

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RAPHAELA MACHADO

**ASSISTÊNCIA AO PACIENTE IDOSO ACAMADO:
O PAPEL DO CUIDADOR**

SETE LAGOAS – MINAS GERAIS
2015

RAPHAELA MACHADO

**ASSISTÊNCIA AO PACIENTE IDOSO ACAMADO:
O PAPEL DO CUIDADOR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria José Moraes Antunes

RAPHAELA MACHADO

**ASSISTÊNCIA AO PACIENTE IDOSO ACAMADO:
O PAPEL DO CUIDADOR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria José Moraes Antunes

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria José Moraes Antunes

Prof^a. Agma Leozina Viana Souza

Aprovado em Belo Horizonte, ____ / ____ / ____

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde,
que, assim como eu, acreditam na melhoria da saúde
e no bem-estar da população idosa, garantindo-lhes
autonomia, independência e qualidade de vida.
Que em um futuro não muito longínquo, nossos pais,
amigos, familiares e pacientes possam
vivenciar melhor as conquistas da ciência.

AGRADECIMENTOS

Obrigada a Deus por estar sempre comigo me iluminando e me dando força para superar os momentos mais difíceis.

Agradeço a todos que compartilharam o trilhar deste caminho, contribuindo direta ou indiretamente para que eu realizasse esta pesquisa, me auxiliando e incentivando nos momentos mais árduos.

À minha orientadora, Maria José Moraes Antunes, por me guiar e auxiliar neste projeto.

À Unidade Básica Maria Conceição Rezende, em especial, à Anete (Secretária de Saúde), por me auxiliar nos momentos que mais precisei, contribuindo de forma expressiva para o sucesso do meu trabalho.

À minha família e amigos por sempre compartilharem estes momentos comigo e compreenderem que o nosso sucesso depende de muito esforço e dedicação.

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis (ALENCAR, 1865).

RESUMO

O Brasil está vivenciando uma fase demográfica em que há uma decrescente taxa de natalidade e aumento da longevidade. No ano 2000, os idosos representavam cerca de 8% da população brasileira; em 2020, serão cerca de 13% do total da população. O envelhecimento populacional traz aumento de doenças crônicas degenerativas incapacitantes e do número de idosos dependentes para a realização de atividades de vida diária. A Estratégia da Saúde da Família (ESF) identifica os idosos acamados e direciona ações voltadas para esta população, identificando suas principais necessidades e orientando seus cuidadores. O presente estudo objetivou elaborar um plano de ação para a capacitação e o acompanhamento de cuidadores de pacientes idosos no Município de Fortuna de Minas. A metodologia constou de revisão de literatura, em bases de dados da rede virtual (LILACS, MEDLINE, SCIELO e BVS), publicadas após o ano de 2004, utilizando as palavras-chave: idoso; assistência à saúde; atenção primária; educação em saúde e estratégia da saúde da família. O Plano de Intervenção elaborado deverá ser aplicado no primeiro trimestre de 2015. Terá a duração de sete semanas e será desenvolvido na unidade básica de saúde por meio de palestras e rodas de conversas com o suporte do Núcleo de a Saúde da Família (NASF), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), da comunidade e da Prefeitura de Fortuna de Minas. A programação constará de sete momentos. Na primeira, na sétima e na última semana serão realizadas atividades interativas com os cuidadores, para avaliação do curso, tirar suas dúvidas e trazer experiências para o desenvolvimento e aprimoramento do curso. Nas outras cinco semanas serão desenvolvidas as temáticas: “Programa Fique Alerta; Programa Cuide do Outro; Interação Social do Idoso; Programa Alimentação e Atividade Física em dia; Programa Atenção aos Medicamentos”. Concluiu-se que a capacitação de pessoas cuidadoras de idosos pela equipe de saúde da família é necessária para reduzir a situação de desamparo em que os idosos se encontram e atender suas necessidades básicas com mais qualidade, quando doentes e/ou fragilizados, além de reduzir complicações de patologias já existentes, humanizar o cuidado domiciliar e estreitar laços entre equipe, cuidadores e pacientes idosos.

Palavras-chaves: Idoso. Assistência à saúde. Atenção primária. Educação em saúde. Estratégia da saúde da família.

ABSTRACT

Brazil is experiencing a demographic phase in which there is a decreasing birth rates and increasing longevity. In 2000, the elderly accounted for about 8% of the population; in 2020 will be about 13% of the total population. Population aging brings increased disabling chronic degenerative diseases and the number of dependent elderly to perform daily activities. The Family Health Strategy (FHS) identifies the bedridden elderly and direct actions targeting this population identifying your core needs and guiding their caregivers. This study aimed to develop an action plan for capacity building and monitoring of caregivers of elderly patients in the City of Fortuna de Minas. The methodology consisted of a literature review in the databases of the virtual network (LILACS, MEDLINE, SCIELO and VHL), published after the year 2004 using the following key words: elderly; health care; primary care; health education and family health strategy. The plan drafted intervention should be applied in the first quarter of 2015. It will last for seven weeks and will be developed in basic health unit through lectures and conversations with the wheels support the NASF, CRAS, community and the City of Fortuna de Minas. The program will consist of 7 times. In the first and seventh and last week interactive activities with caregivers will be held, to hear their avaliation of the course, take your questions and bring experience to the development and improvement of the course. In five weeks the other themes will be developed: "Stay Alert Program; Program Pamper Another; Social interaction for the elderly; Eating and Physical Activity Program to date; Attention Program to drugs". It was concluded that the capacity of people to care for the elderly by the family health team is required to reduce the situation of helplessness in which they find, meet their basic needs with better quality when they are ill and / or frail, reduce complications existing pathologies humanize home care and strengthen ties between staff, carers and elderly patients .

Keywords: Elderly. Health care. Primary care. Health education and family health strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CRAS - Centro de Referência Assistência Social

DMRI - Degeneração Macular Relacionada à Idade

EDG - Escala de Depressão Geriátrica

ESF - Equipe Saúde da Família

FR - Frequência Respiratória

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IU - Incontinência Urinária

ITU - Infecção do Trato Urinário

MG - Minas Gerais

NASF - Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVOS.....	13
3.1 Objetivo geral.....	13
3.2 Objetivos específicos	13
4 METODOLOGIA	14
4.1 Tipo de estudo.....	14
4.2 Área de atuação e população de estudo.....	14
4.3 Critérios de escolha das publicações.....	14
4.4 Plano de Intervenção.....	15
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
5.1 Subprojeto Fique Alerta.....	16
5.1.1 <i>Sinais de Alerta</i>	16
5.1.2 <i>Distúrbios Comuns do Envelhecimento</i>	17
5.1.2.1 <u>Distúrbios visuais no idoso</u>	17
5.1.2.2 <u>Insônia</u>	18
5.1.2.3 <u>Depressão</u>	19
5.1.2.4 <u>Demência</u>	20
5.1.2.5 <u>Incontinência Urinária</u>	21
5.1.2.6 <u>Quedas e Fraturas</u>	21
5.1.2.7 <u>Síndrome da imobilidade</u>	22
5.2 Subprojeto Cuide do Outro.....	22
5.2.1 <i>Cuidados Básicos de Higiene pessoal</i>	23
5.2.2 <i>Úlceras de Pressão</i>	23
5.3 Subprojeto Atenção aos Medicamentos.....	24
5.3.1 <i>Iatrogenia medicamentosa</i>	25
5.4 Subprojeto Interação Social do Idoso.....	26
5.5 Subprojeto Alimentação e Atividade Física em Dia.....	28
5.5.1 <i>Alimentação no idoso</i>	28
5.5.2 <i>Atividade Física na Terceira Idade</i>	31
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	33
6.1 Objetivos	33
6.2 Metodologia	33
6.3 Recursos.....	34
6.4 Palestras e Programação.....	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

O Brasil está vivenciando uma fase em que há uma decrescente taxa de natalidade e aumento da longevidade (CONCEIÇÃO, 2010).

No ano 2000, a população de idosos representava cerca de 8 % da população brasileira e estima-se que em 2020 esta população deverá representar cerca de 13% da população. Este fenômeno mundial ocorre principalmente devido ao aumento da expectativa de vida ao nascer, que atualmente está em 74,6 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Com o envelhecimento da população há o aumento de doenças crônico degenerativas e o número de idosos dependentes de uma ou mais pessoas para realização de atividades de vida diária (OLIVEIRA *et al*, 2012).

Além disso, o aumento da longevidade traz desafios à atenção da saúde, no que diz a atenção ao paciente idoso e que muitas vezes necessita de uma equipe multidisciplinar e de cuidadores.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) identifica os idosos acamados e direciona ações voltadas para esta população enfocando suas principais necessidades e norteando seus cuidadores (CONCEIÇÃO, 2010). Proporciona um maior vínculo de cuidadores e pacientes acamados, ampliando a participação de ambos juntamente com as equipes de saúde, gerando uma responsabilidade compartilhada e a construção conjunta de intervenções sobre o processo saúde e doença (MENDES *et al*, 2011).

O cuidador é aquela pessoa envolvida no processo de cuidar do outro, que vivencia uma experiência contínua de aprendizagem e que resulta na descoberta de potencialidades mútuas (CONCEIÇÃO, 2010).

É um ser especial capaz de amar o próximo, se doar e se solidarizar. Assume a responsabilidade de assistência ao idoso, garantindo cuidados básicos, como alimentação, higienização, lazer e tarefas financeiras (OLIVEIRA; ELBOUX, 2012).

Geralmente são pessoas próximas ao idoso ou profissionais formais que, muitas vezes, sofrem prejuízo em sua qualidade de vida, por que deixam de lado aspectos pessoais, anseios e projetos de vida e, frequentemente, se apresentam com vulnerabilidade a doenças físicas e psíquicas, além de problemas emocionais e financeiros (CONCEIÇÃO, 2010; OLIVEIRA; ELBOUX, 2012).

O treinamento de pessoas para cuidar dos idosos é necessário, em face da situação de desamparo em que os idosos se encontram, no sentido de facilitar o atendimento imediato das

suas necessidades básicas, quando estão doentes e/ou fragilizados. O aumento expressivo e progressivo da população idosa impõe o resgate do papel do “cuidador”. Espera-se que o cuidador possua atividade profissional condizente com a capacidade de desenvolver ações de ajuda naquilo que o outro não pode mais fazer por si só (CONCEIÇÃO, 2010).

Todo este processo impõe atenção específica dos programas de saúde de idosos nos municípios e, diante desse tema, ressalta-se a importância da capacitação dos cuidadores de idosos, oferecendo-lhes uma maior autonomia a fim de melhorar a assistência ao paciente idoso acamado (OLIVEIRA; ELBOUX, 2012).

2 JUSTIFICATIVA

O estudo justifica-se por buscar contribuir para solucionar as dificuldades encontradas pelos cuidadores formais ou informais na assistência ao paciente idoso acamado no município de Fortuna de Minas/MG, onde a autora trabalha. Repensar a assistência oferecida, organizando-a para a recuperação e/ou reabilitação do paciente acamado e/ou melhoria da sua qualidade de vida e contribuir com maior aproximação entre equipe, cuidadores e paciente idoso, são as finalidades deste estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar projeto de capacitação dos cuidadores formais e informais dos pacientes idosos acamados que residem em áreas urbana e rural do município de Fortuna de Minas/MG.

3.2 Objetivos Específicos

-Identificar conteúdo para o subprojeto “**Fique Alerta**” ou avaliação do estado de saúde do idoso.

-Identificar conteúdo para o subprojeto “**Cuide do Outro**” ou identificação das necessidades e execução dos cuidados básicos ao idoso acamado.

-Identificar conteúdo para o subprojeto “**Atenção aos Medicamentos**”.

-Identificar conteúdo para o subprojeto “**Interação Social do idoso**”, com atividades espirituais e sociais.

-Identificar conteúdo para o subprojeto “**Alimentação e Atividade Física em Dia**”, para inibir o sedentarismo e suas sequelas.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de revisão de literatura que busca o papel do cuidador frente aos cuidados básicos com o paciente idoso acamado.

4.2 Área de atuação e população de estudo

A área de abrangência da ESF se encontra no município de Fortuna de Minas/MG. A pesquisa bibliográfica foi realizada com base nas necessidades identificadas de capacitação da população de cuidadores formais e informais e seu papel na assistência ao paciente idoso acamado.

O cadastro da Prefeitura de Fortuna de Minas (2013), Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação da Atenção Básica, informa que a população total da cidade é de 2695 habitantes, sendo 405 pessoas acima de 60 anos e com prevalência na população masculina (209 idosos). Destes, 22 idosos são acamados, recebem visitas domiciliares da ESF e dependem de cuidadores para a sua sobrevivência. É para esta população que as ações educativas desta monografia serão voltadas, objetivando a promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação física e social, de acordo com cada caso.

4.3 Critérios de escolha das publicações

Para a realização deste projeto, foi definido o tema e incluídos artigos, monografias disponíveis em texto completo on-line, referentes a trabalhos desenvolvidos no Brasil, que tratam de cuidados com o idoso acamado, publicados no período entre 2004 a 2014, com indexação dos periódicos disponíveis nas seguintes bases de dados: MEDLINE, LILACS, SCIELO e BVS, além de sites das bibliotecas das maiores universidades brasileiras.

Para a obtenção dos dados necessários à construção desta monografia foram utilizados os seguintes descritores: idoso, assistência à saúde, atenção primária, educação em saúde e estratégia da saúde da família.

4.4 Plano de Intervenção

Após a realização da revisão de literatura, foi proposto, no final deste trabalho, um Plano de Intervenção para a capacitação dos cuidadores formais (técnicos e auxiliares em enfermagem, agentes comunitários de saúde) e informais (familiares e amigos dos idosos), com a participação dos técnicos do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) e Centro de Referência em Assistência Social (CRAS). O conteúdo a ser desenvolvido na programação da capacitação aborda os principais aspectos relevantes do cuidado ao paciente acamado (nutrição uso de medicamentos, higiene pessoal, banho, atividades sociais, reabilitação, distúrbios do sono, entre outros).

5 REVISÃO DE LITERATURA

Após a leitura dos textos selecionados, optou-se em dispor o conteúdo considerado indispensável em 5 áreas temáticas para ser desenvolvido no projeto de capacitação dos cuidadores de idosos acamados, dispostos na sequência.

5.1 Subprojeto Fique Alerta

Constam do Subprojeto Fique Alerta os seguintes tópicos:

5.1.1 Sinais de Alerta

É fundamental que os cuidadores observem alguns sinais ou sintomas em idosos, pois podem significar alguma condição aguda ou agravamento de condição crônica:

- Febre: a temperatura axilar média de um adulto é em torno de 36,8°C e a temperatura acima de 37,8°C pode indicar infecções agudas que podem ser tratadas com paracetamol ou dipirona, de acordo com a prescrição médica.
- Desidratação: condição que pode ser revertida com o aumento da oferta de líquidos.
- Hipotermia: a temperatura axilar abaixo de 34°C.
- Frequência respiratória (FR): a frequência respiratória pode estar aumentada, principalmente em patologias pulmonares. Além disso, pode-se verificar quanto à presença de cianose em extremidades.
- Delirium: idosos podem apresentar alterações do pensamento (desorganizado), da atenção e do nível de consciência (confusos ou agitados) e, frequentemente, alucinações visuais. Diante de tais manifestações, geriatras consideram o quadro como de urgência, pois podem representar condições agudas, como, por exemplo, infecções, distúrbios hidroeletrolíticos, doenças cerebrovasculares ou cardiovasculares, entre outros. O delirium deve ser identificado e tratado o mais rápido possível (CONCEIÇÃO, 2010; CHAIMOWICZ *et al*, 2013).

5.1.2 Distúrbios Comuns do Envelhecimento

Entre os distúrbios comumente presentes no processo do envelhecimento encontram-se:

5.1.2.1 Distúrbios visuais no idoso

O envelhecimento da população e o aparecimento de doenças relacionadas à idade são cada vez mais comuns no nosso meio. Envelhecer com qualidade de vida está ligado diretamente com a qualidade dos nossos cinco sentidos: ouvir, ver, sentir, cheirar e degustar.

A visão pode estar alterada e comprometer aspectos como a diminuição da acuidade visual, do campo visual periférico, da sensibilidade ao contraste, da discriminação das cores, da capacidade de recuperação da exposição à luz ofuscante, da adaptação ao escuro e a noção de profundidade (MACEDO *et al*, 2010).

No Brasil, estudos sobre a cegueira em idosos são escassos e a prevalência é de 0,8% a 6,8% em pacientes com mais de 65 anos de idade. Conforme o Banco de Olhos de Sorocaba (2014), as principais causas de deficiência visual no idoso são: catarata senil, glaucoma, degeneração macular relacionada à idade e retinopatia diabética.

A diminuição da acuidade visual compromete a autonomia do indivíduo, prejudicando a sua qualidade de vida. De acordo com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (2014), o idoso tem dificuldades para realizar suas atividades de vida diária, como cozinhar, ler, ver televisão, sair de casa, tomar banho, entre outros. Há também aumento do risco de quedas, atropelamento, troca de medicamentos e alteração da dosagem, isolamento social e depressão.

A catarata senil é uma das doenças que mais acometem os idosos, sendo conceituada como qualquer opacidade do cristalino que difrata a luz, acarretando alteração visual. É considerada como a principal causa de cegueira no mundo, sendo responsável por 50% dos 50 milhões de casos no mundo. Apresenta como queixa a sensação de visão “nublada ou nevoada”, sensibilidade maior à luz, alteração da visão para cores, diminuição à percepção e mudança frequente de refração. O tratamento é por meio da cirurgia, intervenção que se mostra custo-efetivo para a reabilitação do idoso (MACEDO *et al*, 2010).

De acordo com o Banco de Olhos de Sorocaba (2014), o glaucoma apresenta alterações no campo visual, com lesões nas fibras do nervo óptico, acompanhadas de aumento ou não da pressão intraocular. Principal causa de cegueira irreversível. A prevenção se dá pela detecção precoce e tratamento clínico-cirúrgico. Como não há medidas ainda de rastreamento,

a medida da pressão intraocular e exame do nervo óptico realizadas na consulta rotina são utilizados para diagnosticar a alteração na população idosa. Idosos, pessoas de raça negra e diabéticos fazem parte do grupo de alto risco para apresentar o glaucoma.

A Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI) é a principal causa de cegueira em indivíduos acima de 50 anos de idade. Sua prevenção e tratamento não foram bem elucidados, o que se torna um grande desafio para a oftalmologia neste século, devido ao grande desconhecimento de sua etiologia e mecanismo fisiopatológico. A DMRI apresenta-se como uma doença multifatorial e o caráter genético é um aspecto fundamental ao seu desenvolvimento. Outros aspectos como raça branca, fumantes, indivíduos obesos sugerem um maior risco de DMRI, fatores ainda não completamente estabelecidos, necessitando, por isso, de estudos adicionais. Com relação ao tratamento, existe um complexo de vitaminas e minerais (A, C, E, zinco e cobre) capaz de reduzir a progressão da doença em 25% e a realização da fotocoagulação a laser que reduz o risco de baixa de visão. No entanto, há a necessidade de mais estudos e novas técnicas para o tratamento ideal da DMRI (NEHEMY, 2006).

A retinopatia diabética é um conjunto de alterações vasculares da retina que pode ocorrer em pacientes portadores de diabetes e pode levar ao dano irreversível para o olho: a cegueira. A retinopatia diabética causa um impacto econômico e social e já é um problema de saúde pública, pois encurta a vida produtiva dos indivíduos piorando a sua qualidade de vida e a de seus familiares. Os níveis séricos elevados de glicemia e o tempo de doença são os principais fatores de risco para o desenvolvimento da retinopatia diabética e o controle adequado da glicemia permite a não ocorrência da doença e a diminuição da sua progressão. O diagnóstico precoce e tratamento específico são importantes para se evitar a cegueira. Diante disso, há uma necessidade de ações educativas na rede pública para o diagnóstico precoce e controle clínico rigoroso do diabetes, que pode ser realizado por consultas de rotina, esclarecimento para a população do que é a doença, exames rotineiros de fundo de olho e encaminhamento para os serviços especializados (BOSCO *et al*, 2005).

5.1.2.2 Insônia

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” (CHAIMOWICZ *et al.*, 2013).

A insônia é uma queixa bastante comum em idosos e pode estar relacionada a maus hábitos e uso inadequado de medicamentos benzodiazepínicos. Seis horas de sono para o idoso pode ter efeitos restauradores e o sono após a refeição não é patológico. A insônia somente será tratada quando não é restaurador e provoca a sonolência diurna. Primeiramente devemos orientar alguns hábitos para que a qualidade do sono melhore, como: não cochilar durante o dia, realizar atividade física, não dormir mais de uma hora após o almoço, sempre dormir e despertar nos mesmos horários. Idosos sonolentos pela manhã devem realizar a fototerapia por 40 minutos pela manhã, evitar bebidas com cafeína ao despertar à noite, sair da cama e fazer algo estimulante, evitar luzes fortes à noite, evitar de tomar líquidos ao final da noite e não dormir em quarto barulhento, quente e com pernilongos. Após esta abordagem, o profissional deve identificar causas da insônia como ansiedade, depressão, dor, ortopneia, tosse noturna e a síndrome da apneia obstrutiva do sono e tratá-las. Se não houver melhora, o tratamento medicamentoso deve ser instituído, a critério médico, com sedativos leves, como, por exemplo, mirtazapina, trazodona e paroxetina (CHAIMOWICZ *et al.*, 2013).

5.1.2.3 Depressão

A depressão é uma comorbidade muito comum na população idosa, chegando a quase 50% dos idosos institucionalizados e sua prevalência aumenta a partir dos 75 anos de idade. A depressão está associada ao aumento do número de casos de suicídio nesta população (Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosas, 2006).

Fatores de risco como: isolamento, dificuldades nas relações pessoais, conflitos na família, dependência, dificuldades econômicas, doença dolorosa, morte de cônjuge, entre outros, podem desencadear a depressão. A ESF deve estar atenta a estes sinais ou sintomas para prevenir o processo de adoecimento físico e mental que é a depressão (Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosas, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), os sinais e sintomas de depressão podem ser:

- Fadiga matutina;
- Retardo psicomotor;
- Perda da afetividade;
- Nervosismo;
- Ansiedade;
- Alteração do sono e vigília;
- Alteração do apetite;

- Múltiplas queixas somáticas;
- Falta de interesse;
- Perda da capacidade de sentir prazer;
- Distúrbios de comportamento e conduta.

Para o diagnóstico deverá ser utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) que pode ser utilizada por qualquer profissional da atenção básica e o principal diagnóstico diferencial com a depressão é a demência (Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosas, 2006).

O tratamento da depressão visa à promoção da saúde e a reabilitação psicossocial do paciente. Recursos como a psicoterapia e a farmacoterapia podem ajudar o paciente a lidar com as dificuldades, evitar recorrência e podem ser abordadas de forma individual ou coletiva. A depressão ainda é um grande desafio, visto que 50% a 60% dos casos não são diagnosticados (Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosas, 2006).

5.1.2.4 Demência

A prevalência da demência dobra a cada cinco anos e alcança quase 20% da população aos 80 anos de idade. Está associada ao declínio funcional, perda da autonomia e dependência.

A demência é uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento (Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosas, 2006).

Existem alguns tipos de demência como a Doença de Alzheimer, Demência Vascular, de corpúsculos de Lewy e doença de Pick. É importante diferenciar aquelas de causas reversíveis como, distúrbios hidroeletrólíticos, desidratação, insuficiência renal, hepática, causas infecciosas, doenças autoimune, entre outras (CHAIMOWICZ, 2013).

O diagnóstico é clínico, podendo ser utilizado o Mini Exame do Estado Mental, exames de imagem, no caso da demência vascular, e o quadro clínico do paciente deve perdurar por mais de seis meses (Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosas, 2006).

O tratamento da demência visa diminuir a progressão da doença e deve ser iniciado logo após o diagnóstico. O paciente deve ser acompanhado a cada quatro a seis meses por especialista juntamente com a ESF. A demência altera o âmbito familiar provocando mudanças nas relações interpessoais e maior dependência do paciente. O profissional deve estimular a recuperação das habilidades, autoestima e a socialização do paciente, conscientizando cuidadores e familiares sobre a doença e promovendo ações práticas para a minimização dos sofrimentos de ambos e melhoria da qualidade de vida (Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosas, 2006).

5.1.2.5 Incontinência Urinária

Estima-se que a prevalência de Incontinência Urinária (IU) atinge cerca de 10% a 15% entre os homens e de 20% a 35% entre as mulheres. Pacientes que apresentam IU são propensos a desenvolver a depressão, devido à alteração da qualidade de vida e ao constrangimento provocado pela doença (Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosas, 2006).

Há uma perda involuntária de urina que afeta suas atividades de vida diária. Em mulheres, as principais causas de IU são danos secundários a partos múltiplos, cirurgias, tabagismo, obesidade, distúrbios neurológicos, redução da vascularização e hipotrofia da musculatura. Em homens, o aumento da próstata é o principal fator de IU (Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosas, 2006).

A IU pode ser aguda ou crônica. A IU aguda pode ser causada por aumento da glicemia, do potássio, hipotrofia da musculatura pós-menopausa, depressão, diuréticos, anticolinérgicos, sedativos, cafeína, álcool, Infecções de Trato Urinário (ITU), doenças neurológicas, dentre outras (Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 2006).

Na abordagem do paciente é pedido que ele faça o diário miccional para auxiliar na avaliação da IU e o tratamento inclui alterações de medidas comportamentais (não ingerir muitos líquidos, exclusão de medicamentos com efeito diurético, evitar bebidas alcoólicas e com cafeína e tratamento da constipação intestinal), farmacológicas e cirúrgica. É essencial o tratamento da IU para, melhorar a qualidade da vida do paciente e promover a saúde (Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosas, 2006).

5.1.2.6 Quedas e Fraturas

Existe um aumento crescente de quedas em idosos no Brasil, principalmente associado às altas taxas de mortalidade nesta faixa etária (Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosas, 2006).

Após a queda, muitos idosos desenvolvem a “síndrome do medo pós-queda”, condição provocada pelo medo de cair novamente, sem um verdadeiro comprometimento da capacidade de deambular. Costumam depender mais de outras pessoas, passam a ter passos curtos, abandonam atividades que faziam antes da queda, piorando assim o quadro e propiciando a ocorrência de outras quedas (CHAIMOWICZ, 2013).

Para Chaimowicz *et al* (2013), as quedas podem ser geradas por fatores intrínsecos e extrínsecos, como:

➤ **Intrínsecos:**

hipotensão ortostática: medicamentos, desidratação; demências;

sedação: medicamentos e álcool;

marcha instável: Parkinson, doença cerebrovascular, síndrome do medo pós-queda;

baixa acuidade visual: catarata, distúrbios de refração;

outras condições: arritmias, infecções, diabetes; cardiopatias; osteoartrose;

vertigem.

➤ **Extrínsecos:** iluminação inadequada; superfícies escorregadias, especialmente no banheiro; piso irregular; obstáculos no chão; tapetes soltos no chão; móveis inadequados; ausência de corrimão e pontos de apoio seguros.

A ESF deve identificar os fatores intrínsecos e extrínsecos e promover ações para evitar a primeira queda ou prevenções secundárias. É necessária uma abordagem multidisciplinar e multifatorial e, se possível, oferecer o uso de bengala ou muleta ou andador e a adaptação ambiental através do uso de barras de apoio e elevação de assento, principalmente nos banheiros.

5.1.2.7 Síndrome da imobilidade

“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” (CHAIMOWICZ *et al*, 2013, p. 146). As principais causas de imobilidade são: repouso prolongado no leito, doenças cerebrovasculares e cardiopatias, demências, depressão, doenças

reumáticas, estado nutricional precário, medo de cair. E suas principais complicações são atrofia de pele, úlceras de pressão, perda de massa e força muscular, trombose venosa profunda, retenção urinária, ITU, anorexia, constipação intestinal, alteração do sono e vigília, ansiedade, depressão, delirium.

A síndrome da imobilidade requer uma abordagem multidisciplinar para promoção e prevenção das complicações desta síndrome e objetiva uma melhora na qualidade de vida paciente (CHAIMOWICZ *et al.*, 2013).

5.2 Subprojeto Cuide do Outro

O Subprojeto Cuide do Outro apresenta os seguintes tópicos:

5.2.1 Cuidados Básicos de Higiene pessoal

- Banho: sempre no chuveiro, se possível com sabonete neutro, sem bucha para não atritar a pele e a água morna. Secar bem o corpo, após o banho, seguido de hidratação da pele;
- Vestimentas adequadas de acordo com a temperatura ambiental;
- Higiene oral após cada refeição, lavando-se as próteses com escova de cerdas duras e limpeza da gengiva e língua com gaze umedecida em água filtrada e solução antisséptica;
- Hidratar os lábios (CONCEIÇÃO, 2010).

5.2.2 Úlceras de Pressão

A úlcera de pressão apresenta alta morbimortalidade e importante impacto na vida do paciente e de seus familiares. É decorrente da alta pressão extrínseca por tempo prolongado em pele e tecidos subjacentes, principalmente em proeminências ósseas. A região sacral é a mais acometida, seguida pela região do calcâneo e a região trocântérica (LUZ *et al.*, 2010).

As úlceras de pressão estão associadas principalmente em idosos com lesão medular, fratura de fêmur e internados em unidades de terapia intensiva. Os fatores de risco dividem-se em extrínsecos como cisalhamento, fricção local, umidade e uso de medicações sedativas e

hipnóticas e fatores intrínsecos como imobilidade, incontinência urinária ou fecal, alterações de perfusão sanguínea na pele ou alterações neurológicas (LUZ *et al.*, 2010).

As úlceras de pressão são classificadas em quatro estágios, de acordo com o grau de comprometimento funcional:

Estágio I - pele intacta, observando-se uma hiperemia local que desaparece a digito pressão e que melhora após 24 horas com alívio da pressão.

Estágio II - há uma perda da integridade da pele com a observação de úlcera superficial, leito com coloração vermelha pálida sem fragmentos com uma bolha preenchida de exsudato seroso.

Estágio III - presença de necrose em tecido subcutâneo e adiposo, podendo se estender até a fáscia, sem exposição de osso, tendão ou músculo.

Estágio IV - há uma destruição extensa com necrose de tecido celular subcutâneo e comprometimento de estruturas como osso, músculo e tendões. Neste estágio há o favorecimento de osteomielite, destruição óssea, fraturas patológicas e sepse (LUZ *et al.*, 2010).

O diagnóstico é iminente clínico. As úlceras devem ser avaliadas diariamente quanto a sua evolução e suas complicações. O estado nutricional do paciente deverá ser avaliado. A limpeza das lesões deve ser realizada com soro fisiológico. Está contraindicado o uso de soluções á base de iodo, peróxido de hidrogênio, detergente líquido e corticóide tópico. O desbridamento deverá ser adequado ao tipo de úlcera e alguns necessitarão de técnicas cirúrgicas para correção das úlceras. (LUZ *et al.*, 2010).

A principal complicação é a infecção que se manifesta por meio do eritema, secreção purulenta e odor fétido. Os principais microorganismos são: *Enterobacter sp*, *Staphylococcus sp* e *Enterococcus faecalis* (LUZ *et al.*, 2010).

O principal ponto a ser considerado é a prevenção das úlceras de pressão e a pele deve ser inspecionada diariamente. O paciente deve ser posicionado adequadamente no leito, utilizando-se dispositivos para a diminuição da pressão corporal, reposicionado a cada duas horas e com ponto de apoio diferente. Se possível, o paciente deverá ficar em decúbito frontal com a parte frontal em um ângulo de 30° graus com o leito. Outras medidas como: cabeceira do leito elevada a menos de 30°, almofadas e espumas colocadas entre tornozelos e joelhos e sob os calcanhares diminuem a pressão corporal. O paciente idoso deverá tomar banho morno com sabonetes neutros e evitar a fricção com buchas e, em seguida, deverá receber a aplicação de loção hidratante. Deve-se evitar que a pele do idoso fique úmida e o uso prolongado de fraldas geriátricas (LUZ *et al.*, 2010).

As úlceras de pressão ainda representam um grande desafio, pois necessitam de frequente atualização, treinamento e cuidado, tanto por parte dos profissionais de saúde, quanto pelos cuidadores. E cuidados preventivos são primordiais para evitar o desgaste físico, mental e econômico do paciente e de seus cuidadores (LUZ *et al.*, 2010).

5.3 Subprojeto Atenção aos Medicamentos

Com o aumento da longevidade e o envelhecimento populacional, há crescente demanda pelo uso contínuo de medicamentos e muitos estudos referem esta condição na população idosa. Segundo Flores e Mengue (2005), o fácil acesso às medicações e a baixa frequência de uso de recursos não farmacológicos para o manejo das patologias médicas, contribuem para o consumo elevado de medicamentos na população idosa. As doenças cardiovasculares ocupam o 1º lugar da mortalidade no Brasil e, com isso, os medicamentos cardiovasculares são os mais utilizados, ocupando cerca de 45% das prescrições, seguidos pelos gastrointestinais e ansiolíticos (FLORES *et al.*, 2005).

Um fator a ser levado em consideração é o uso inadequado de medicamentos pelos idosos aumentando o risco de efeitos adversos. Estes, por sua vez, podem originar outros problemas na saúde (cascata iatrogênica), muitas vezes de difícil diagnóstico. Na dúvida, o médico deve sempre suspender o medicamento e observar o paciente. Os principais medicamentos associados a estes efeitos são indicados para problemas do sistema nervoso central, cardiovascular e gastrointestinal (CORRER *et al.*, 2007).

Outro fator importante são as interações medicamentosas causadas pela polifarmácia, que está presente corriqueiramente na prescrição de um idoso. As interações medicamentosas podem comprometer a efetividade e a segurança dos medicamentos utilizados e, por isso, médicos e farmacêuticos devem estar atentos à farmacocinética e à farmacodinâmica dos medicamentos para se evitar a iatrogenia (CORRER *et al.*, 2007).

Um método para se evitar interação medicamentosa é o reajuste da dose e o aumento do intervalo de administração entre uma e duas horas.

O excesso de consultas com especialistas, cada um fornecendo um medicamento, e a duplicação de exames complementares e procedimentos, freqüentemente aumentam as chances de interação medicamentosa. Recomenda-se que a ESF fique responsável por monitorar e evitar intervenções desnecessárias.

Os profissionais de saúde devem aprender e educar o paciente e seus cuidadores quanto ao manejo dos medicamentos, simplificar a prescrição e tentar maximizar a eficiência

terapêutica dos medicamentos, minimizando os efeitos adversos (Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosas, 2006).

5.3.1 Iatrogenia medicamentosa

Segundo Chaimowicz *et al* (2013), os idosos apresentam mais efeitos colaterais com o uso de benzodiazepínicos; estas substâncias são lipossolúveis (maior concentração no tecido adiposo) e podem acarretar uma excreção mais lentificada. A principal manifestação é a sonolência que aumenta o risco de quedas e fraturas.

Com o envelhecimento há a redução da metabolização dos medicamentos pelo fígado, aumentando a meia vida e, por conseguinte, aumentando os efeitos da droga. Por isso doses mais baixas já serão necessárias para a obtenção do efeito desejado. Exemplos: antidepressivos tricíclicos, teofilina, propranolol, warfarin, paracetamol, salicilatos e fenitoína. Além disso, o uso contínuo de cimetidina, pantoprazol, omeprazol, ranitidina e metformina podem provocar a deficiência de vitamina B12, bem como o uso contínuo de fenitoína, fenobarbital e carbamazepina podem causar deficiência de ácido fólico (CHAIMOWICZ, 2013).

Com o passar dos anos, há a diminuição da taxa de filtração glomerular e as drogas demoram mais a ser excretadas, o que pode aumentar a concentração sanguínea de algumas delas (quadro 1).

Quadro 1 - Efeitos exacerbados das seguintes drogas no idoso

Aminoglicosídeos, Inibidores da enzima conversora em angiotensina Metformina Digoxina Antiinflamatórios não esteroides	Devem ter sua dose reduzida de acordo com a taxa de filtração glomerular.
Metildopa Nifedipina Hidralazina Nitratos Levodopa Doxazosina	Interferem na regulação dos barorreceptores e provocam a hipotensão ortostática, que pode ser aliviada com o aumento da ingestão de líquidos.
Metoclopramida Neurolépticos (sulpirida)	Podem acarretar sintomas Parkinsonianos, devido ao aumento da sensibilidade dos neurônios dopaminérgicos.
Cinarizina Flunarizina	São drogas anti-histamínicas e provocam sedação leve, amenizando os

	sintomas de ansiedade, como tonteiras.
--	--

Fonte: (CHAIMOWICZ *et al*, 2013, p.61)

5.4 Subprojeto Interação Social do Idoso

Com o aumento da população idosa no mundo há cada vez mais interesse na qualidade da vida da terceira idade, que inclui o bem estar físico-mental e o convívio social.

A qualidade de vida pode estar vinculada à capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual e autoproteção de saúde (CARNEIRO *et al*, 2007).

É necessário o conhecimento dos idosos sobre o que é a qualidade de vida para se entender como eles praticam a saúde e se comportam frente ao seu envelhecimento. A velhice é fenômeno natural que demanda a atenção e reflexão por parte dos profissionais de saúde, educadores, familiares, a sociedade em geral e o governo (ANELISE *et al*, 2012).

Este, por sua vez, deve realizar políticas específicas com o objetivo de integrar o idoso ao seu meio, favorecendo sua autonomia no limite de suas possibilidades (GOMES *et al*, 2004).

O convívio social é fator essencial para se evitar alterações negativas da cognição e até mesmo a depressão. A pobreza das relações sociais é um fator de risco à saúde tanto quanto a obesidade, o fumo, a hipertensão e o sedentarismo. Pessoas que têm o convívio social de qualidade vivem mais e com melhor saúde do que aquele com menor contato social (CARNEIRO *et al*, 2007).

Atividades de lazer proporcionam a elevação da autoestima e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida. Atividades de recreação e lazer possibilitam a integração social do idoso, melhorando a autonomia. Aqui estão alguns exemplos de atividades recreativas e de lazer (GOMES *et al*, 2004).

- Artes: recorte, colagem, pinturas e artesanato;
- Corpo e movimento: dança, jogos, brincadeira, caminhada e ginástica;
- Linguagem escrita e oral: contar estórias e teatro;
- Cultura e datas comemorativas, músicas de raiz, comemorações religiosas;
- Meio ambiente: plantio de árvores e mudas de flores, atividades na horta, trabalhando com a importância dos recursos naturais;
- Espirituais: grupo de orações, procissões, cultos, programas de TV ou rádio.

No mundo atual, contamos com as tecnologias com as redes sociais que servem como instrumentos facilitadores do convívio social e podem ajudar pessoas idosas a reduzir o isolamento social e a solidão, mantendo contato com familiares e amigos.

Há um estímulo por uma maior integração e motivação de sua vida laboral e social por mais tempo, principalmente no caso de idosos que possuem mobilidade reduzida em função dos problemas de saúde ou por questão de segurança nas cidades.

Os idosos acessam a internet em busca da reinserção social e procuram estar presentes no mesmo universo que seus filhos, netos e sobrinhos. Eles reconhecem a importância das redes sociais, e aprendem a mandar *e-mails*, consultar informações, *hobbies*, notícias, etc. Percebem que é uma atividade de entretenimento que auxilia na manutenção das relações sociais e que podem beneficiar a qualidade de vida (ANELISE *et al*, 2012).

5.5 Subprojeto Alimentação e Atividade Física em Dia

No Subprojeto Alimentação e Atividade Física em Dia são abordados os seguintes tópicos:

5.5.1 Alimentação no idoso

Em busca do envelhecimento saudável, uma das ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida, que deve ser abordada pelos profissionais de saúde é a atenção às mudanças que ocorrem no corpo com o avanço da idade e no âmbito social em que vive o idoso e sua família, fato este que está associado à forma com a qual se compra, prepara e aproveita os alimentos (Alimentação saudável para a pessoa idosa, 2010).

Orientar os cuidadores a tornar o ambiente da cozinha mais adequado (limpo, arejado, boa luminosidade) e saudável pode promover maior conforto, segurança e autonomia nas pessoas idosas, melhorando a autoestima e o prazer de sentar-se à mesa.

A seguir, algumas orientações, segundo o Ministério da Saúde (2010):

- Planejar e envolver o paciente idoso no preparo da alimentação.
- Elaborar uma lista de compras. Os alimentos devem estar dentro do prazo de validade, as embalagens não devem estar danificadas e não comprar alimentos com sinais de descongelamento (cristais de gelo ou água dentro da embalagem).

- Atentar para os rótulos dos alimentos, conhecendo a composição nutricional, forma de conservação. A consulta dos rótulos dos alimentos direciona na compra de produtos mais saudáveis. Verificar ingredientes como: sódio, açúcar, gorduras, glúten, fenilalanina, calorias e se o ingrediente é *light* ou *diet*.
- Guardar alimentos em local que ajude a manter a integridade dos produtos com temperatura adequada, limpeza e organização.
- Utilizar alimentos que estejam com a data de vencimento mais próxima.
- Os alimentos não podem ser armazenados diretamente no chão, não podem ser danificados e devem ser mantidos em recipientes fechados para a garantia da proteção sanitária.
- Os alimentos devem ser guardados em lugares de fácil acesso para que os idosos evitem fazer um esforço físico exagerado aumentando o risco de quedas. A identificação dos alimentos deve estar com cor e letras que facilitem a leitura dos idosos.
- Não guardar alimentos no mesmo local de armazenamento de materiais de limpeza;
- Prender os cabelos, utilizar o avental e sapatos fechados, ajudam a prevenir acidentes e a contaminação dos alimentos durante o preparo.
- Sempre lavar as mãos antes, durante e depois do preparo das refeições; manter cuidado adequado das unhas.
- Sempre higienizar adequadamente os alimentos para prevenir a contaminação.
- O ambiente de preparo dos alimentos deverá estar limpo, incluídos os utensílios a serem utilizados; o ambiente deverá estar organizado.
- A água usada para beber, higienizar e preparar os alimentos deve estar tratada, fervida ou filtrada.
- Evitar alimentos gordurosos, remover as gorduras visíveis de carnes e usar óleos vegetais para cozinhar alimentos.
- Evitar o excesso de sal, açúcar, pimenta, uso de enlatados, embutidos e doces, principalmente à mesa.
- Variar os alimentos que compõem o cardápio, entre frutas, legumes, verduras. O ideal seria a ingestão de três porções de legumes e verduras e três porções de frutas ao dia. Comer feijão e arroz todos os dias ou, pelo menos, três vezes na semana. Procurar deixar o prato mais colorido. Sucos de frutas naturais são melhores se consumidos na hora.

- Incentivar o uso de produtos integrais e ricos em fibras, sementes de abóbora, girassol, gergelim e castanhas em geral são ótimas fontes de proteína e de gorduras de boa qualidade.
- Ingerir diariamente três porções de leite ou seus derivados, pois estes produtos são ricos em cálcio. Podem ser desnatados ou semidesnatados.
- Ingerir diariamente uma porção de carne, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação. O ideal seria ingerir peixes da água doce ou salgado pelo menos duas vezes na semana e miúdos uma vez na semana;
- Evitar a ingestão de alimentos gordurosos, enlatados ou industrializados e frituras.
- Usar pequenas quantidades de óleo vegetal quando cozinhar (canola, girassol, milho, algodão e soja). Uma lata de óleo por mês já é o suficiente para uma família de quatro pessoas.
- Evitar refrigerantes, sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas e outras guloseimas. Consumir, no máximo, uma porção de doces e açúcares.
- Quando a pessoa idosa apresentar limitações para mastigar e engolir, a forma de preparo deve se adaptar ao grau de limitação apresentado.
- Durante o dia, três refeições básicas devem ser feitas: desjejum, almoço e jantar, com intervalo com dois ou três pequenos lanches: colação, lanche da tarde e ceia.
- É importante que a pessoa idosa tenha companhia durante as refeições, proporcionando maior prazer com a alimentação. Em idosos que moram em instituições de longa permanência, estimular o paciente a frequentar o salão das refeições.
- Mastigar adequadamente os alimentos, devagar, pois melhora a percepção do sabor dos alimentos e diminui a sensação de fome.
- Boas condições de saúde bucal favorecem a autoestima, a fala, a percepção do paladar, a digestão e deglutição.
- Visitar rotineiramente o dentista para verificação das condições da boca e a funcionalidade das próteses dentárias, visando a preservação da função mastigatória e saúde bucal.
- Estimular a ingestão de líquidos, principalmente água, entre as refeições, para se evitar quadros de desidratação. Despertar para os idosos os benefícios que a água traz como a melhora da função intestinal, o aumento da umidade da boca,

hidratação do corpo. Melhorar o acesso dos idosos ao filtro e aos utensílios facilitando na ingestão de líquidos. Sempre tomar líquidos em pequenas quantidades e várias vezes ao dia.

- Evitar alimentos em altas temperaturas devido ao risco de queimaduras e alimentos muito frios reduzindo o crescimento de bactérias e a produção de toxinas. Para pacientes idosos alimentos como sorvetes e tortas geladas devem ser retirados da geladeira um pouco antes de serem servidos.
- Simplificar a colocação da mesa nas refeições.
- Promover o contraste da cor entre os utensílios e a toalha de mesa, melhorando a identificação dos objetos e favorecendo a autonomia ao se alimentar.
- Selecionar alguns utensílios mais adequados aos idosos como: canecas, xícaras com alça maior, canudos, canecas com tampas, pratos mais fundos, talheres com canos mais grossos, entre outros (Alimentação saudável para a pessoa idosa, 2010).

A boa nutrição do idoso depende do acesso a alimentos saudáveis e variados, respeitando a sua cultura e as peculiaridades.

5.5.2 Atividade Física na Terceira Idade

A ausência de atividade física é um dos principais fatores para a ocorrência de doenças crônicas e é bastante prevalente na população idosa. A prática, ao contrário, traz benefícios físicos e psicossociais, incentiva os hábitos saudáveis e reforça o convívio social.

Segundo o Ministério da Saúde, a prática de atividade física:

- Preserva a independência;
- Reduz o risco de morte por doenças cardiovasculares em até 40%;
- Reduz a pressão arterial;
- Mantém a densidade mineral óssea e articulações mais saudáveis;
- Melhora a postura e o equilíbrio;
- Melhora o controle do peso corporal;
- Melhora o perfil lipídico e a glicose;
- Melhora a circulação venosa periférica;
- Melhora a função intestinal;
- Diminui quadros algicos;
- Melhora a resposta imunológica;
- Melhora a qualidade do sono;

- Melhora as relações sociais;
- Está associada à diminuição do tabagismo e abuso de álcool;
- Melhora a ansiedade, o estresse, o humor e a autoestima.

É recomendado que o paciente idoso, antes de iniciar a prática da atividade física, realize uma avaliação da sua saúde, não se esquecendo de aspectos como: prazer, estado físico, emocional e cultura. Não há estudos que indiquem a melhor prática corporal; de uma forma geral, ela deverá envolver flexibilidade, o equilíbrio e a força muscular (Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 2006).

A atividade física deve ter fácil acesso e não provocar lesões, iniciar com práticas corporais de baixa intensidade e de curta duração, de forma regular por, no mínimo, trinta minutos, pelo menos três vezes na semana.

A caminhada é uma das atividades físicas mais realizadas, devido ao fácil acesso e baixo custo, porém existem outras que podem ser realizadas pelos idosos como, por exemplo, natação, hidroginástica, dança, ioga e andar de bicicleta.

Durante a atividade física do idoso, deve atentar para a ingestão de líquidos, a temperatura ambiental e o estado do piso do local.

Para idosos acamados, exercícios anaeróbicos que trabalham a força muscular devem ser realizados, pois esta modalidade de exercício diminui a perda óssea e de massa muscular, prevenindo quedas e fraturas. Objetos de fácil acesso como garrafas, sacos, entre outros, podem ser utilizados como instrumentos de resistência (Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 2006).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O Projeto de Intervenção apresenta os seguintes tópicos:

6.1 Objetivos

Capacitação e acompanhamento dos cuidadores formais e informais dos pacientes idosos acamados que residem em áreas urbana e rural do município de Fortuna de Minas/MG, por meio de palestras que serão realizadas na Unidade Básica de Saúde Maria Conceição Rezende.

6.2 Metodologia

Será realizada uma reunião com todos os profissionais da Estratégia da Saúde da Família para a elaboração das palestras, com base na revisão bibliográfica podendo-se utilizar outras fontes de dados para o enriquecimento do conteúdo ministrado. Pretende-se, neste primeiro tempo, discutir o método de motivação e educação de adultos conhecido como “grupos de conversa”.

Grupos de conversa é uma metodologia que prioriza discussões em grupos, em torno de um tema e permite que pessoas possam elaborar suas opiniões; há um pensar compartilhado, que possibilita o aprimoramento de conhecimentos. As rodas devem ser desenvolvidas em um contexto no qual as pessoas possam se expressar livremente e, para facilitar a liberdade de opiniões, técnicas de dinamização, com ou sem recursos lúdicos, podem ser utilizadas. As rodas de conversa diferem das terapias em grupo, pois não são expressos segredos ou intimidade dos participantes (FIGUEIRÊDO e QUEIROZ, 2012).

Nesta mesma reunião serão convidados os responsáveis por desenvolver cada um dos cinco subprojetos e os recursos a serem utilizados para a execução desta ação educativa.

Após a elaboração das palestras e confirmação dos recursos a serem utilizados, será enviado um convite para todos os cuidadores formais e informais, por meios das agentes comunitárias de saúde, podendo uma família participar com um ou mais cuidadores para assistirem as palestras.

As palestras terão um número máximo de 30 ouvintes; excedendo-se este número será montada outra turma. Terão como objetivo aprimorar os conhecimentos e esclarecer dúvidas

dos cuidadores de idosos, promover a interação social e troca de experiências entre os cuidadores.

O projeto não tem fins lucrativos, sendo este financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e com o auxílio da Secretaria de Saúde da Cidade de Fortuna de Minas.

Os horários das palestras ocorrerão de acordo com a demanda do grupo selecionado. A duração mínima será de trinta minutos com duração máxima de duas horas. O local de realização deverá ser adequado às demandas e que possibilite um maior conforto para os participantes. O curso para os cuidadores de idosos terá em média a duração de dois meses, podendo estender o tempo ou não.

6.3 Recursos

- Recurso estrutural: sala para a reunião dos profissionais da ESF e sala para as palestras;
- Recurso material: papel, caneta, lápis, computador, tela de projeção, projetor, impressora, livros, internet, materiais para estudo, materiais para elaboração de dinâmicas em grupo, carro para transporte dos palestrantes;
- Recursos Humanos: profissionais da ESF e NASF, palestrantes convidados, funcionários da unidade básica de saúde, secretária de saúde, funcionários do estabelecimento no qual serão realizadas as palestras;
- Recurso Financeiro: SUS e Município de Fortuna de Minas;
- Apoio: NASF, CRAS, comunidade e prefeitura de Fortuna de Minas.

6.4 Palestras e programação

- Primeira palestra: Atividade interativa avaliando a percepção dos participantes sobre o curso a ser ministrado e apresentação de toda a equipe e programação.
- Segunda palestra: Programa Fique Alerta
O responsável será o médico da ESF. A palestra será ministrada na segunda semana do curso.
- Terceira palestra: Programa Cuide do Outro!
O responsável será a enfermeira da ESF. A palestra será ministrada na terceira semana do curso.
- Quarta palestra: Programa Interação Social do Idoso

O responsável será o psicólogo do NASF. A palestra será ministrada na quarta semana do curso.

➤ Quinta palestra: Programa Alimentação e Atividade Física em dia!

Os responsáveis serão a nutricionista e o educador físico do NASF. A palestra ocorrerá na quinta semana do curso.

➤ Sexta palestra: Programa Atenção aos medicamentos!

O responsável será o farmacêutico da Unidade Básica de Saúde. A palestra será ministrada na sexta semana do curso.

➤ Na sétima semana, a palestra será realizada uma atividade interativa com os cuidadores, escutar a avaliação deles do curso, tirar suas dúvidas, fazer pactos para a continuidade do projeto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população brasileira traz desafios quanto ao planejamento de estratégias para a população idosa, pois com esta transformação demográfica há o aumento dos custos da saúde e a necessidades de profissionais capacitados a incentivar a autonomia e independência da população idosa, melhorando a sua qualidade de vida.

A realização deste estudo permitiu atualizar conhecimentos acerca das necessidades de cuidados básicos de saúde no processo de envelhecer. Pôde-se ainda identificar carências de projetos de capacitação e suporte para os profissionais e, principalmente, para os cuidadores, requerendo o desenvolvimento de estratégias em educação em saúde voltadas para esta clientela. Permitiu ainda avaliar que, além da tradicional consulta clínica, é preciso atualizar conhecimentos que levem ao entendimento integral a respeito da saúde, da qualidade de vida, da história do paciente idoso acamado no seu domicílio. Possibilitará ainda dividir este conhecimento com os cuidadores de idosos, para que melhor desenvolvam condutas que proporcionem ao paciente idoso os cuidados que atendam às suas necessidades básicas e específicas de saúde.

Cabe aos profissionais de saúde identificar e orientar os cuidadores no desempenho de suas tarefas diárias junto aos idosos da melhor maneira possível. Para isso, é necessário orientá-los quanto aos sinais de alerta de agravamento das doenças crônico degenerativas, minimizar os efeitos do envelhecimento, adotando-se novos cuidados com a integridade da pele, higiene corporal, alimentação sadia e acesso à cultura, lazer, atividades físicas e espirituais. O projeto apresentado neste trabalho de conclusão de curso buscou contemplar estes aspectos e avançar na integralidade da atenção aos idosos acamados.

REFERÊNCIAS

- ANELISE, J. *et al.* As Redes Sociais e a Qualidade de Vida: os Idosos na Era Digital. **IEEE-RITA**, v. 7, n. 4, p. 173-179, nov. 2012.
- BANCO DE OLHOS DE SOROCABA. **Desafio da atenção à Saúde Ocular da Pessoa Idosa**. Disponível em: <<http://ares.hosbos.com.br/blog/materias/desafio-da-atencao-a-saude-ocular-da-pessoa-idosa>>. Acesso em: 02 dez. 2014.
- BOSCO, A. *et al.* Retinopatia diabética. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, São Paulo, v. 49, n. 2, abr. 2005.
- BRASIL. **Expectativa de Vida População Brasileira**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2012/11/expectativa-de-vida-do-brasileiro-aumenta-para-74-anos>>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação saudável para a pessoa idosa**. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006.
- CARNEIRO, R. S. *et al.* Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, 2007.
- CHAIMOWICZ, F. *et al.* **Saúde do idoso**. NESCON UFMG, Belo Horizonte, 2. ed., 2013, p. 167.
- CONCEIÇÃO, L. F. S. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 81-91, 2010.
- CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. **Idosos**. Disponível em: <http://www.cbo.com.br/novo/publico_geral/idosos>. Acesso em: 02 dez. 2014.
- CORRER, C. J. *et al.* Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 43, n. 1, mar. 2007.
- FIGUEIREDO, A. A. F.; QUEIROZ T. N. A utilização de rodas de conversa como metodologia que possibilita o diálogo. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 10 set. 2012, Florianópolis, Brasil, p.16-20.
- FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. Uso de medicamentos por idosos em Região do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, dez. 2005.

GARCIA, R.; LEME, M. D.; GARCEZ-LEME, L. *Evolution of Brazilian elderly with hipfracture secondary to a fall. Clinics*, São Paulo, v. 61, n. 6, 2006.

GOMES, I. S. *et al.* A busca da socialização de idosos por meio de atividades de recreação e lazer. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**. Viçosa, set. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. [Citado em: jan. 2009]. Disponível em: < <http://www.sidra.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 de dezembro de 2014.

LUZ, S. R. *et al.* Úlceras de pressão. **Revista de Geriatria e Gerontologia**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 36-43, mar.2010.

MACEDO, G. B. *et al.* Correlação entre acuidade visual e desempenho funcional em idosos com catarata. **Revista de Geriatria e Gerontologia**, Belo Horizonte, v. 3, n. 4, p. 158-163, jan. 2010.

MENDES, V. L. F. *et al.* A construção coletiva de um guia para cuidadores de pacientes acamados: relato de experiência. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiólogos**, São Paulo, v. 23, n. 3, set. 2011.

NEHEMY, M. B. Degeneração macular relacionada à idade: novas perspectivas. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 69, n. 6, dez. 2006.

OLIVEIRA, D.C.; D'ELBOUX, M.J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, out. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTUNA DE MINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica Disponível em: < <http://www.fortunademinas.mg.gov.br/>>. Acesso em: 22 de janeiro de 2015.