

Seção 2

Abordagem dos problemas
clínicos de idosos

2.1| Uma idosa acamada foi encontrada.

A Equipe Verde estava realizando naquele mês um levantamento dos idosos que raramente compareciam à Unidade de Saúde de Vila Formosa 1. Mariana foi visitar uma pequena propriedade rural, 2 km após o acampamento do MST. Era um dia muito ensolarado. Atravessando a plantação abandonada de tomates ela começou a ouvir alguns gritos: “me leva pra casa!!!! Sua vadia!!! Me leva pra casa!!!!”

Ninguém apareceu quando ela bateu palmas e ela decidiu investigar. A porta e as janelas da frente estavam fechadas. Ao entrar na penumbra da cozinha sentiu um cheiro forte de urina. Havia algumas panelas sujas sobre o fogão de lenha, ainda com brasas. Os gritos vinham da porta ao lado, entreaberta. Uma idosa estava deitada na cama, no escuro. Mariana se apresentou, mas não adiantou nada; a idosa continuava gritando “sua vadia!!! Me leva pra casa”. Quando Mariana abriu a janela, o sol invadiu o quarto com um clarão e só então ela se deu conta: era a Dona Josefina, irreconhecível!

Mariana ainda soluçava quando chegou à sombra do abacateiro. Lá estavam Joana, Aline, José Antônio, Pedro Henrique e a Dra. Renata. A reunião parou e todos se calaram. Ninguém nunca vira Mariana chorando. Depois de alguns minutos e um copo de água com açúcar ela começou o relato:

- Só quando abri a janela reconheci a Dona Josefina. Ela deve estar com uns 80 anos. Muito magra, pele e ossos, deitada em cima de uns trapos que não se pode chamar de cobertor, tudo molhado de urina, com aquele fedor! Alguém amarrou a perna esquerda dela na cama, e estava inchada, até o meio da coxa. A perna e o braço direitos estavam dobrados, mas eu não consegui esticar, de tão duros. Tentei sentar ela na cama para dar uma caneca de água, mas ela não ficava, parece que ficava tonta e caía para o lado. Eu tentava conversar com ela, mas ela não prestava atenção, ficava agitada olhando a janela, depois a porta e gritando “sai daí menino”, como se tivesse alguém lá. Depois começava uma história sem pé nem cabeça, dizendo que sua irmã ia voltar da missa e misturava com alguma coisa tomates. Levantei a cabeça dela e ela tomou a caneca inteira; estava com muita sede, mas engasgou demais. Engasgou muito também na hora que eu dei meus biscoitos. Quando fui ajeitar ela na cama e tirar os panos molhados é que eu vi uma escara enorme, no alto da coxa, do lado direito.

A Equipe Verde quase não respirava. Mariana continuou o relato:

- Dava para ver no fundo da escara, parecia osso; estava fedendo muito. Acho que depois que a irmã dela morreu tem alguém morando com ela,

mas não estava lá. Arrumei a Dona Josefina do melhor jeito que eu pude... (as lágrimas escorriam...) Acho que ele vai voltar lá porque tinha brasa no fogão. Vocês acham que ele volta hoje?.

E começou a chorar. Joana e a Dra. Renata ficaram com os olhos cheios de lágrimas. Pedro Henrique disfarçou. E você, leitor?

Atividade 4

Lista de problemas de Dona Josefina aos 80 anos

Faça uma lista **bem completa** com os problemas de Dona Josefina aos **80 anos**. Imprima seu trabalho e guarde em seu portfólio impresso.

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



2.2| A melhor goiabada de Curupira.

Dona Josefina era famosa na região. Sua goiabada cascão mole ninguém conseguia imitar. Em abril até vinha gente de fora querendo comprar uma lata, mas quase nunca tinha; o tacho enorme que ela e a irmã cozinhavam era a conta das encomendas dos sete filhos: dois morando em Cardeal Cruz, dois em Novo Engenho e três em Aramado. Todos os anos ela mandava. Só não mandou há 10 anos atrás, ano em que o seu saudoso Odorico, que plantava tomates no sítio, morreu de repente. Ela ficou viúva aos 50 anos e desde então deixou de ser vista nas festas da Igreja.

Aos 60 anos Dona Josefina era hipertensa, mas não fazia acompanhamento. A Unidade de Saúde de Vila Formosa ainda não existia e para se consultar era necessário chegar de madrugada ao Posto de Saúde para pegar uma senha. Como ela não sentia nada, continuava usando a receita de furosemida (40 mg de manhã) e verapamil (80 mg, de manhã, de tarde e à noite), prescrita pelo Dr. Orestes, médico da cidade. Às vezes ela sentia “a cabeça vazia” ao levantar da cama; outras vezes desequilibrava ao andar; o Dr. Orestes já havia diagnosticado “*labirintite*” e receitou cinarizina (75 mg), que ela tomava todos os dias pela manhã, apesar do preço alto do medicamento.

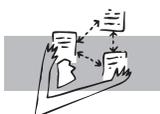
Ela não escutava muito bem, principalmente quando o rádio estava ligado. Sua visão também “*não era lá estas coisas*”; há meses ela percebia uma névoa no olho direito. Os sete partos em casa deixaram sua lembrança: sempre que tossia ou espirrava perdia uma pequena

quantidade de urina; precavida, tinha um estoque de paninhos que trocava sempre que preciso. A perda de urina era mais intensa quando ela passava mais de quatro dias sem evacuar, motivo pelo qual tomava chá de sene quatro vezes por mês. Ele provocava diarreia e desidratação, piorando a “cabeça vazia”, mas “resolvia”!

Ela dizia “não tenho tempo para doença”, mas sofria de insônia. Quando os comprimidos de diazepam acabavam era uma tortura. Passava noites em claro lembrando do amado Odorico. E cochilava de dia, sentada no sofá. Por este motivo sempre dava um jeitinho de conseguir o medicamento na farmácia, mesmo sem receita. Se você perguntasse à irmã dela como andava a saúde da Dona Josefina, ela diria que desde a perda do marido a irmã nunca mais foi a mesma. O jardim florido na frente da casa virou mato; o arroz sobrava na panela; ela reclamava da memória e dizia que iria ao Posto de Saúde para pedir uma receita de vitaminas, pois “estava sem energia”.

A irmã respondia de pronto: “você precisa é de uma dentadura nova para se alimentar melhor; aliás, eu nunca vi você ir ao dentista desde que eu me mudei para cá e já tem mais de 20 anos”. Ela precisava de muito mais; sua prótese inferior estava solta por causa de uma cárie no canino inferior que lhe servia de suporte. Há tempos deixou de mastigar alimentos mais duros e queixava-se de dor e sangramento gengival.

“Sem tempo para doença”, não se preocupava com imunizações, rastreamento de neoplasias, atividade física (“eu ando o dia todo”) e nem mesmo media a pressão arterial. Na realidade, não seria assim tão ruim reencontrar seu eterno Odorico.



Atividade 5

Faça uma lista **bem completa** com os problemas de Dona Josefina aos 60 anos. Eles originaram os problemas que ela apresentava aos 80 anos? Explique. Imprima seu trabalho e guarde em seu portfólio impresso. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para essa atividade.

2.3| Os gigantes da geriatria.

Os problemas de saúde enfrentados pela Dona Josefina aos 60 e aos 80 anos não são incomuns. Na realidade, são problemas típicos de idosos que não têm acesso adequado aos cuidados com a saúde. Seja aqui, seja no Japão, ao envelhecer vamos reduzindo a capacidade

funcional de nossos diversos sistemas fisiológicos como o respiratório ou cardiovascular; acumulamos sequelas de doenças crônico-degenerativas como a hemiplegia consequente ao acidente vascular cerebral, provocado pela hipertensão arterial não controlada; e desenvolvemos doenças comuns após os 60 anos como a osteoartrose (um processo degenerativo articular que reduz a capacidade funcional) e a osteoporose (redução da massa óssea que predispõe as fraturas).

A geriatria surgiu como uma especialidade médica na Inglaterra. Lá se cunhou a expressão “Gigantes da geriatria”. Os geriatras ingleses observaram que cinco problemas de difícil solução eram extremamente comuns dentre os idosos. Sua etiologia era multifatorial, e sua abordagem demandava cuidados de uma equipe interdisciplinar.

Dentre os “gigantes” você deve ter encontrado alguns dos problemas da lista de Dona Josefina. Se você pensar na maioria dos idosos jovens da sua área de abrangência, deverá reconhecer um ou dois “gigantes” na história clínica de cada um deles. Se pensar nos idosos velhos, é provável que haja três ou mais “gigantes”.

Recapitulando

Na SEÇÃO 1 discutimos os motivos e características do envelhecimento da população brasileira. O envelhecimento será rápido: a proporção de idosos triplicará nas próximas décadas. Ao mesmo tempo, o número de crianças deverá decrescer e os idosos se tornarão cada vez mais velhos. A maior prevalência de sequelas de doenças crônico-degenerativas aumentará a proporção de idosos dependentes. Por outro lado, haverá menos filhos em cada família e muitas filhas ou noras – que tradicionalmente cuidam dos idosos – estarão trabalhando fora de casa. A demanda de cuidados de saúde – em especial dos cuidados domiciliares prestados pelo PSF – aumentará exponencialmente.

Na seção 2 pretendemos instrumentalizar as equipes que cuidam diretamente dos idosos para que elas sejam capazes de identificar seus principais riscos e problemas de saúde, elaborar estratégias de promoção de saúde (para esta faixa etária), e desenvolver atividades de tratamento e reabilitação. Esta é a melhor estratégia para manter ou recuperar a qualidade de vida dos idosos. Além dos “Gigantes” abordaremos problemas de saúde bucal e a violência contra o idoso, na forma de maus tratos, abuso ou negligência, que frequentemente passam despercebidos pela equipe de saúde. Você listou um destes dentre os problemas da Dona Josefina?

Os Gigantes da geriatria:

1. Iatrogenia;
2. Incontinência urinária;
3. Instabilidade postural, quedas e fraturas;
4. Doenças neuropsiquiátricas (depressão, insônia, demências, e delirium);
5. Síndrome de imobilidade.

Parte 1

Iatrogenia e problemas com medicamentos

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 digitalica

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>

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**,

Leia...

“Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados” (CARVALHO-FILHO *et al.*, 1998).

Glossário

Concentração de equilíbrio:

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

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 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”, um excelente indicador do RFG, é calculado facilmente (Quadro 8):

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.*, 1998), disponível na biblioteca virtual.

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 (AINEs)** - 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 **tríciclicos, 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...

Será que, neste momento, um idoso da sua população adscrita está apresentando as complicações pelo uso de um desses medicamentos?

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 doxazosina (Unoprost®) ou a tansulosina (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 digitalica. 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 continentos.
- 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, carisoprodol, 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, xerofthalmia, 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® (citrato de orfenadrina, 35mg; dipirona, 300mg e cafeína, 50mg), Beserol®, Tandrilax® ou Dorilax® (carisoprodol, 125mg; diclofenaco sódico, 50 mg; paracetamol, 300 mg e cafeína, 30 mg)).
- Não exagere na prescrição, nem na dose de neurolépticos.
- 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.

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 carisoprodol (!), cada comprimido de Beserol®, Mioflex® e Tandrilax® contém uma “dose completa” (50mg) 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. Prefira drogas de dose única diária em vez das que requerem duas (BID) ou três (TID) tomadas. Veja alguns exemplos: atenolol (uma vez por dia) x propranolol (BID); lisinopril ou losartan (uma vez por dia) x captopril ou enalapril (BID); anlodipino (uma vez por dia) x verapamil, nifedipina e diltiazem (BID).

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. O anlodipino 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”.

Introgénia 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, carisoprodo, 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 (ARAÚJO; MAGALHÃES; CHAIMOWICZ, 2010).

Atividade 6

Iatrogenia medicamentosa



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”. Ia 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! Saía 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);
 - IU de **esforço** (ou IU de estresse);
 - IU de **transbordamento** (ou IU paradoxal).

Para saber mais...

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

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 pelo autor, 2013

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: Elaborada pelo autor, 2009.

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?

Leia

"Bexiga hiperativa" na biblioteca virtual (ARRUDA *et al.*, 2006).

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 pelo autor, 2013.

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 idosas 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 hipoestrogenismo 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.

Quadro 11 - Características muito sugestivas de incontinência urinária de esforço

Comum em multíparas 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 pelo autor, 2013.

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.

Para saber mais...

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

Para refletir...

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

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.

mais...

"Tratamento cirúrgico da IU de esforço". Está na biblioteca virtual.

5º passo: tratamento farmacológico para IU estabelecida.

Se o tratamento não farmacológico falhar, poderá ser associado ao tratamento farmacológico (Quadros 12, 13, 14 e 15). 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.

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 pelo autor, 2013.

* Medicamentos mais baratos. AP = ação prolongada

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, dispareunia 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 2x/dia	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2013.

* 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 pelo autor, 2013.

* 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 pelo autor, 2013.

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

Atividade 7

Duas histórias

Nesta atividade você deverá criar duas histórias distintas. A primeira aconteceu realmente e culminou na grave situação de saúde da Dona Josefina aos 80 anos, quando foi encontrada por Marina. A segunda história poderia ter acontecido e tem um final feliz. Construa as duas histórias ligando os quadros com setas, mas cuidado com os quadros invertidos! Veja quanta informação interessante! Guarde o seu trabalho no portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados.



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 substituiu 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/joaobosco/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*).

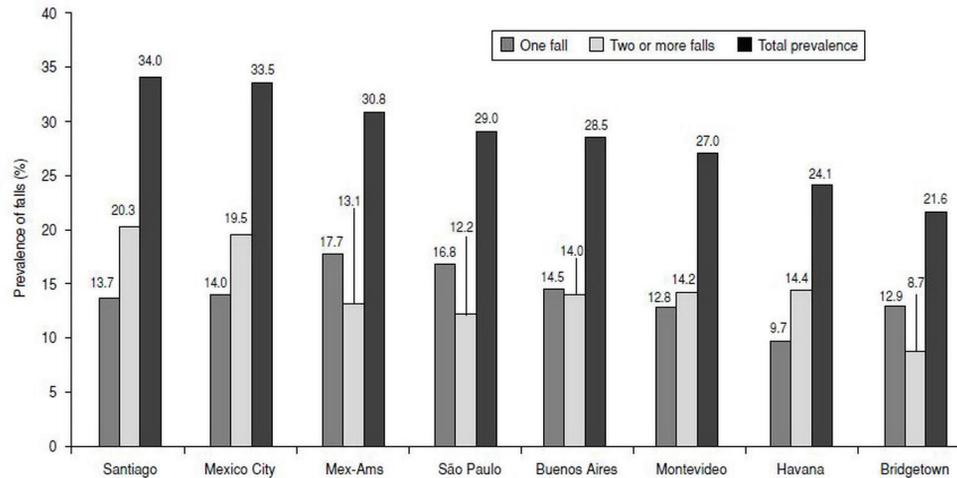
José Saramago bem poderia ser considerado um estudioso das quedas em idosos. Sua descrição é impecável do ponto de vista epidemiológico. As principais questões associadas ao estudo das quedas em idosos – os fatores predisponentes, a avaliação clínica e suas consequências – são contempladas no texto.

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: REYES-ORTIZ; AL SNIH; MARKIDES, 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 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.

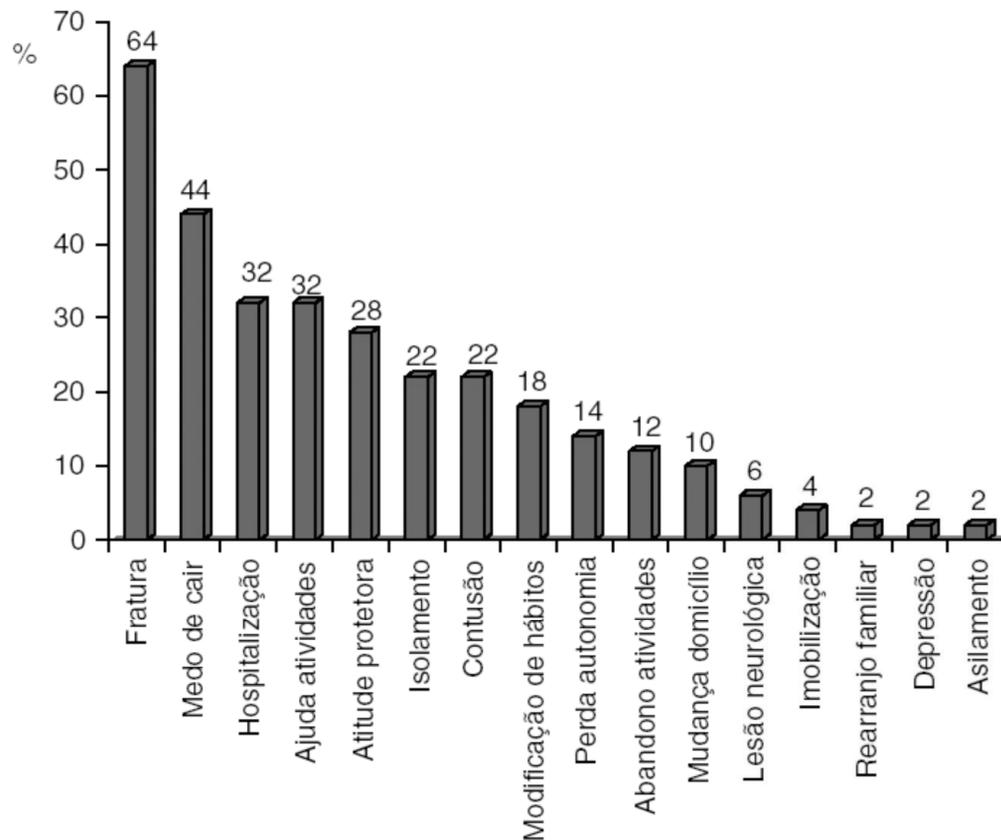
Para refletir...

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

[...] 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).

Um estudo realizado em São Paulo (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JR, 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.

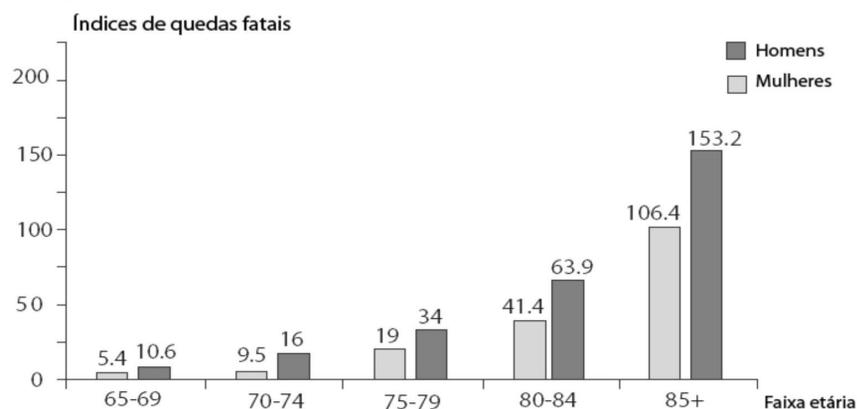
Atividades da vida diária		Sim	%
Banho	Antes	23	70
	Após	14	45
Vestir-se	Antes	27	82
	Após	16	52
Toalete	Antes	26	82
	Após	16	52
Ambulação física	Antes	29	88
	Após	17	55
Continência urinária e fecal	Antes	21	64
	Após	10	32
Alimentar-se	Antes	30	91
	Após	23	74

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; [...] (SARAMAGO, 1998, p. 14).

[...] 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 [...]. (SARAMAGO, 1998, p. 24).

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 HO, 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.

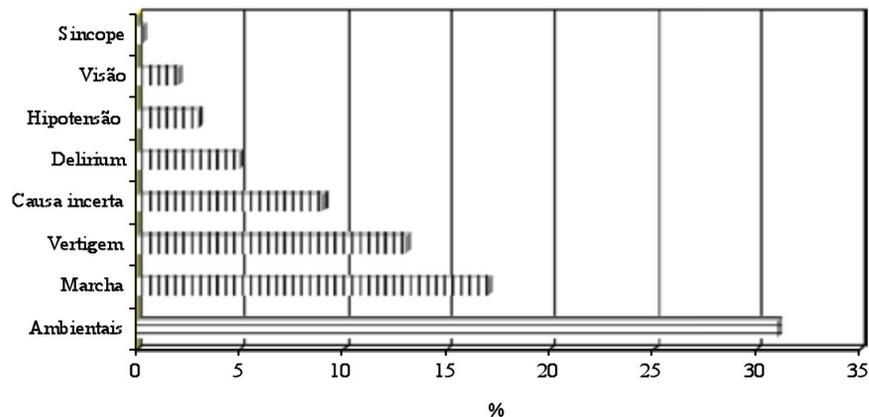
3.5| Fatores ambientais

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, 2007) 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.

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.

Análise 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.

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?

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 de 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.

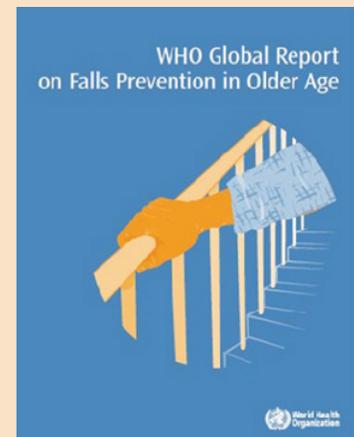
Duas dicas:

- a. 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 nós 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 importante 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, disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf>



Fonte: WHO, 2007

Segundo a OMS, a principal intervenção para reduzir a incidência de quedas em uma população é estimular os idosos a adquirirem um estilo de vida ativo. Isto significa manter atividades profissionais, domésticas, voluntárias, sociais e de lazer e praticar atividade física regularmente. As campanhas para estimular esse estilo de vida ativo – ao contrário daquelas orientadas para “prevenir quedas” – têm mais apelo com os idosos, que em geral não se reconhecem como “pessoas debilitadas e com elevado risco de sofrer quedas”. O convite feito por um profissional de

saúde respeitado localmente e o reforço de familiares e amigos podem ser o estímulo para iniciar – ou para não abandonar – essas atividades. Por outro lado, é importante assegurar-se de que mesmo os idosos mais debilitados reconheçam a possibilidade de se exercitar, de acordo com suas possibilidades. A proposta não é “somente para os outros”. As atividades propostas pela equipe de saúde devem ser elaboradas no contexto cultural e econômico da população adscrita, valorizando hábitos e interesses locais: dança de salão, quadrilha, Tai chi, caminhadas, etc. E devem utilizar os recursos disponíveis: uma avenida adequada para caminhar, uma praça ou ginásio onde grupos de idosos possam se reunir ou mesmo o Salão Paroquial. Sessões para treino de força muscular e equilíbrio com grupos de idosos, como descreveremos a seguir, têm baixa complexidade, custo acessível e forte impacto na incidência de quedas.

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 (2005), sintetiza as principais intervenções. Você encontrará na sua biblioteca virtual o material “Portal Atividade Física e Equilíbrio em Idosos”, 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”.

Tamanho adequado da bengala e bengala 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.

Bengalas 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.

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 pelo autor, 2013.

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 prenunciando 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

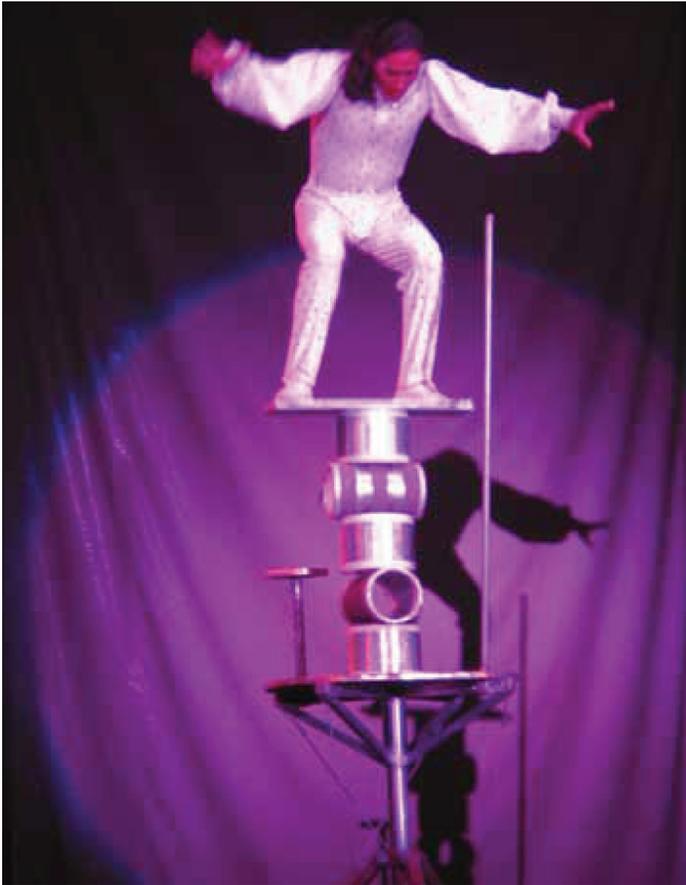
Se despertar à noite para urinar, tome os cuidados acima para levantar-se da cama. Deixe uma luz de segurança acesa durante toda a noite no percurso até o banheiro. Se preferir, utilize um urinol, assentado na cama, se precisar urinar durante a noite.



Atividade 8

Analise 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.
(BOSCO; BLANC, 1979).

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 – 3 out. 2002.

Em setembro de 2000, tudo corria aparentemente bem com a saúde da dona-de-casa Silvia 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 fora marcar uma 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, ultra-som 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”.

Cerca de 25% dos idosos sofrem de depressão, contra 15% da população em geral, diz Clineu Almada, geriatra da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Metade dos idosos que ele atende apresentam algum grau de

Para saber mais...

“Depressão em idosos: os médicos estão investigando?”. Está na biblioteca virtual. (GAZALLE, 2004)

depressão. No consultório da geriatra Maysa Seabra, da Unifesp, esses pacientes somam 60%.

E o pior: a doença é de difícil diagnóstico, especialmente quando o médico não tem familiaridade com doenças mentais ou com pacientes dessa faixa etária.

Nos Estados Unidos, ela afeta cerca de 15 entre cada 100 adultos com mais de 65 anos. 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. Segundo o último censo do IBGE, de 2000, há 15 milhões de idosos no país, 8,6% da população, e as projeções apontam 30 milhões de pessoas com mais de 60 daqui a 20 anos.

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 que não se resolvem e generalizadas, 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: 90% têm pelo menos uma doença, e 15% têm pelo menos quatro doenças, diz Clineu Almada. Some-se a isso as alterações normais do envelhecimento, como deficiência auditiva e visual, e a depressão, quando presente, não é facilmente identificada. "Não existem exames para depressão, e quando há doença física associada, o diagnóstico torna-se ainda 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 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 psicóloga especializada em maturidade Maria Célia de Abreu.

Além de afetar a saúde mental, a depressão pode colocar em risco a saúde física. Recente estudo americano mostrou que a depressão crônica e até casos moderados

podem comprometer a capacidade de combate a infecções e outras doenças. O estudo testou a capacidade imunológica de 78 idosos (média de 73 anos) e descobriu que aqueles com depressão crônica mediana tinham uma resposta imunológica mais baixa no início do estudo e também depois de um ano e meio. E, quanto mais velha a pessoa, pior a sua resposta imunológica a vírus e bactéria. "O tempo de duração da depressão, e não a sua gravidade, é que parece afetar a imunidade", diz um dos autores do estudo, Lynanne McGuire, da Universidade Johns Hopkins.

Já é sabido que depressão aumenta o risco de infarto, câncer, demência e problemas cardíacos na terceira idade. "Existe uma associação forte entre depressão e algumas doenças, o difícil é dizer o que veio antes. E o que se percebe é que, quando a depressão é tratada, o paciente tem uma evolução melhor da outra doença", diz o psiquiatra Cássio Bottino, coordenador do Projeto Terceira Idade, do Instituto de Psiquiatria do HC.

As perdas que ocorrem nessa época da vida costumam ser relacionadas ao surgimento da depressão. "E pode ser a perda de qualquer coisa, o cachorro que morreu, a perda de status social, a 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, por exemplo, 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.

Além da perda de prazer em tudo e de queixas excessivas, entre outros sintomas (leia a lista na pág. 8), Laks chama a atenção para um comportamento que não costuma ser destacado, porém pode representar um sinal indireto da doença. "Quando a pessoa começa a doar coisas, especialmente os objetos mais queridos, é como uma despedida de forma depressiva. Ela está dando em vida, o que é diferente de fazer um testamento, em que as coisas serão dadas depois que a pessoa morrer", diz ele.

Mas a depressão é uma doença tratável pela medicina tanto quanto doenças cardíacas ou diabetes (leia sobre tratamentos na pág. 8). E, nesse caso, a participação da família é crucial. É ela quem vai incentivar o uso do

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?

medicamento e supervisionar o paciente durante o tratamento. Principalmente porque o idoso nem sempre aceita o diagnóstico. "Existe um preconceito antigo com a doença, como se significasse desequilíbrio mental, sinônimo de incompetência", diz Maria do Carmo Sitta, geriatra do HC. E muitas vezes é a própria família que resiste.

"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, sem caráter, preguiçosa", diz Maria Célia de Abreu.

Orientar a família é parte do tratamento, explicar o quanto a doença é orgânica e mostrar que não é tão abstrata, diz o geriatra da Unifesp João Toniolo. Dependendo do paciente, são necessárias de duas a três consultas didáticas sobre a doença, que deve ser tratada porque, em tese, não é diferente da hipertensão ou de problemas da tireóide, diz Sitta.

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 pelo autor, 2013.

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.
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 pelo autor, 2013.

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

- Pode não ser depressão, mas uma **doença que provoca sintomas similares à depressão**; o tratamento deve ser dirigido a essa doença.
- Pode ser **depressão ou distímia provocada por medicamentos ou doenças potencialmente tratáveis**; o tratamento deve ser dirigido a essas causas.
- 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

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.

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.

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 pelo autor, 2013.

Inibidores seletivos da recaptação da serotonina

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 (Quadro 21).

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.

Para saber mais...

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

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: IATROGENIA E PROBLEMAS COM MEDICAMENTOS), 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).

Posologia e duração do tratamento

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®			
Wellbutrin®	75 BID	150 BID		Risco de convulsões se há história prévia. Não afeta a libido.
Trazodona	Donarem®	25 (N)	50-200	Em doses baixas, pouco efeito antidepressivo. Forte sedação (trata insônia). Hipotensão ortostática.
Venlafaxina	Effexor®	12,5 BID	75 BID	Mesmos de ISRS + elevar pressão arterial e frequência cardíaca.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2013.

ISRS: inibidores seletivos da recaptação da serotonina; M: Tomar de manhã após o desjejum; N: tomar antes de dormir; BID (*bis in die*): 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, 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 regulamente 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?

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.

Para refletir...

Defina a duração e qualidade do sono da D. Josefina.

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.

Para refletir...

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

- **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 pernongos** atrapalha o sono.

Em seguida, **identifique problemas de saúde que prejudicam 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 carisoprodo (Beserol®, Mioflex® e Tandrilax®) e ciclobenzaprima (Cizax®, Miosan®, Mirtax®) e orfenadrina (Dorflex® e similares) também são contraindicados pelos motivos 1 e 4.

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:

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.

Para refletir...

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

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 prodromática 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 **deficits 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 E PROBLEMAS COM MEDICAMENTOS). 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 delírium.

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	Delirium
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 pelo autor, 2009.

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

Para refletir...

Avalie o quadro atentamente e em seguida retorne à história da Dona Josefina, quando foi encontrada pela Mariana. Você acha que o estado dela sugeria demência, delirium ou depressão? Se for delirium, quais seriam as causas? Se for delirium, quais seriam suas condutas?

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 (<<http://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 pelo autor, 2013
 BID (*bis in die*): duas vezes ao dia.

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**”.

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?

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 preparar 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 delírium. 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.

“The old man’s friend”

Sir William Osler (1849-1919), Figura 14, 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 14 - 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, 2003a) 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 15).

Figura 15 - 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 (NARVAI; 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 16), as úlceras de pressão (Figura 17) e a candidíase (Figura 18). 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 16- Áreas de hiperplasia inflamatória em prótese fraturada.



Fonte: Faculdade de Odontologia da UFMG

Figura 17 - Úlcera traumática lingual.



Fonte: Faculdade de Odontologia da UFMG

Figura 18 - Candidíase na região de palato



Fonte: Faculdade de Odontologia da UFMG

Idosos reabilitados com próteses, sem capacidade para higienização das mesmas, necessitam de dispositivos de higiene bucal (Figura 19), ou auxílio de cuidadores previamente capacitados.

Figura 19 - 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 (BRASIL, 2008b) 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 distúrbios neuropsiquiátricos (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” (BRASIL, 2002).

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, em 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 10.741/2003 (BRASIL, 2003b) 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 colaboradores, 2009.

Além dos tipos de violência citados no quadro, ocorrem também aquelas invisíveis, como um gesto, uma palavra, um olhar agressivo. Segundo Pasinato, Camarano e Machado (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. 2. ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 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.

INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS. **O Idoso em risco**. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisas do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, 2000. mimeografado.

Um levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM) 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. Mimeografado.

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.

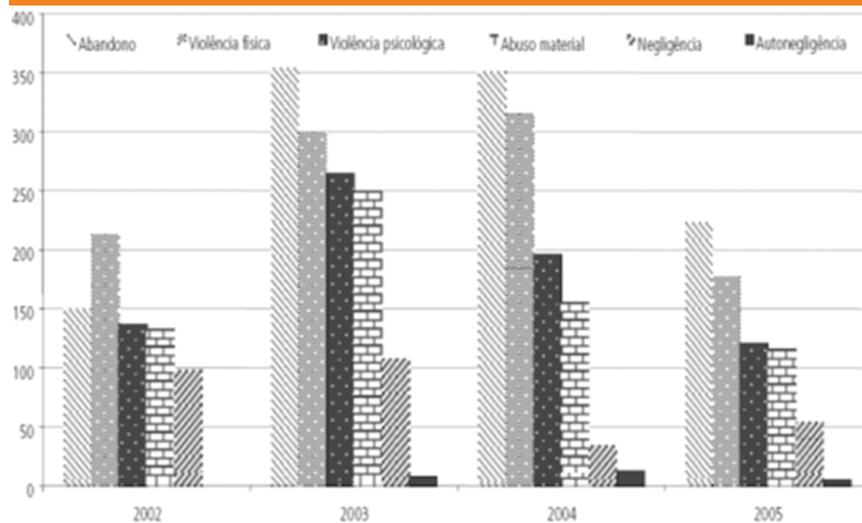
Em Manaus foram recebidas 347 denúncias em 2004, distribuídas da seguinte forma: 163 por violência emocional, 99 por negligência, 93 por abuso financeiro, 54 por violência física, 25 por abandono e duas casos de abuso sexual.

Um estudo detalhado foi realizado no Rio de Janeiro. Veja a seguir:

PASINATO, M. T.; CAMARANO, A. A.; MACHADO, L. Idosos, vítimas de maus tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2006. Texto para Discussão 1200.

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 20 e 21).

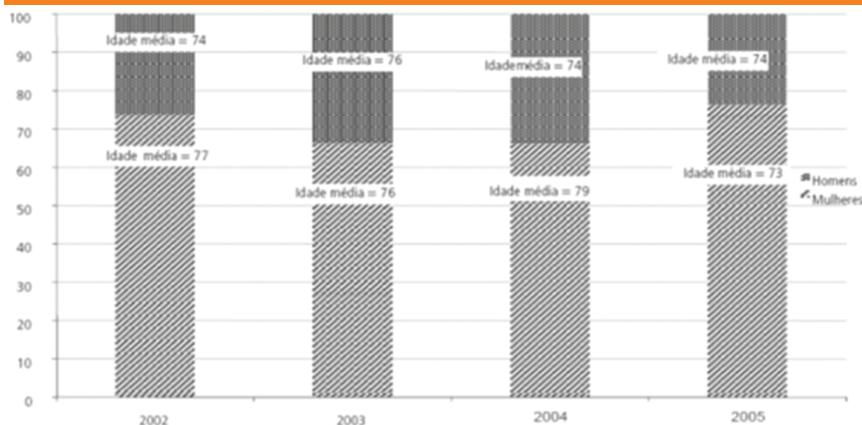
Figura 20 - Denúncias de maus tratos sofridos por idosos, recebidas pelo ligue idoso, por tipo.



Fonte: PASINATO; CAMARANO; MACHADO, 2006.

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 21 - Distribuição das denúncias recebidas por abandono segundo o perfil da vítima



Fonte: PASINATO; CAMARANO; MACHADO, 2006.

Para refletir...

Outro aspecto que a equipe verde identificou foi a situação de abandono de Dona Josefina. Você considera que ela sofre algum tipo de violência? Qual o tipo? Qual a razão? O que fazer nesta situação?

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 - Fatores predisponentes e de risco para violência.

Filhos dependentes dos idosos, geralmente vivem na casa da vítima;
Filhos que abusam de álcool e drogas
Idoso fisicamente dependente dos familiares
Família de vínculos frágeis, pouco comunicativa, pouco afetiva.
Isolamento social do idoso, da família ou cuidador.
Idoso que foi agressivo com a família e cuidador vítima de violência no passado.
Cuidador com depressão ou outros tipos de sofrimento mental
Despreparo e falta de apoio ao cuidador

Fonte: Elaborado pelos colaboradores, 2009.

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; LEMOS; RAMOS, 2010) 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 - 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 colaboradores, 2009.

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 9

Fórum: suspeita de violência contra idoso

O que você faz quando há suspeitas de violência contra um idoso de sua área de abrangência? Vamos discutir esta questão no Fórum



Queda acidental? Ou espancamento?



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.

Para refletir...

Na sua área de abrangência há idosos vítimas de violência? Qual o tipo? Quais os fatores de risco?

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.

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 colaboradores, 2009.

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” (BRASIL, 2008a); “Guia Prático do Cuidador” (BORN, 2008); e “Promoção da Saúde e Envelhecimento; orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos” (ASSIS, 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.

Lembre-se disso:

A estratégia adotada por uma família muitas vezes ajudará a solucionar problemas enfrentados por outra família.

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, 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” (BRASIL, 2008d), disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/VIOL_NET_100708.pdf>.

Na abordagem da violência contra a pessoa idosa a capacitação dos profissionais de saúde é fundamental. Estes deverão estar preparados e vigilantes para identificar sinais 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 saber mais:

Você conhece o estatuto do idoso? Localize o “Estatuto do Idoso” (BRASIL, 2003b) no site <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm> e leia procurando identificar o papel dos profissionais de saúde em relação à violência.

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, musculoesqueléticos 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 contratatura 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.

Para refletir:

Você já encontrou um idoso em situação semelhante à de Dona Josefina? Qual foi sua conduta? Quais foram os resultados?

Para refletir:

Você já encontrou um familiar ou cuidador mantendo o idoso acamado ou sentado por longos períodos, sem estimular sua mobilização ou sua independência para realizar as atividades diárias? A que você atribui esta atitude? O que faria nesta situação?

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 colaboradores, 2009.

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, côndilos 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 colaboradores, 2009.

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 colaboradores, 2009.

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 colaboradores, 2009.

Para refletir:

Existe no seu município um protocolo para tratamento de feridas? Ele seria aplicável ao caso de Dona Josefina. Se não existe um, sua equipe seria capaz de elaborar?

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 10

Plano de intervenção interdisciplinar

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.