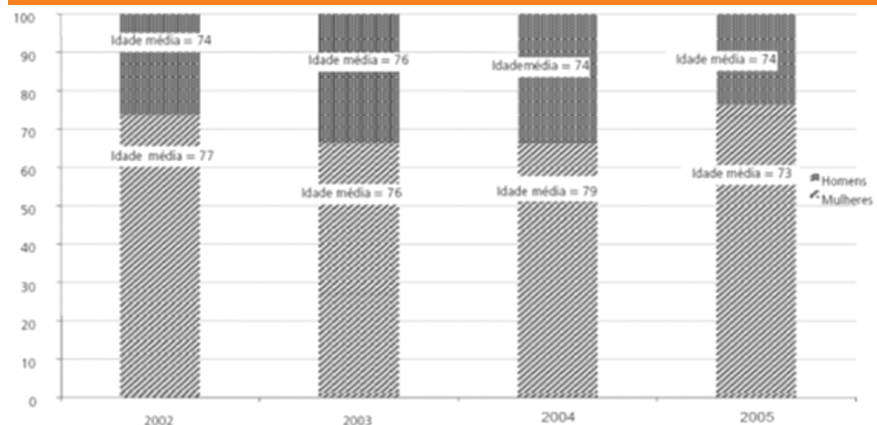
Figura 21 - Denúncias de maus tratos sofridos por idosos, recebidas pelo ligue idoso, por tipo.



JATOBÁ, M. B. *et al.* 2004.

A maioria das queixas por abandono, violência física e psicológica tinha como vítimas as mulheres (três quartos dos casos), com idade média entre 73 e 79 anos, cerca de quatro anos mais que os homens. A análise do perfil do agressor revelou que em mais de metade dos casos estes eram filhos e filhas, mas a agressão por outros familiares era frequente. A agressão pelo cônjuge e netos, surpreendentemente, não alcançava 10% dos casos.

Figura 22 - Distribuição das denúncias recebidas por abandono segundo o perfil da vítima



Fonte: PASINATO, M.T. et al. 2006

6.3 | Fatores predisponentes e de risco

O principal fator de risco para um idoso se tornar vítima de violência é a dependência, em suas diversas formas: dependência para realizar atividades básicas como se locomover, fazer higiene, usar o toalete ou se alimentar; dependência econômica e dependência psíquica.

Você se recorda? Na seção 1, sobre o envelhecimento populacional, discutimos que ao mesmo tempo em que o tamanho das famílias tem diminuído progressivamente, a crescente sobrevivência de idosos jovens aumentará a proporção de idosos “muito idosos”. Desta forma, cada vez mais um número menor de filhos estará disponível para cuidar de idosos mais dependentes.

Segundo MACHADO e QUEIROZ (2006) este trabalho “penoso dos familiares” é agravado pela escassez de serviços intermediários de assistência, como centros-dia, hospitais-dia e centros de convivência, que poderiam reduzir a sobrecarga sobre o cuidador. A omissão do Estado é

um fator predisponente, pois a violência é mais frequente nas famílias isoladas das redes de assistência.

Há fatores que contribuem para a violência contra o idoso como o estresse, o uso de álcool ou outras substâncias por parte do cuidador, a dinâmica familiar e a dependência do idoso. Geralmente os que maltratam são membros da família ou vivem com a pessoa idosa. Esta, incapaz de enfrentar o fato de ser maltratada por alguém tão próximo, nega ou releva o problema. O Quadro 25 enumera outros fatores.

Quadro 25 - Consequências da violência contra o idoso.

Falta de confiança.
Mudanças de crenças e valores.
Negligência em relação aos cuidados com o corpo.
Dificuldades para se comunicar.
Dificuldades para tomar decisões.
Perda de identidade.
Depressão que se manifesta como alterações do sono e apetite, isolamento social, irritabilidade, agressividade, sentimento de culpa, desamparo e solidão.
Tentativa de suicídio.
Raiva contra os parentes e sociedade.
Rancor de si mesmo.
Dependência de álcool, drogas, alimentos e jogos.
Doenças físicas.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Estudos realizados em outros países identificaram o perfil mais comum da vítima e do agressor: uma idosa de 75 anos, viúva, física ou emocionalmente dependente, convivendo com um filho de meia-idade, financeiramente dependente da vítima, muitas vezes com problemas mentais ou dependência de álcool ou drogas.

Um estudo realizado em São Paulo (QUEIROZ *et al.*, 2008) avaliou 40 cuidadores de idosos cadastrados por um programa de assistência domiciliar aplicando a eles questionários sobre sintomas psíquicos e isolamento social. Como era esperado as autoras observaram que quanto maior o nível de dependência do idoso, maior o número de horas necessárias para o cuidado, menor a interação social dos cuidadores e maior seu nível de estresse e depressão. Concluíram que estes eram fatores potencialmente associados à negligência no cuidado com os idosos.

6.4| Consequências

A violência contra o idoso traz reflexos que interferem no seu convívio social, familiar e institucional, comprometendo a sua qualidade de vida. As principais consequências podem ser manifestadas desde um pequeno sinal à situação mais complexa, como detalhado no Quadro 26.

Quadro 26 - Perguntas para avaliar violência e maus tratos.

Quem o auxilia a cuidar do seu dinheiro?

Você sustenta financeiramente alguma pessoa?

Alguém já utilizou seu dinheiro sem o seu consentimento?

Você fica muito tempo sozinho em casa, ou tem se sentido só?

Quando você passa mal, recebe ajuda de quem?

Você tem medo de alguma coisa, ou de alguém?

Você necessita de ajuda de outra pessoa para se alimentar ou para tomar banho?

O que acontece quando você discorda da pessoa que cuida de você?

Já ocorreu alguma briga mais séria entre vocês?

Alguém agride você com tapas, palavras ou safanões?

Você já foi forçado a fazer alguma coisa com a qual não concordava?

Você preferiria morar em um asilo? Por quê?

Fonte: Elaborado pelos autores.

É importante levar em conta que existe uma convergência entre os fatores de risco e as consequências que muitas vezes constituem motivos de internação ou óbito. É imprescindível que o profissional de saúde tenha uma postura atenta para situações suspeitas de violência contra o idoso.



Atividade 6

O que você faz quando há suspeitas de violência contra um idoso de sua área de abrangência? Vamos discutir esta questão no Fórum.

6.5| Diagnóstico da violência contra o idoso

O idoso geralmente não relata nos serviços de saúde os maus tratos ou situações de violência que sofreu. Muitas vezes um déficit cognitivo como a Doença de Alzheimer o impede de se lembrar do que ocorreu, ou de se expressar. Muitos idosos temem denunciar os maus tratos por receio de serem institucionalizados ou de ocorrer agravamento do problema após a denúncia. Outros consideram um comportamento “normal” a “impaciência”

do cuidador diante de sua grande demanda de cuidados. Por outro lado – e isto é importante – **alguns idosos com demência acusam falsamente seus cuidadores de maus tratos**; muitas vezes será difícil determinar a verdade.

É preciso prestar atenção à aparência tristonha e desconfiada da pessoa idosa e ao fato dele procurar seguidamente o serviço de saúde para os mesmos cuidados, com as mesmas queixas. Por outro lado, ele pode se ausentar repetidamente às consultas, não aderir ao tratamento ou buscar tardiamente por atendimento quando necessário. Há vários sinais no exame físico que levantam a suspeita de violência e maus tratos:

- Hematomas, equimoses, escoriações, lesões corto-contusas, luxações, fraturas.
- Cicatrizes, queimaduras.
- Marcas de contenção nos pulsos ou tornozelos.
- Negligência com o uso de óculos, prótese dentária, órteses como bengala e andador.
- Higiene corporal descuidada, dermatofitose, dermatite amoniacal.
- Vestimentas incompatíveis com o clima ou com as posses da família.
- Úlceras de pressão.
- Desidratação, desnutrição.

A equipe deve ainda estar atenta às explicações improváveis de familiares para determinadas lesões e traumas, divergentes daquelas oferecidas pelo idoso e ao comportamento do familiar e do cuidador:

- Negligência para comparecer com o idoso às consultas e atividades agendadas;
- Negligência para administrar os medicamentos ou cuidados;
- Perda frequente das receitas e pedidos de exames;
- Desconhecimento e indiferença sobre os problemas de saúde do idoso;
- Cuidador despreparado ou com indícios de sobrecarga psíquica;
- Cuidador excessivamente ansioso durante as visitas domiciliares ou internações;
- Cuidador que se queixa do alto custo do tratamento e depende da renda do idoso.

O ACS torna-se, portanto, um instrumento valioso para identificar o problema, pois não há outro grupo de profissionais que tenham tamanha facilidade de adentrar no domicílio dos idosos.

Para refletir...

Na sua área de abrangência há idosos vítimas de violência? Qual o tipo? Quais os fatores de risco?

6.6| Abordagem interdisciplinar



Na abordagem interdisciplinar do idoso, vítima, de violência é fundamental considerar que este está inserido num contexto familiar, social e institucional. A identificação e intervenção sem considerar este contexto poderão ser ineficazes. As relações entre o idoso e seus familiares são importantes no estabelecimento de uma rede de suporte e na manutenção de uma família estável.

Cabe à equipe de saúde apurar os fatos e fornecer soluções sem julgar a culpabilidade. A abordagem interdisciplinar envolve necessariamente o assistente social, sempre que possível o psicólogo, e quando necessário a Delegacia do Idoso e o Conselho Tutelar.

Deve estar claro para a equipe que o objetivo da intervenção é proteger a qualidade de vida do idoso, tentando manter seus vínculos familiares. Para tanto pode ser fundamental instituir medidas objetivas de apoio ao cuidador ou à família. Quer exemplos? Acompanhamento sistemático da equipe (descreveremos abaixo) e capacitação dos cuidadores através de grupos operativos.

Diante da suspeita de violência e maus tratos a equipe deve conversar com o idoso e seu cuidador, juntos e separadamente. Pode conversar também com vizinhos e outros familiares de modo reservado. Deve indagar ao idoso, em caráter particular sobre a possível violência ou maus tratos, utilizando algumas perguntas norteadoras, sem contudo, deixar de observar a linguagem não verbal, como o olhar, o tom de voz, a expressão facial (Quadro 27).

Quadro 27 - Perguntas para avaliar violência e maus tratos.

Quem o auxilia a cuidar do seu dinheiro?
Você sustenta financeiramente alguma pessoa?
Alguém já utilizou seu dinheiro sem o seu consentimento?
Você fica muito tempo sozinho em casa, ou tem se sentido só?
Quando você passa mal, recebe ajuda de quem?
Você tem medo de alguma coisa, ou de alguém?
Você necessita de ajuda de outra pessoa para se alimentar ou para tomar banho?
O que acontece quando você discorda da pessoa que cuida de você?
Já ocorreu alguma briga mais séria entre vocês?
Alguém agride você com tapas, palavras ou safanões?
Você já foi forçado a fazer alguma coisa com a qual não concordava?
Você preferiria morar em um asilo? Por quê?

Fonte: Elaborado pelos autores.

Ao conversar com o cuidador, é necessário demonstrar compreensão das dificuldades que ele vem enfrentando. É importante ouvir sem julgar, e esclarecer que sentimentos de raiva e hostilidade contra o idoso são comuns nestas situações. Se for confirmada a sobrecarga psíquica é necessário oferecer a ele apoio psicológico.

Constatada a violência contra o idoso, é hora da ação, que pode ser direcionada especificamente àquela família ou mais ampla, envolvendo vizinhos e a comunidade.

Um curso para cuidadores de idosos pode facilitar o trabalho, ensinando o familiar a manejar pacientes acamados, evitar quedas e acidentes, e resolver alguns casos de incontinência urinária, confusão mental e distúrbios de comportamento, comuns nas demências. Ensinar a prevenir úlceras de pressão reduzirá significativamente a sobrecarga do cuidador.

Nos textos anteriores desta seção 2 você aprendeu diversas condutas adequadas diante dos “Gigantes da Geriatria”. Várias delas podem ser repassadas aos ACS e aos cuidadores, no formato de um “Curso para Cuidadores”.

Na sua biblioteca virtual há três publicações muito úteis para montar estes cursos: “Cuidar melhor e evitar a violência” (2008); “Guia Prático do Cuidador” (2008); e “Promoção da Saúde e Envelhecimento; orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos” (2002). Os dois primeiros contêm orientações práticas direcionadas aos cuidadores de idosos e abordam temas relacionados ao cotidiano, como nutrição, exercícios, uso de sondas, prevenção de lesões. O último é uma cartilha que orienta os profissionais de saúde para a montagem de cursos e atividades com os cuidadores e com os idosos.

A participação dos cuidadores em “grupos de apoio aos familiares de idosos vítimas de violência” também resultará em melhora das relações familiares. Se não há um grupo destes no seu Centro de Saúde,

Lembre-se disso:

A estratégia adotada por uma família muitas vezes ajudará a solucionar problemas enfrentados por outra família.

reúna a equipe e pense em iniciar as reuniões. Aos poucos o “corpo de conhecimentos” que você adquiriu nesta Seção 2 será ampliado pela experiência relatada pelos ACS e os próprios cuidadores de idosos. A estratégia adotada por uma família muitas vezes ajudará a solucionar problemas enfrentados por outra família. Estes grupos muitas vezes funcionam como um grupo psicoterapêutico, onde cuidadores angustiados podem desabafar e receber apoio e reforço.

O apoio objetivo também deve minimizar a sobrecarga do cuidador. A disponibilidade da equipe para o atendimento de urgências é fundamental. A presença constante do ACS em visitas domiciliares permitirá detectar precocemente e encaminhar adequadamente demandas emergentes da família: a visita do enfermeiro para curativos, do médico para novas doenças agudas, o acompanhamento do psicólogo ou uma entrevista com o assistente social. Este último poderá orientar sobre benefícios que o idoso tem direito, aumentando a renda da família.

A oferta de algumas facilidades para o próprio cuidador – como a prioridade para realizar consultas e exames e adquirir medicamentos – contribuirá para a manutenção de sua saúde. Nos dois manuais mencionados acima e nos textos da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz) da sua biblioteca virtual há inúmeras orientações para que ele cuide de sua própria saúde física e mental. Monte reuniões e discuta estes temas com eles.

Nas equipes compostas por outros profissionais, a assistência do cirurgião dentista, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo ou terapeuta ocupacional pode contribuir para resolver problemas comuns como dor ou sangramento gengival, distúrbios de marcha, equilíbrio ou contraturas, dietas por sondas e gastrostomia, disfagia e aspiração de alimentos, e reabilitação na Doença de Parkinson, osteoartrose grave ou após o AVC. A redução da dependência minimiza a sobrecarga do cuidador. O fisioterapeuta ou o enfermeiro são ainda os profissionais mais habilitados para fazer uma “Avaliação Ambiental” do domicílio para reduzir o risco de quedas e acidentes, como descrevemos no texto sobre “Quedas e Fraturas”.

Em alguns casos a institucionalização temporária do idoso - por dias ou semanas - pode permitir ao cuidador um período de “férias”, para que este se recupere dos encargos excessivos. A institucionalização definitiva é uma alternativa no caso de famílias completamente desestruturadas ou cuidadores inaptos por motivos como alcoolismo ou drogadição.

Equipes experientes e bem treinadas conseguirão resolver problemas menores relacionados com a violência patrimonial e econômica. Em outros

casos a intervenção jurídica será necessária para reorganizar os cuidados familiares, determinando um novo tutor legal para o idoso. Em casos mais difíceis será necessário acionar a delegacia policial, o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), ou o Ministério Público.

A identificação de sinais de violência contra as pessoas idosas deve ser notificada utilizando-se a “Ficha de Notificação / Investigação Individual – Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências”: (<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/VIOL_NET_100708.pdf>).

Você conhece o estatuto do idoso? Localize o “Estatuto do Idoso” no *site* <<http://www.senado.gov.br/web/relatorios/destaques/2003057RF.pdf>> e leia procurando identificar o papel dos profissionais de saúde em relação à violência.

Na abordagem da violência contra a pessoa idosa a capacitação dos profissionais de saúde é fundamental. Estes deverão estar preparados e vigilantes para identificar de violência e tomar as providências cabíveis. Devem priorizar as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo, abrangendo aquelas inerentes à promoção da saúde e as voltadas a combater a violência, promovendo a recuperação, reabilitação e reinserção familiar e social do idoso.



Para refletir...

Tente se lembrar de idosos acompanhados por sua equipe que provavelmente são vítimas ou sobre os quais há suspeita de que sejam vítimas de violência. Quais são os fatores de risco? E as consequências? O que sua equipe poderia fazer?

Parte 7

Síndrome de Imobilidade

Eulita Maria Barcelos

Maria Dolôres Soares Madureira

7.1 | Introdução

Ao longo da seção 2 você acompanhou a triste história de Dona Josefina. Aos 80 anos, quando foi encontrada por Marina, ela apresentava um quadro avançado de Síndrome de Imobilidade. A Síndrome de Imobilidade advém de diversas etiologias associadas com múltiplas consequências o que alguns autores denominam “efeito dominó”: a imobilização temporária pode desencadear uma sucessão de eventos patológicos tornando o quadro progressivamente mais complexo e de difícil manejo.

A imobilidade pode ser causa e consequência de uma série de problemas (neurológicos, músculos-esqueléticos e outros) e predispõe a inúmeras complicações que podem ser fatais como as úlceras de pressão, pneumonias e embolias.

É quase sempre o desfecho de um longo processo de perda de independência. Constitui uma situação clínica comum em instituições de longa permanência para idosos, mas também é encontrada no domicílio. Seu paradigma é um idoso com autoestima diminuída, acamado, desnutrido, incontinente, muitas vezes com fecaloma, contraturas e úlceras de pressão. Reflete uma assistência insuficiente que poderia ter sido evitada na maioria das vezes através do diagnóstico e intervenção precoces de uma equipe interdisciplinar, envolvendo familiares e cuidadores.

Nesta parte abordaremos o conceito e características da síndrome de imobilidade, seus fatores predisponentes e de risco e suas complicações. Descreveremos ainda uma intervenção interdisciplinar que contempla a promoção da saúde, prevenção de agravos e a recuperação e reabilitação do idoso com Síndrome de Imobilidade.

Para refletir...

Retorne ao caso de dona Josefina, quando Mariana a encontrou. Ao longo desta Parte 7, tente identificar as causas e características do quadro de Síndrome de Imobilidade que ela apresentava.

7.2| O diagnóstico da Equipe Verde

A partir das informações relatadas por Mariana a Equipe Verde discutiu o caso e decidiu retornar à casa de Dona Josefina. Mariana, Renata, Joana e Pedro Henrique desejavam avaliar seu estado de saúde e planejar a intervenção da equipe.

Dona Josefina encontrava-se nas mesmas condições relatadas por Mariana. Permanecia sozinha, com a higiene precária, acamada, desidratada, emagrecida, com atrofia muscular generalizada, várias equimoses e muito debilitada.

Apresentava incontinência urinária e dermatite amoniacal e a pele era descamativa. Os níveis pressóricos estavam elevados: 160/120 mmHg. O membro inferior esquerdo estava edemaciado sugerindo trombose venosa profunda e o dimídio direito apresentava contratura em flexão. Havia úlceras de pressão de grau III com sinais de infecção na região trocantérica direita e de grau II na região maleolar direita.

Com evidente déficit visual, auditivo e confusão mental, Dona Josefina mostrou-se inquieta e desconfiada, respondendo monossilabicamente à abordagem.

Ao final da visita, os membros da Equipe Verde foram surpreendidos com a entrada de Dona Amélia, vizinha de Dona Josefina. Ela informou que sua vizinha não tomava os remédios regularmente, pois não havia ninguém para auxiliá-la. O sobrinho que morava com ela “não parava em casa” e vivia embriagado.

Seus filhos moravam em outros municípios e apareciam raramente, embora tivessem boas condições financeiras. O relacionamento dela com cinco dos setes filhos era muito ruim: nas raras visitas discutiam com ela, gritavam e diziam que eram muito ocupados, que ela “dava muito trabalho, era chata e já havia vivido muito”. Apenas dois filhos eram carinhosos e preocupados com ela, mas não tinham condições de ficar com a mãe ou de prover mais assistência.

Após a avaliação do estado de saúde de Dona Josefina a equipe verde constatou que ela apresentava Síndrome de Imobilidade, abandono e maus tratos. Diante disso, foi discutido e elaborado um plano de intervenção que contemplava suas necessidades.

7.3| Conceito

Entende-se por imobilidade a incapacidade de um indivíduo de se deslocar sem o auxílio de outras pessoas, com a finalidade de atender as necessidades da vida diária.

A Síndrome de Imobilidade é o conjunto de sinais e sintomas decorrentes da imobilidade, por restrição a uma poltrona ou ao leito, por um tempo prolongado, associada a múltiplas causas e com implicações físicas e psicológicas, e que pode levar ao óbito.

Caracteriza-se por um complexo de sinais e sintomas resultantes da limitação de movimentos e da capacidade funcional que geram empecilho à mudança postural e à translocação corporal. Alguns idosos apresentam tendência para permanecer deitados por muito tempo quando suas dificuldades de locomoção estão aumentadas.

A imobilidade pode ser temporária, no caso de fraturas, cirurgias, internações, doenças agudas e infecções. E pode ser crônica como nos casos de demências, depressão grave, astenia, doenças cardiorrespiratórias, dor crônica, neoplasias, fraturas e suas complicações, distúrbios de marcha, fobia de queda e seqüela de AVC.

7.4| Fatores predisponentes e de risco

Os principais fatores predisponentes e de risco para a Síndrome de Imobilidade envolvem a polipatologia, aspectos econômicos, ambientais, psicológicos e sociais. Entre estes fatores, destacam-se o repouso prolongado no leito, patologias neurológicas que se acompanham de contraturas, com limitação da marcha e do equilíbrio; depressão e demência; cardiopatias e pneumopatias crônicas que restringem as atividades. Doenças reumáticas podem provocar um quadro doloroso e deformidades levando o idoso a permanecer no leito e desencadeando a síndrome. Há ainda os idosos com estado nutricional precário, uso excessivo de medicamentos ou problemas decorrentes de iatrogenia evidenciados por fraqueza muscular, tonteira e insegurança na locomoção. Idosos com história de quedas têm medo de cair tendem a permanecer no leito.

Uma imobilização inicialmente temporária pode provocar atrofia e encurtamento muscular, aumento da reabsorção óssea, rigidez articular, úlceras de pressão, incontinência, dificuldade ventilatória propiciando o surgimento de infecções,

constipação intestinal, fenômenos tromboembólicos e estados confusionais.

O excesso de zelo dos familiares e de cuidadores também pode contribuir para a imobilidade do idoso. O cuidador responsável pelo idoso e o ACS devem identificar precocemente os fatores predisponentes e de risco para que medidas preventivas sejam instituídas sob a orientação e supervisão da equipe de saúde. Identifique no quadro 28 as causas mais comuns de Síndrome de Imobilidade na sua área de abrangência.

Quadro 28 - Causas comuns da síndrome de imobilidade.

Sociais e ambientais	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente inadequado envolvendo risco de quedas. • Restrição física • Isolamento social, condições sociais desfavoráveis.
Psíquicas	<ul style="list-style-type: none"> • Medo de queda. • Depressão.
Sistema musculoesquelético	<ul style="list-style-type: none"> • Osteoartrose. • Fraturas ósseas (principalmente fêmur e vértebras). • Doenças reumáticas, como artrite reumatoide. • Amputações.
Sistema cardiorrespiratório	<ul style="list-style-type: none"> • Doença pulmonar obstrutiva crônica. • Insuficiência cardíaca congestiva.
Sistema circulatório	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência venosa crônica e úlcera varicosa. • Erisipela. • Trombose venosa.
Sistema neurológico	<ul style="list-style-type: none"> • Acidente vascular cerebral. • Demências. • Doença de Parkinson. • Neuropatia periférica

Fonte: Elaborado pelos autores.

7.5| Complicações

Na Síndrome de Imobilidade é comum a presença de várias complicações. São frequentes a dependência para realizar AVDs levando à institucionalização, a desintegração familiar e social. As complicações não ocorrem isoladamente; é preciso abordar o idoso em sua integralidade e especificidade. As complicações físicas da Síndrome de Imobilidade são relacionadas no quadro 29:

Quadro 29 - Complicações físicas da síndrome de imobilidade

Sistema tegumentar	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatites, principalmente dermatite amoniacal, dermatofitoses. • Atrofia da pele, escoriações e equimoses. • Úlcera por pressão (mais comuns nas proximidades das proeminências ósseas: maléolos, escápulas, calcanhares, ombros, cêndilos dos joelhos, cotovelos, trocânter, orelhas, sacro e tuberosidade dos ísquios).
Sistema musculoesquelético	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de massa • Perda de força muscular.
Sistema articular	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da amplitude dos movimentos. • Rigidez articular. • Tendência de contratura em flexão.
Sistema cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Trombose venosa profunda (edema unilateral, eritema dor empastamento da panturrilha, aumento da temperatura local). • Hipotensão postural.
Sistema urinário	<ul style="list-style-type: none"> • Retenção urinária e "bexigoma". • Infecções do trato urinário. • Incontinência urinária.
Sistema digestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia • Constipação intestinal e formação de fecaloma. • Incontinência fecal.
Sistema neuropsíquico	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da tolerância à dor. • Alterações do sono, ansiedade, agitação, irritabilidade. • Delirium. • Depressão.
Sistema respiratório	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da capacidade respiratória, aumento das secreções e diminuição do reflexo de tosse. • Pneumonia de aspiração e broncopneumonia.

Fonte: Elaborado pelos autores.

7.6| Abordagem interdisciplinar

A abordagem interdisciplinar engloba ações de prevenção de agravos, recuperação e reabilitação. A equipe de saúde deve traçar um plano de intervenção que contemple a avaliação do estado de saúde do idoso, identificação e priorização das necessidades, definição das ações, seu acompanhamento e monitoramento, incluindo a participação do familiar e cuidador.

A elaboração de um protocolo constitui um instrumento importante para nortear as ações da equipe de saúde na atenção ao idoso com Síndrome de Imobilidade ou em situação de risco. Veja as sugestões dos Quadros 30 e 31.

Quadro 30 - Ações de prevenção.

Identificar os fatores de riscos.
Orientar o idoso, família e cuidador na adequação do ambiente e adaptação do idoso nas atividades de vida diária, evitando acidentes domésticos.
Orientar o idoso, família e cuidador no controle e uso correto de medicamentos.
Promover atividades físicas, estimulando a mobilidade e evitando a restrição ao leito.
Estimular a independência nas AVDs e ABVDs.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 31 - Ações de recuperação e reabilitação

Estimular a higiene oral e corporal de acordo com o nível de dependência do idoso para as AVDs. Usar toalha macia, sabonete neutro e manter a privacidade do idoso.
Manter a pele limpa e hidratada.
Em locais sob pressão (proeminências ósseas) use loção com ácidos graxos essenciais.
Trocar com frequência a fralda ou a roupa. As vestimentas devem ser confortáveis.
Evitar fazer fricções e cisalhamento durante a mudança de posição. Os lençóis devem estar esticados e limpos e os colchões do tipo "caixa de ovos".
Evitar hematomas, equimoses e rompimento da pele durante o manuseio do idoso.
Atentar para a alimentação saudável e hidratação. Idosos com disfagia devem ser assistidos durante a alimentação para evitar engasgos, tosse e aspiração.
Realizar trocas posturais constantes com intervalos de duas horas, posicionando corretamente com auxílio de almofadas.
O posicionamento correto do corpo promove a respiração, circulação, conforto, alívio da dor e previne complicações como contraturas e úlceras de pressão.
Evitar a posição em flexão das articulações e proteger as proeminências ósseas.
Reiniciar a mobilização precoce e quando possível treino da marcha e equilíbrio.
Atentar para os cuidados específicos do uso de drenos, sondas e traqueostomia.
Acionar o NASF e equipe de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e nutrição.
Utilizar o protocolo de tratamento de feridas e úlceras de pressão.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na intervenção da equipe é imprescindível que o profissional de saúde compreenda o processo de envelhecimento para acolher o idoso e família com "escuta qualificada", orientação, suporte e acompanhamento terapêutico, envolvendo os equipamentos sociais da comunidade.

O diagnóstico precoce dos agravos potencialmente limitantes ou incapacitantes bem como a intervenção oportuna para elaboração de um plano interdisciplinar de intervenção constituem elementos relevantes no atendimento. Não podemos esquecer que a avaliação e monitoramento das ações são instrumentos valiosos no plano de intervenção na prevenção de agravos, recuperação funcional e inclusão social do idoso.

A Síndrome de Imobilidade é um momento de grande sofrimento para o idoso, família, cuidador e equipe de saúde. Quando não for possível reabilitar, o objetivo será o de dar conforto, suporte à vida e à dignidade de vida e de morte.

**Atividade 7**

Considerando sua reflexão sobre o tema e a situação relatada pela Equipe Verde, elabore um plano de intervenção interdisciplinar para Dona Josefina. Encaminhe-o para o portfólio on-line.

Epílogo



Fonte: <<http://www.sxc.hu/photo/793275>>

Dona Josefina abriu os olhos assustada.

Quanto tempo havia se passado? Em que hospital estava? Ela não teria condições de pagar! Não se lembrava de alguma vez ter dormido tão bem, em um colchão tão macio. Os lençóis da cama e as paredes do quarto eram tão brancos e limpos!

Tentou se virar na cama e, para sua surpresa, conseguiu sem nenhuma dificuldade. Sua perna esquerda já não estava inchada. Tentou assentar e, mais surpresa! Nenhuma dificuldade. Havia recuperado completamente a movimentação do braço e perna direitos, que estavam paralisados desde o AVC.

Não ficou tonta ao assentar, e arriscou ficar de pé. Sentiu-se muito bem! Não tinha mais incontinência urinária. As dores articulares haviam desaparecido por completo. Não estava mais sonolenta com os medicamentos para dormir.

Sentia-se tão bem que tinha a sensação de flutuar.

Foi quando viu um vulto ao longe.

Ele parecia carregar... Um buquê de rosas vermelhas?

O vulto se aproximou; os olhos de Dona Josefina se encheram de lágrimas.

Finalmente havia reencontrado seu amado Odorico.



Referências

Referências

Leituras obrigatórias

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M.H.P.; GOTLIEB S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p.35-46, 2005.

Leituras recomendadas

ARRUDA, R.M. *et al.* 2006. Bexiga hiperativa. Disponível em <<http://www.uroginecologia.com.br/index/?q=node/9>>.

CARVALHO, J.A.M; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p.725-733, 2003.

CHAIMOWICZ, F; GRECO, DB. A dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, p.454-460, 1999.

DUARTE Y.A.O; LEBRÃO, M.L.; LIMA F.D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 17, n. 5/6, p.370–378, 2005.

GAZALLE, F.K.; HALLAL P.C.; LIMA M.S. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, p.145-9, 2004.

GRUENBERG, E.M. The failures of success. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, New York, NY, v. 55, n.1, p.3-24., 1977.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n.3, p. 200-10, 1987.

LITVAK, J. El envejecimiento de la población: un desafío que va más allá del año 2000. **Boletín da Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 109, n.1, p.1-5, 1990.

MINAYO, M.C.S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.783-791, 2003.

PAES-SOUZA, R. Diferenciais intraurbanos de mortalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1994: revisitando o debate sobre transições demográfica e epidemiológica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p.1411-1422, 2002.

PASINATO, M.T.; CAMARANO, A.A.; MACHADO, L. Idosos vítimas de maus tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia. **Texto para Discussão 1200**. Rio de Janeiro: IPEA, 2006.

REIS, R.B. *et al.* Incontinência urinária no idoso. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 18, n. 5, p. 47-51, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2007. **WHO global report on falls prevention in older age**. Geneva: World Health Organization, 2007. 47p.

Outras referências

ASSIS, M. (Org.). **Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos**. Rio de Janeiro: CRDE/ UnATI/ UERJ, 2002. 146p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. **Cuidando do portador da doença de Alzheimer**. Disponível em: <<http://www.abraz.com.br/default.aspx?pagid=GSDDPQSK&navid=180>>. Acesso em: 5 ago 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. **Divisão Nacional de Saúde Bucal & Fundação Serviços de Saúde Pública**. Série C, Estudos e Projetos, 4, Brasília, 1988. 137 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 737, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, de 16 de maio de 2001. **Ministério da Saúde**: Brasília, Diário Oficial da União, 18 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Assistência à Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: Guia operacional e portarias relacionadas. **Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira** – SB. Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/vigilancia.php>>. Acesso em 20 nov. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de boca**. Disponível em: <www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=324>. Acesso em 23 nov.2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente**. Ministério da Saúde, Brasília, 2005. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/brasil_sorridente.php>. Acesso em 27 nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Ministério da Saúde, Brasília, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: Informações em saúde. Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt09uf.def>>

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm> Acesso em 27 nov. 2008

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2010b.. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=0&cod2=&cod3=&frm=piramide>>. Acesso em 25 nov. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2010c. Disponível em http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?ano=2010&codigo=3&corhomem=88C2E6&cormulher=F9C189&wmaxbarra=180. Acesso em 25 nov. 2012.

BROWN, J.S, *et al.* The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, PA, v. 144, n. 10, p.:715-23, 2006.

CAMARANO, A.A. Idosos brasileiros: que dependência é essa? *In* CAMARANO, A. A. **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999. p.281-304.

CASTRO, R.A. *et al.* Propedêutica clínica da IU de esforço. Disponível em <<http://www.uroginecologia.com.br/index/?q=node/23>>. Acesso em 6 jan. 2009.

CHAIMOWICZ, F; COELHO, G.L.L.M. Expectativa de vida livre de incapacidade em Ouro Preto. Relatório técnico final. **Conselho Nacional de Pesquisa**, Brasília, 2004. 50 p.

CIANCIARULLO, T. I. *et al.* **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, 2002. 398p.

CHAIMOWICZ, F; COELHO, G.L.L.M. Expectativa de vida livre de incapacidade em Ouro Preto. **Relatório técnico final**. Brasília: CNPq, 2004.

CARVALHO-FILHO, E.T. *et al.* Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n.1, 1998.

CUNHA, U.G.V. *et al.* Uso de digital em idosos admitidos em unidade de geriatria de um hospital geral. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.71, n.5, p. 695-698, 1998.

CARDOSO, F; CAMARGOS; S.T.; SILVA, J.R. G.A. Etiology of parkinsonism in a Brazilian movement disorders clinic. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 56, p.171-175, 1998.

DIAS, R.C. *et al.* Incontinência Urinária. *In: MORAES, E.N. (Org.). Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia.* 1ª. ed. Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2008, p. 423-437.

DUARTE, Y.A.O.; D. M.J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2005. 630p.

ESTUDO SABES: REYES-ORTIZ CA, AL SNIH S, MARKIDES KS. Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. **Revista Panamericana de Salud Pública,** Washington, v. 17, n. 5-6, p.362-369, 2005.

FABRÍCIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P; COSTA JR, M.L.C. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 30, p. 93-99,2004.

GARCIA, R.; LEME, M.D.; GARCEZ-LEME, L.E., Evolution of Brazilian elderly with hip fracture secondary to a fall. **Clinics (São Paulo),** v. 61, p. 539-544, 2006.

GOMES, G.C, A fisioterapia na instabilidade postural. *In.* MORAES, E.N. (Org.). **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia.** 1. ed. Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2008. p. 395-403.

HERRERA, JR, *et al.* Epidemiologic Survey of Dementia in a Community-dwelling Brazilian Population. **Alzheimer Disease & Associated Disorders.** v. 16, p. 103–108, 2002.

JAHANA, K.A.; DIOGO, M.J.D.E. Quedas em idosos: principais causas e consequências. **Saúde Coletiva,** v. 4, n. 17, p. 148-53, 2007.

JOÃO BOSCO; ADIR BLANC. O bêbado e a equilibrista (letra). 1979. Disponível em <<http://letras.mus.br/joao-bosco/46527/>>. Acesso em 20 nov. 2012.

KEVORKIAN, R. Physiology of incontinence. **Clinics in Geriatric Medicine,** Philadelphia, PA. v. 20, n.3, p. 409- 25, 2004.

KINSELLA, K. Demographic aspects. *In:* EBRAHIM, S.; KALACHE, A. (ed.) **Epidemiology in old age.** London: BMJ Publishing Group, p. 32-40, 1996.

MACHADO, L.; QUEIROZ, Z.P.V. Negligência e Maus-Tratos em Idosos. *In*: FREITAS, E.V., (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006, p.1152-59.

MARINHO, V.M.; LAKS, J.; ENGELHARDT, E. Depressão em idosos. *In*: Tavares A. **Compêndio de Neuropsiquiatria geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, 690 p.

MARINHO, V.M. Depressão de início tardio. *In*: FORLENZA, O. **Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação**. São Paulo: Atheneu, 2007, 460 p.

MARQUES, L.M. 2005. **Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos residentes na comunidade; Ouro Preto, 2001-2003**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências da Reabilitação). Universidade Federal de Minas Gerais.

MCNICOLL, L.; INOUE, S.K. Cognitive impairment and dementia. *In*: Landefeld CS *et al.* **Current Geriatric Diagnosis & Treatment**. New York: Lange Medical Books, 2004, 558 p.

MORLEY, J.E. Urinary incontinence and the community-dwelling elder: a practical approach to diagnosis and management for the primary care geriatrician. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 20, n.3. p.427-35, 2004.

MORAES, E.M.; MEGALE, R.Z. Avaliação da mobilidade. *In*. MORAES, E.N. (Org.). **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. 1. ed. Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2008, p. 105-13.

NARVAI, P. C.; ANTUNES, J. L. C. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. *In*: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Org.). **O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde. 2003. cap. 6, p. 119-140.

NORMAN, M.A.; WHOOLEY, M.E.; LEE, K. Depression & other mental health issues. *In*: LANDEFELD, C.S. *et al.* **Current Geriatric Diagnosis & Treatment**. New York: Lange Medical Books, 2004, 558 p.

OMRAN, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population changes. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, New York, NY. v. 49, n. 4. p. 509-38, 1971.

PAIXÃO JR, C.M.; REICHENHEIM, M.E. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso **Cad. Saúde Pública**; v.22,. n. 6, Rio de Janeiro, jun., 2006.

PERRACINI, M.R. **Prevenção e manejo de quedas no idoso**. Disponível em <<http://pequi.incubadora.fapesp.br/portal/quedas/quedas.pdf>>. Acesso em 20 jan. 2009.

PINTO, V. G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. *In*: KRIGER, L. (coord). **ABOPREV promoção de Saúde Bucal**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999, cap. 2, p.27-41

QUEIROZ, Z.P.V.; LEMOS, N.F.D.; RAMOS, L.R. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. **Ciência e Saúde Coletiva**. Disponível em: <www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2513> Acesso: 28 dez. 2008.

RAMOS, L.R. *et al*. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993.

ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 351p.

TURRA, C.M.; QUEIROZ, B.L. Intergenerational transfers and socioeconomic inequality in Brazil: a first look. Trabalho apresentado no **Taller sobre Transformaciones Demográficas, Transferências Intergeneracionales y Protección Social en América Latina**, CELADE, Santiago, Chile, 2005.

RUBENSTEIN, L.Z.; JOSEPHSON, K.R. The epidemiology of falls and syncope. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia, PA. v. 18, p. 141-58,2002.

SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. (org.). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. 399p.

SARAMAGO, J. Cadeira. *In*: _____. **Objecto quase**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. 134p.

SINK, K.M.Y.K. Delirium. *In*: LANDEFELD, C.S. *et al.* **Current Geriatric Diagnosis & Treatment**. New York: Lange Medical Books, 2004, 558 p.

Síndrome de imobilidade

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília. 2006.

BORGES, E.L. *et al.* **Feridas: como tratar**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2008.

DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. 630p.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 533p.

MACIEL, A. **Avaliação Multidisciplinar do Paciente Geriátrico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 351p.

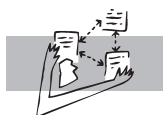
SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. (org.). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. 399p.

SIQUEIRA, A.B.; Cordeiro, R.C. Imobilidade. *In*: RAMOS. L.R.; TONIOLO NETO. J. **Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar Unifesp - Escola Paulista de Medicina - Geriatria e Gerontologia**. Editora Manole 2005. Cap 21, p. 271.



Apêndice

Atividade 8: Recapitulação sobre iatrogenia



Atividade 8

Atividade de recapitulação sobre iatrogenia

Os dois quadros a seguir resumizam as principais informações práticas sobre a iatrogenia medicamentosa associada às modificações farmacocinéticas e farmacodinâmicas do envelhecimento (Parte 1) e à iatrogenia associada à prescrição (Parte 2). Reúna sua equipe. Releia em grupo o texto correspondente. Na medida em que progredir no texto, vá preenchendo os espaços vazios.

Parte 1 - Iatrogenia medicamentosa associada às modificações farmacocinéticas e farmacodinâmicas do envelhecimento

Medicamento	Problemas	Soluções
Cimetidina, ranitidina, omeprazol, pantoprazol, metformina.	Uso prolongado provoca deficiência de vitamina B12	Não usar desnecessariamente. Dosar e se preciso repor vit. B12.
Os mesmos acima + anticonvulsivantes		
	Acumulam-se lentamente no tecido adiposo de idosos e atingem concentrações muito elevadas com o uso diário. Provocam sedação, quedas e fraturas.	Proibido em idosos. Há alternativas para ansiedade e depressão.
Lítio, cimetidina, digoxina, paracetamol, álcool.		Usar doses mais baixas que as habituais para adultos.
	A perda de peso causa aumento da fração livre da droga e complicações como tireotoxicose, sedação, hemorragias e intoxicação digitálica.	
Antidepressivos tricíclicos (como amitriptilina e nortriptilina), propranolol, teofilina, warfarin, paracetamol, salicilatos, ibuprofeno e fenitoína.		Usar doses mais baixas que as habituais para adultos.
	A redução do ritmo de filtração glomerular aumenta o tempo necessário para a eliminação renal, aumentando a concentração da droga.	

Anti-inflamatórios não esteroides (ex. diclofenaco, ibuprofeno, nimesulide)		Usar com < frequência, em doses; evitar se RFG baixo. Substituir por paracetamol 750mg até 4x ao dia.
	Provocam hipotensão ortostática aumentando o risco de quedas, principalmente em idosos mal hidratados.	
	Não devem ser utilizados como ansiolíticos e provocam parkinsonismo.	
	Não tem eficácia comprovada para vertigem e provocam parkinsonismo*.	

* Parkinsonismo: tremor, rigidez, lentificação dos movimentos e instabilidade postural.

Para saber mais confira: "Etiology of parkinsonism in a Brazilian movement disorders clinic", na biblioteca virtual.

Parte 2 - latrogenia associada à prescrição

Medicamento	Problemas	Soluções
		Usar outras drogas ou insulina.
		Utilizar outros anti-hipertensivos.
	Hipotensão, depressão, sedação, astenia, xerostomia.	
	Pior que outros antiagregantes (- eficaz, + neutropenia)	
		Ao iniciar ou suspender, conferir se há interação com outras drogas.

Digoxina		
		Sempre iniciar com doses baixas.
		Utilizar na FA, dor crônica, hipertensos, diabéticos e após IAM.
Espironolactona+IECA ou BRA.		
	Bradicardia excessiva (depressão da condução AV)	
	Taquicardia/angina em paciente c/ doença coronariana.	
	Provoca ou agrava constipação intestinal.	
		Não associar drogas que provocam hipotensão ortostática.
	Agravam constipação intestinal	
Sene, cáscara sagrada, bisacodil, Tamarine®		

Nifedipina, verapamil, diltiazem, propranolol, atenolol.		
	Provocam incontinência em idosos que já apresentavam dificuldade para reter a urina.	
	Sintomas extrapiramidais (tremor, rigidez, bradicinesia)	
		Aliviar dor com fisioterapia e paracetamol (até 4g por dia).
Amitriptilina, clorfeniramina, ciclobenzapríma, orfenadrina, clorpromazina, tioridazina, biperideno, cimetidina, paroxetina.		

Apoio



Ministério da Educação



Ministério da Saúde



Realização

