

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS
COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

GUIA DE ATENÇÃO À REABILITAÇÃO DA PESSOA IDOSA

VERSÃO CONSULTA PÚBLICA

BRASÍLIA, ABRIL DE 2019.

Organização e Revisão:

Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/CGSPD:

Ângela Pinto dos Santos

Daniela Palma Araújo

Danilo Campos da Luz e Silva

Diogo do Vale de Aguiar

Flávia da Silva Tavares

Odília Brigido de Sousa

Tannira Bueno Missiagia

Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/COSAPI:

Elizabeth Ana Bonavigo

Karla Cristina Giacomin

Marco Polo Dias Freitas

Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann

Natália Vargas Patrocínio Campos

Wendel Rodrigo Teixeira Pimentel

Elaboração:

Participantes do Grupo de Trabalho:

Ângela Pinto dos Santos - CGSPD/DAPES/SAS/MS

Carlos Eduardo Ferrari - CISP/D/CNS

Carolina Becker Bueno de Abreu - UNB/FCE

Daena Leal - Fundação Altino Ventura

Dagoberto Miranda Barbosa - CRER – GO

Daniela Palma Araújo - CGSPD/DAPES/SAS/MS

Débora Benchimol - CGAD/DAHU/SAS/MS

Diogo do Vale de Aguiar - CGSPD/DAPES/SAS/MS

Dionísia Aparecida Cusin Lamônica - FOB/USP

Eliana Márcia Fialho de Sousa Bandeira - Geriatria

Elizabete Ana Bonavigo - COSAPI/DAPES/SAS/MS

Flávia da Silva Tavares - CGSPD/DAPES/SAS/MS

João Macedo Coelho - UFC/CE

José Luiz Riani Costa - UNESP

Karla Cristina Giacomini – Instituto René Rachou – Fiocruz/MG

Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa - UFPB

Leila Regina de Castro - APAE/SP

Liana Ventura - Fundação Altino Ventura

Liliane Cristina Gonçalves Bernardes - MDH

Magali de Lourdes Caldana- FOB/USP

Marco Polo Dias Freitas – UNB

Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann - COSAPI/DAPES/SAS/MS

Mariana Borges Dias - CGAD/DAHU/SAS/MS

Marisa Silvana Zazzetta - UFSCAR

Natália Vargas Patrocínio Campos - COSAPI/DAPES/SAS/MS

Odília Brigido de Sousa - CGSPD/DAPES/SAS/MS

Olívia Ugarte - CGAD/DAHU/SAS/MS

Patrícia Arantes Torres - CGSPD/DAPES/SAS/MS

Priscilla Rocha de Souza - CGAN/DAB/MS

Rosângela Corrêa Dias - UFMG

Silvia Lanziotti Azevedo da Silva - Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG)

Tannira Bueno Missiagia - CGSPD/DAPES/SAS/MS

Wendel Rodrigo Teixeira Pimentel – COSAPI/DAPES/SAS/MS

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte - USP

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVD - Atividades Avançadas de Vida Diária

AB - Atenção Básica

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AD - Atenção Domiciliar

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AASI - Aparelho de Amplificação Sonora Individual

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CAB – Caderno de Atenção Básica

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

CER - Centros Especializados de Reabilitação

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

COSAPI - Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa

CGSPD - Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência

DAPES - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HCP - Hospital Especializado em Cuidados Prolongados

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICC - Insuficiência cardíaca congestiva

ILPI - Instituição de Longa Permanência Para Idosos

IMC - Índice de Massa Corporal

IU - Incontinência Urinária

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LBI – Lei Brasileira de Inclusão

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

MIF - Medida de Independência Funcional

MS - Ministério da Saúde

NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPM - Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção

PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PICS - Práticas Integrativas complementares

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar

PR – Presidência da Republica

PTS - Projetos Terapêuticos Singulares

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RCPD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

RUE - Rede de Urgência e Emergência

SAC - Serviços de Atendimento ao Consumidor

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SEDH – Secretaria de Direitos Humanos

SI - Síndrome da Imobilidade

SUS – Sistema único de Saúde

SUAS - Sistema único de Assistência Social

TA - Tecnologia Assistiva

UCP - Unidades de Cuidados Prolongados

VERSÃO CONSULTA PÚBLICA

Sumário

1. OBJETIVO.....	7
2. METODOLOGIA	7
3. INTRODUÇÃO	7
4. A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL	10
5. A FUNCIONALIDADE COMO ESTRUTURANTE DO CUIDADO	13
6. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA	16
6.1 Dimensão Clínica	17
6.1.1 Antecedentes diagnósticos, história clínica pregressa, medicamentos em uso e situação vacinal.	18
6.1.2 Avaliação antropométrica e nutricional	18
6.1.3 Avaliação das continências urinária e fecal	20
6.1.4 Identificação da dor crônica	20
6.1.5 Avaliação da Saúde bucal	21
6.2 Dimensão funcional.....	21
6.2.1 Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD).....	22
6.2.2 Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD).....	23
6.2.3 Avaliação da vulnerabilidade física	24
6.2.4 Avaliação da mobilidade	24
6.2.5 Avaliação dos sistemas sensoriais.....	28
6.3 Avaliação Psicossocial	29
6.3.1 Cognição	29
6.3.2 Humor	30
6.3.3 Hábitos de vida.....	31
6.3.4 Suporte social e familiar.....	31
6.3.5 Violência e maus-tratos contra a pessoa idosa	34
6.3.6 A sexualidade da pessoa idosa	34
7. ELABORAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR/PLANO DE CUIDADOS	35
8. A REABILITAÇÃO DA PESSOA IDOSA COM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL	37
8.1. AS SÍNDROMES GERIÁTRICAS E A REABILITAÇÃO DA PESSOA IDOSA.....	41
8.1.1 Declínio Cognitivo	42
8.1.1.1 Reabilitação no declínio cognitivo	47
8.1.2 Instabilidade postural e quedas	49
8.1.2.1 Reabilitação na Instabilidade postural.....	50
8.1.3 Imobilidade	56
8.1.3.1 Reabilitação na Imobilidade.....	57

8.1.4 Incontinência Urinária e/ou Fecal	58
8.1.4.1 Reabilitação na Incontinência Urinária e/ou Fecal.....	60
8.1.5 Comprometimento da Comunicação	61
8.1.6 Iatrogenia.....	62
8.1.7 Síndrome de Fragilidade	63
8.1.7.1 Reabilitação na Fragilidade.....	65
8.1.8 Insuficiência ou falta de apoio sóciofamiliar	67
9. OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE QUE NECESSITAM DE REABILITAÇÃO	68
9.1 Fratura de Fêmur	68
9.2 Dor Musculoesquelética.....	70
9.3. Acidente Vascular Cerebral - AVC.....	71
9.4 Presbifagia.....	72
9.5 Reabilitação Auditiva.....	74
9.6 Reabilitação Visual	76
10. OUTRAS NECESSIDADES DE CUIDADO.....	80
10.1 Nutrição.....	80
10.2 Hidratação x Desidratação	82
11. TECNOLOGIAS ASSISTIVAS	84
12. REABILITAÇÃO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	85
12.1 A Atenção Básica.....	86
12.1.1 O Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)	86
12.1.2 Programa Academia da Saúde.....	87
12.1.3 Práticas integrativas e complementares (PICS).....	87
12.4 Atenção Ambulatorial Especializada	89
12.4.1 A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	89
12.4.2 A Atenção Hospitalar e de Urgência/Emergência.....	91
12.5 A Atenção Domiciliar	92
13. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

1. OBJETIVO

O objetivo deste documento é orientar as equipes multiprofissionais de saúde, que atuam na reabilitação da pessoa idosa com comprometimento em sua funcionalidade, seja permanente ou temporário, nos diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. METODOLOGIA

O Guia de Atenção à Reabilitação da Pessoa Idosa foi elaborado a partir de uma ação conjunta da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência - CGSPD e Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa - COSAPI, ambas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS). Para esta elaboração foi convidado um grupo de especialistas das áreas de geriatria, gerontologia e saúde da pessoa com deficiência, gestores e profissionais dos três níveis de gestão do SUS, representantes de sociedades científicas e sociedade civil de reconhecimento nacional. O documento foi construído com base na literatura nacional e internacional e no diálogo entre os integrantes do grupo, considerando suas experiências no campo da reabilitação da pessoa idosa.

3. INTRODUÇÃO

Este documento visa orientar as equipes multiprofissionais de saúde que atuam na reabilitação da pessoa idosa, em diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com as normativas do Ministério da Saúde, a identificação das necessidades de saúde da pessoa idosa por meio da realização da **avaliação multidimensional** é estruturante do cuidado integral, definindo os **Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)** e as ações coletivas nos territórios. Dessa forma, é a avaliação multidimensional que apontará as necessidades de acompanhamento integral e longitudinal da pessoa idosa, incluindo a reabilitação.

A OMS (2015) define o **envelhecimento saudável** como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade

avançada”. A capacidade funcional, por sua vez, é definida como a interação entre os recursos físicos e mentais do próprio indivíduo (a capacidade intrínseca da pessoa) e os ambientes (físicos e sociais) em que este indivíduo está inserido, para a realização de atividades consideradas importantes para si e para sua sobrevivência. Nesse sentido, as ações de saúde devem ser planejadas, organizadas e implementadas de modo que possibilitem às pessoas prolongarem o máximo possível a sua independência e autonomia. A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência¹ destaca, entre outros aspectos, a necessidade de medidas efetivas e apropriadas voltadas à reabilitação. Para tanto, recomenda que serviços e programas completos de reabilitação devam ser organizados, fortalecidos e ampliados, sendo garantida a capacitação inicial e continuada dos profissionais de saúde e equipes.

Tendo em vista o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira, a demanda de cuidado a este segmento tem aumentado em todos os níveis e pontos de atenção da RAS. Porém, a forma como cada um envelhece depende de uma série de fatores, sejam genéticos ou ambientais. Pode-se envelhecer com mais ou menos saúde e qualidade de vida dependendo dos fatores de risco a que cada um foi exposto durante sua trajetória de vida. Dessa forma, o declínio funcional não pode ser considerado “normal” da idade, e, dada a heterogeneidade nas trajetórias das pessoas no processo de envelhecimento, devem ser oferecidas respostas distintas e adaptadas ao nível de capacidade funcional de cada pessoa idosa.

Quando a capacidade funcional da pessoa idosa estiver preservada, devem-se trabalhar as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Essas ações visam manter a funcionalidade, buscando evitar a ocorrência de agravos ou o estabelecimento de condições crônicas que possam provocar declínio ou comprometer a sua autonomia e independência.

Àqueles indivíduos que já apresentam algum declínio funcional, é necessário ofertar cuidados que revertam, diminuam ou retardem o máximo possível a continuidade desse curso. Para tanto, além de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, por meio do incentivo a comportamentos que melhorem as capacidades intrínseca e funcional, são necessárias ações de tratamento, reabilitação e controle de condições crônicas estabelecidas. Além disso, situações agudas que demandem serviços de urgência e emergência

¹ Conforme o art. 2º da Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão - LBI), pessoa com deficiência é aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, a qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

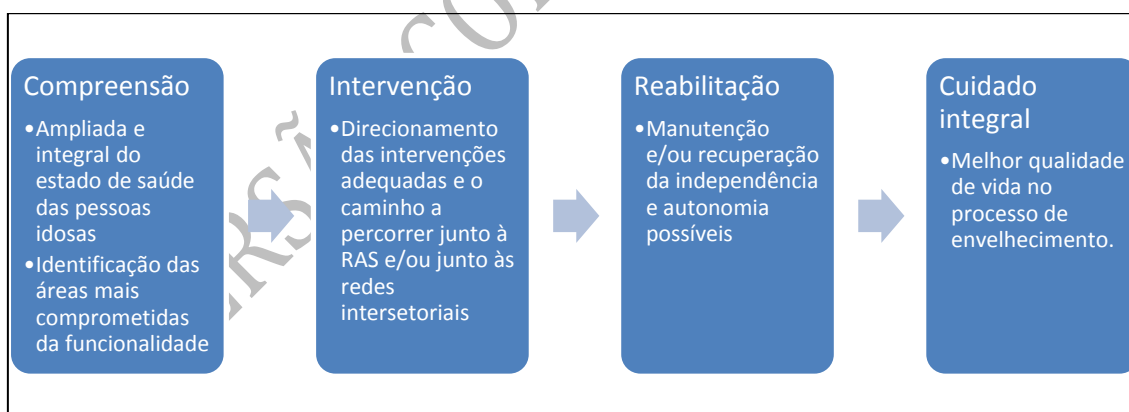
ou internação hospitalar, devem ser acompanhadas muito proximamente, em especial no regresso ao lar, pós-alta, para prevenir o agravamento do declínio funcional e do quadro geral de saúde.

Por fim, àqueles que apresentam perdas significativas de capacidades e se tornam dependentes para as ABVD, cabe gerenciar condições crônicas já agravadas, bem como garantir a vida digna, por meio da oferta de cuidados de longa duração, inclusive acompanhamento domiciliar, reabilitação, cuidados paliativos, suporte a familiares e a outros cuidadores.

Além disso, faz-se necessário o desenvolvimento de políticas públicas que busquem eliminar as barreiras à participação das pessoas idosas e compensar a perda de capacidade, proporcionando as adaptações e supervisões necessárias, seja por meio de tecnologias assistivas ou do apoio de terceiros.

Assim, é importante destinar abordagens adequadas a cada um desses estratos da população idosa, em cada ponto de atenção da RAS, de modo a avaliar e identificar as necessidades e especificidades de cada pessoa idosa, do ponto de vista clínico, psicossocial e funcional. Essa avaliação multidimensional permite organizar e estruturar o cuidado, conforme sintetizado na Figura 1:

Figura 1 – Organização e estruturação do cuidado à pessoa idosa na RAS



Nesse sentido, para assegurar a integralidade do cuidado, a reabilitação da pessoa idosa visa manter ou recuperar a capacidade funcional, evitar ou retardar ao máximo o declínio funcional, bem como recuperar a funcionalidade perdida. Por isso mesmo, ela precisa ser planejada juntamente com as demais intervenções terapêuticas e de promoção da saúde e prevenção de agravos. É nessa perspectiva que se insere esse guia para a reabilitação da pessoa idosa.

4. A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

O Brasil está passando por um rápido processo de envelhecimento de sua população. Segundo o IBGE, o segmento populacional que mais aumenta na população brasileira é o de pessoas idosas, com taxas de crescimento de mais de 4% ao ano para a década de 2012 a 2022, representando, no mesmo período, um incremento médio de mais de 1,0 milhão de pessoas idosas/ano.

Em torno de 29 milhões de brasileiros têm 60 anos ou mais, o que equivale a 14,3% da população total (PNAD, 2015) e as projeções apontam que, em 2030, o número de pessoas idosas superará o de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos em cerca de 2,28 milhões. Em 2050, a população idosa representará cerca de 30% da população brasileira, enquanto as crianças e adolescentes, 14%.

A transição demográfica é acompanhada pela transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento progressivo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo a população idosa a mais exposta a essas condições. Tal como em outros países, no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude, são responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório, câncer diabetes e doenças respiratórias crônicas. Atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como as pessoas idosas e os de baixa escolaridade e renda.

O processo de envelhecimento é heterogêneo, variando conforme o sexo, as relações de gênero, as relações étnico-raciais, a orientação sexual, os aspectos socioeconômicos e culturais e o local de moradia, sendo em nosso país caracterizado por importantes desigualdades sociais e regionais.

As pessoas idosas brasileiras de ambos os sexos tiveram poucas oportunidades de estudo: os homens possuem em média, 5 anos de estudo e as mulheres, 4,9 anos, o que traz reflexos para a saúde (PNAD/IBGE, 2015). As mulheres são a maioria da população idosa (56%) (PNAD, 2015). Essa diferença entre homens e mulheres – a feminilização da velhice pode ser explicada por múltiplos fatores. Em todas as idades, homens morrem mais do que mulheres; estão mais expostos a riscos no trânsito, no trabalho, bebem e fumam mais. Por sua

vez, menos mulheres têm morrido no parto; além de serem mais cuidadosas em relação à saúde.

As condições do curso de vida individual, em um determinado contexto socioeconômico e cultural, determinam como cada pessoa envelhece. Cada um de nós vive o envelhecimento de forma única e o constrói ao longo de toda a vida a partir do acesso (ou não) a políticas públicas que garantam direitos a uma velhice com dignidade.

Como consequência do processo de envelhecimento, há pessoas idosas autônomas e independentes para realizar as atividades da vida diária, ainda que apresentem doenças crônicas ou outras condições de saúde; enquanto outras precisam de apoio e adaptações para a realização destas atividades e algumas se tornam completamente dependentes de cuidados contínuos, mesmo que não sejam cronologicamente tão idosas.

Parte da diversidade observada entre as pessoas com idade mais avançada deve-se à herança genética. Porém, majoritariamente, tal diversidade deve-se a ambientes físicos e sociais, os quais podem afetar diretamente a saúde, impondo barreiras ou apresentando facilitadores que influenciam as capacidades, oportunidades, decisões e comportamentos dos indivíduos. Dessa forma, não existe uma pessoa idosa “típica”, nem um processo de envelhecimento igual para todos.

No Brasil, 30,1% das pessoas com 60 anos ou mais apresentam limitação funcional, definida pela dificuldade para realizar pelo menos uma entre dez atividades básicas ou instrumentais da vida diária (LIMA-COSTA et al., 2017). As atividades da vida diária (AVD) são tarefas cotidianas no ambiente onde vivemos, sejam nos domicílios ou fora deles, e tarefas de cuidado com o próprio corpo.

As tarefas cotidianas podem ser, didaticamente, subdivididas em:

- **Atividades básicas de vida diária (ABVD):** que compreendem tarefas de autocuidado (higiene, alimentação, eliminações e transferências);

- **Atividades instrumentais de vida diária (AIVD):** que abarcam outras tarefas cotidianas necessárias para viver de forma independente tais como: controle do dinheiro ou finanças, fazer compras, usar telefone, usar o transporte, sair sozinho, preparar refeições, realizar tarefas domésticas e manejar medicamentos.

- **Atividades avançadas de vida diária (AAVD):** referem-se às atividades do cotidiano mais relacionadas ao trabalho, recreação e participação social, tais como: fazer e

receber visitas; participar de atividades culturais, de recreação e de lazer; viajar; fazer trabalhos voluntários ou remunerados; participar de atividades da vida comunitária e cidadã (reuniões, organizações, associações e grupos sociais).

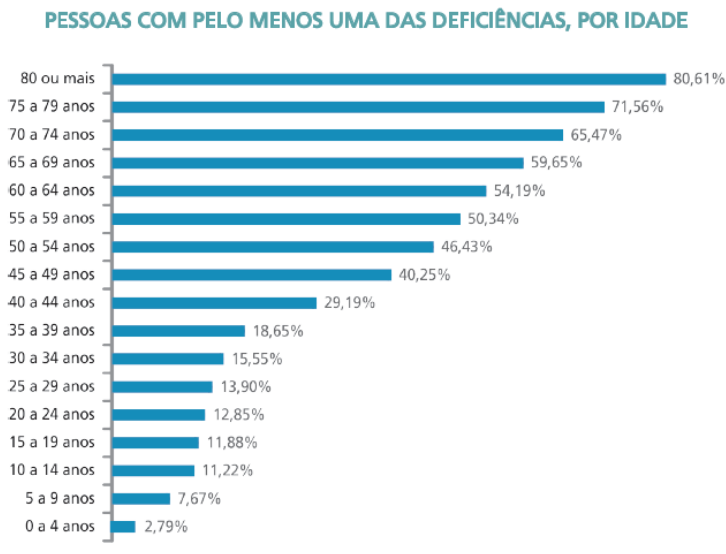
A perda de capacidade para a realização de atividades fundamentais para a vida diária indica um processo de declínio funcional. O declínio funcional guarda certa hierarquia: primeiramente a pessoa apresenta dificuldades para realizar as atividades mais complexas e depois pode apresentar dificuldades na realização das atividades mais básicas da vida diária (RAMOS et al., 1993).

De acordo com a PNS 2013, 6,8% das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos tinham alguma limitação funcional para realizar suas atividades básicas de vida diária, relacionadas ao cuidado pessoal (autocuidado). Tais limitações aumentavam com a idade, variando de 2,8%, para aquelas de 60 a 64 anos, a 15,6%, para as maiores de 75 anos e diminuem quanto mais elevado o nível de escolaridade: para os analfabetos, 10,2%; com fundamental incompleto, 6,2%; e com fundamental completo ou mais, 3,7%.

Quanto às atividades instrumentais de vida diária, que garantem uma vida comunitária independente, 17,3% das pessoas idosas brasileiros tinham limitações para desempenhá-las e a proporção aumentava com a idade passando de 6,4%, para pessoas de 60 a 64 anos, a 39,2%, para aquelas de 75 anos ou mais. As mulheres (20,4%) tinham mais limitações do que os homens (13,4%). Entre as pessoas sem escolaridade, 27,6% tinham alguma limitação; com fundamental incompleto, 15,8%; e com fundamental completo ou mais, 7,9%.

Envelhecer é uma realidade também para pessoas que nasceram com deficiências ou que as adquiriram ao longo da vida. No Brasil, 23,9% da população apresenta alguma das seguintes deficiências: visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. Por ordem de prevalência: a deficiência visual afeta 18,6% dos brasileiros; a motora, 7,0%; a auditiva, 5,1%; e 1,4%, mental ou intelectual. Independente da classificação, do tipo e grau de deficiência, o número de pessoas com deficiência aumenta nas idades mais avançadas, conforme demonstrado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição das pessoas com deficiências, segundo a idade (IBGE, 2010).



Fonte: BRASIL. Cartilha do Censo 2010. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2012.

5. A FUNCIONALIDADE COMO ESTRUTURANTE DO CUIDADO

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (BRASIL, 2017a) estabelece como meta a atenção integral à saúde da pessoa idosa e considera a **condição de funcionalidade**² como um importante indicador de saúde desta população. A PNSPI tem por finalidade primordial promover, manter e recuperar a autonomia e independência das pessoas idosas, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A funcionalidade é, portanto, um dos atributos fundamentais do envelhecimento humano. Ela designa boa qualidade de vida na velhice, pois trata da interação entre as capacidades física e psicocognitiva para a realização de atividades no cotidiano e as condições de saúde, sendo mediada pelas habilidades e competências desenvolvidas ao longo do curso da vida (PERRACINI, FLÓ e GUERRA, 2009).

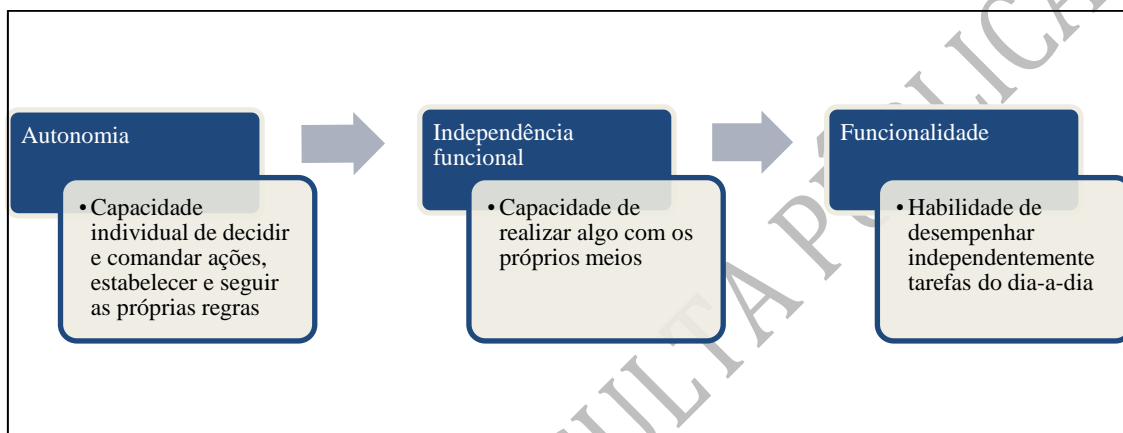
Nessa perspectiva, um dos modelos que melhor estabelece orientações para a atuação dos profissionais de saúde com as consequências das doenças no envelhecimento é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde – CIF (OMS, 2004). Com base nas informações sobre funcionalidade fornecidas pela CIF é possível classificar o impacto biopsicossocial das doenças. Assim, pessoas idosas

² A funcionalidade reflete o nível de autonomia e independência para a realização das atividades da vida diária. Por refletir diretamente as condições para a realização de atividades de sobrevivência e autopreservação, a funcionalidade é um bom indicador da saúde da pessoa idosa.

com as mesmas doenças podem experimentar impactos diferentes nos aspectos biopsicossociais e ter níveis funcionais completamente distintos entre eles. Portanto, é fundamental compreender que doença não é sinônimo de limitação funcional.

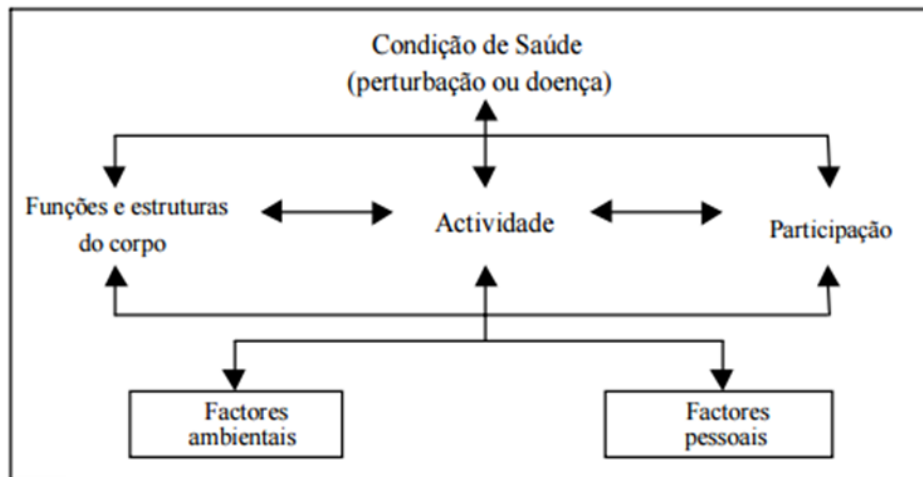
A funcionalidade global é definida como a capacidade de gerir a própria vida ou de cuidar de si mesmo e representa uma dimensão crucial da saúde na velhice. Para compreender melhor a funcionalidade humana é importante entender os conceitos de autonomia e independência funcional apresentados na Figura 2.

Figura 2 – Conceitos importantes para compreender a dimensão funcional da saúde.



Na CIF, a funcionalidade é conceituada como a interação dinâmica e complexa entre a condição de saúde de uma pessoa, os fatores ambientais e os fatores pessoais. Nesse modelo conceitual de funcionalidade e incapacidade, existe uma influência multidirecional entre seus elementos: funções e estruturas do corpo, atividade e participação de fatores contextuais, representados pelo ambiente e por fatores pessoais, tal como representado na figura 3. Essa composição oferece uma abordagem biopsicossocial com múltiplas perspectivas que se reflete no modelo multidimensional.

Figura 3 – Interação entre os componentes da CIF



Fonte: OMS. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, 2004, p. 237.

Para a OMS (2015) a **capacidade funcional** compreende os atributos relacionados à saúde que permitem a uma pessoa ser e fazer o que ela considera importante para si. Esta capacidade é composta pelas **interações** entre a capacidade intrínseca da pessoa (combinação das capacidades físicas e mentais) e as características do contexto de vida no qual a pessoa está inserida, conforme o modelo biopsicossocial proposto pela CIF. Dessa forma, o **envelhecimento saudável** não significa ausência de doença, mas pode ser definido como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice”.

Certamente, as pessoas idosas têm mais chance de ter uma ou mais DCNT, que podem levar ao declínio funcional e, por consequência, à necessidade de reabilitação, mas é preciso compreender que nem todas as limitações de uma pessoa idosa são “por causa da idade”. Isso representa uma mudança de paradigma no cuidado dessa população: identificar, conhecer e valorizar a funcionalidade como orientadora da atuação em saúde.

Na velhice, a capacidade de gerir a própria vida de modo independente e autônomo, sem ou apesar da presença de doenças, envolve o funcionamento harmonioso de quatro domínios: cognição, humor, mobilidade, comunicação e sua interação com fatores ambientais (ambiente físico, social e atitudinal).

Esses domínios se relacionam, portanto, o comprometimento de um deles pode ter reflexos nos demais. Por exemplo, a capacidade mental possibilita resolver os problemas do dia a dia, ter motivação, preservar a mobilidade, estabelecer e manter relacionamentos com o meio.

O documento de “Orientações técnicas para implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS” (BRASIL, 2018) define como eixos

estruturantes do cuidado integral a identificação das necessidades de saúde da pessoa idosa, considerando sua capacidade funcional e os recursos existentes em cada território. A heterogeneidade dos processos de envelhecimento e as diferentes necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas idosas devem nortear a organização do cuidado por parte dos gestores e equipes de saúde. Para isso, é fundamental a identificação e estratificação das necessidades de saúde a partir de diferentes graus de funcionalidade já na atenção básica. Essa estratificação orientará a organização das ações a serem desenvolvidas em cada nível de atenção da RAS e por meio da articulação intersetorial. Nesse sentido, ações de promoção da saúde podem favorecer a funcionalidade, enquanto a reabilitação pode ser programada principalmente para as pessoas idosas que apresentam algum grau de declínio ou perda funcional, seja para realizar atividades mais complexas ou mais básicas da vida diária.³

6. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

Em resposta à multiplicidade de condições de saúde apresentadas pela população idosa, é necessária a realização de uma avaliação multidimensional, que incorpora diversos domínios do conhecimento em um meio prático e objetivo de ver a pessoa idosa como um todo. A avaliação multidimensional é um processo estruturado de múltiplas dimensões, interdisciplinar, que serve para identificar as necessidades dos pontos de vista clínico, psicossocial e funcional, com o objetivo de formular um Projeto Terapêutico Singular (plano de cuidados) coordenado e integrado, a curto, médio e longo prazos, visando especialmente a recuperação e/ou a manutenção da capacidade funcional.

Existem vários instrumentos, escalas e testes que auxiliam os profissionais de saúde na realização da avaliação das múltiplas dimensões que incidem sobre a saúde da pessoa idosa, na perspectiva da integralidade. O Ministério da Saúde oferece a **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa** e sua **Ficha Espelho** como ferramenta de apoio para a avaliação multidimensional a ser realizada no nível primário de atenção. Em alguns contextos, foram

³ Para mais informações sobre as orientações apresentadas pelo Ministério da Saúde para organização do cuidado às pessoas idosas na RAS, a partir de diferentes perfis de funcionalidade, indica-se a leitura do documento: “Orientações técnicas para implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS”, disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf

organizados outros instrumentos para a realização da avaliação multidimensional⁴, de acordo com as características loco-regionais. Dessa forma, a oferta da ferramenta do Ministério da Saúde não inviabiliza a utilização de outros instrumentos de avaliação multidimensional. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa possibilita a identificação das necessidades de saúde, bem como do potencial de risco e graus de comprometimento da autonomia e independência do indivíduo, permitindo o direcionamento de intervenções oportunas e adequadas a cada caso.

Destaca-se que a avaliação multidimensional da pessoa idosa se difere do exame clínico padrão por enfatizar a avaliação das capacidades cognitiva e funcional e dos aspectos psicossociais; e pode incluir escalas e testes que permitem quantificar a funcionalidade.

É importante alertar para dois equívocos frequentes na abordagem da população idosa:

- 1º) considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa são devido ao processo de envelhecimento normal pode prejudicar a detecção e o tratamento de algumas doenças;
- 2º) tratar o envelhecimento normal como doença, submetendo a pessoa idosa a exames e tratamentos desnecessários para explicar sinais e sintomas que são decorrentes da senescência.

Ao realizar a avaliação orienta-se os profissionais de saúde a:

- **NÃO TER PRESSA:** uma avaliação bem conduzida, mesmo que em múltiplas consultas/encontros, permite reconhecer os principais fatores de risco, sobre os quais será necessário intervir.
- **NÃO ESPERAR A QUEIXA:** descubra o que de fato incomoda a pessoa idosa e vá além das queixas. Há muitos sintomas não relatados porque a pessoa os atribui ao envelhecimento, outros constrangedores (incontinência, por exemplo) ou negados (problemas de memória). Seja metuculoso e cauteloso.

A seguir são apresentadas as dimensões que compõem a avaliação multidimensional: clínica, funcional e psicossocial.

6.1 Dimensão Clínica

O exame clínico é parte integrante da avaliação multidimensional da pessoa idosa. Sem ele, ainda que se detectem as condições de funcionalidade do indivíduo, não será

⁴ Neste documento serão abordados alguns instrumentos que auxiliam na avaliação multidimensional, especialmente os presentes na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (a partir da 3ª edição) e no Caderno da Atenção Básica Nº 19 – CAB 19.

possível diagnosticar o dano ou lesão responsável por elas (COSTA e MONEGO, 2003). Por outro lado, há condições subjacentes que não são identificadas pelo processo clínico habitual. Nesse sentido, a pessoa idosa deve ser avaliada de forma global; e não apenas ter seus órgãos e sistemas examinados separadamente.

6.1.1 Antecedentes diagnósticos, história clínica pregressa, medicamentos em uso e situação vacinal.

Inicialmente, realiza-se uma ampla avaliação dos **antecedentes diagnósticos**, com ênfase nas doenças crônicas. Deve-se confirmar os diagnósticos relatados e, quando possível, verificar a data aproximada de quando a pessoa idosa tomou conhecimento.

Investigar também a história clínica pregressa (**hospitalizações e cirurgias prévias**). Para **internações ou cirurgias**, verificar quando ocorreu, por quanto tempo, qual foi o motivo e se houve complicações durante a internação, como confusão mental aguda ou infecções.

Ademais, os **medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso** pela pessoa idosa, tanto os prescritos quanto os adquiridos pela própria pessoa idosa, sem prescrição, devem ser investigados. Solicitar à pessoa idosa que, sempre que for a uma consulta, leve consigo todos os medicamentos que costuma utilizar frequente e ocasionalmente. Com essa medida simples é possível detectar o uso de automedicação, a utilização de posologia incorreta e a utilização de mais de um medicamento para o mesmo motivo, às vezes, prescritos por diferentes profissionais de saúde. Deve-se registrar o nome do medicamento, posologia (quantos miligramas/microgramas e quantas vezes usa ao dia) e o tempo de uso do medicamento. O registro das medicações em uso contribui para evitar a ocorrência de iatrogenias associadas à polifarmácia. Indagar também sobre possíveis medicamentos que foram descontinuados por algum motivo que impedia o uso, como por exemplo alergias.

A **situação vacinal** também deve ser observada, considerando a importância da vacinação para a prevenção de doenças que apresentam alto risco de complicações nas pessoas idosas.

6.1.2 Avaliação antropométrica e nutricional

A antropometria é um método simples, rápido, de baixo custo e com boa predição para doenças futuras, mortalidade e incapacidade funcional, muito útil para o diagnóstico

nutricional das pessoas idosas, podendo ser usada para a triagem, o diagnóstico e o monitoramento de doenças.

Nos procedimentos de diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional de pessoas idosas, o critério prioritário é a classificação do **Índice de Massa Corporal (IMC)**, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando os pontos de corte para a pessoa idosa, diferentes daqueles utilizados para adultos, tal como apresentados no Quadro 1 abaixo:

Quadro 1: Índice de Massa Corporal (IMC)

Índice Antropométrico	Pontos de Corte	Classificação do Estado Nutricional
IMC <u>Peso</u> (Altura) ²	< 22 kg/m ²	Baixo Peso
	≥ 22 e ≤ 27 kg/m ²	Peso Adequado
	> 27 kg/m ²	Sobrepeso

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 4ª edição, 2017b.

Estes pontos de corte para a pessoa idosa são necessários devido às alterações fisiológicas que ocorrem nesta fase da vida, tais como:

- O declínio da altura é observado com o avançar da idade, em decorrência da compressão vertebral, mudanças nos discos intervertebrais, perda do tônus muscular e alterações posturais;
- O peso pode diminuir com a idade, porém, há variações segundo o sexo. Essa diminuição está relacionada à redução do conteúdo da água corporal e da massa muscular, sendo mais evidente no sexo masculino;
- Alterações ósseas em decorrência da osteoporose;
- Mudança na quantidade e distribuição do tecido adiposo subcutâneo;
- Redução da massa muscular devido à sua transformação em gordura intramuscular, o que leva à alteração na elasticidade e na capacidade de compressão dos tecidos.

Essas peculiaridades relacionadas ao processo de envelhecimento devem ser avaliadas criteriosamente, para que se possa distingui-las da desnutrição. A população idosa é particularmente propensa a alterações nutricionais devido a fatores relacionados às modificações fisiológicas e sociais, ocorrência de doenças crônicas, uso de diversas medicações, dificuldades com a alimentação, depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional. Estas alterações podem comprometer a ingestão dos alimentos e aproveitamento dos nutrientes, podendo levar à desnutrição.

Em relação à alimentação da pessoa idosa, é importante que o profissional esteja atento para alguns aspectos:

- Perda da autonomia para comprar os alimentos, inclusive financeira;
- Perda da capacidade/autonomia para preparar os alimentos e para alimentar-se;
- Perda de apetite e diminuição da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos;
- Perda parcial ou total da visão, dificultando a seleção, preparo e consumo dos alimentos;
- Perda ou redução da capacidade olfativa, interferindo no seu apetite;
- Restrição para determinados tipos de alimentos, como dietas para perda de peso, diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia;
- Alterações de peso recentes;
- Dificuldade de mastigação por lesão oral, uso ou falta de prótese dentária ou problemas digestivos.

É muito importante também identificar se a pessoa idosa apresentou **perda de peso não intencional de, no mínimo, 4,5kg ou de 5% do seu peso corporal no último ano**. Essa perda pode ser um indicativo de algum problema de saúde, alteração no estado de ânimo, ou reflexo de negligência sofrida, e, portanto, sua causa precisa ser investigada.

6.1.3 Avaliação das continências urinária e fecal

Por diferentes razões, as pessoas idosas nem sempre referem na avaliação clínica a perda espontânea de urina e/ou fezes e gases. Deve-se estar atento ao “odor de ureia” típico da incontinência urinária (IU), ou ao uso de qualquer tipo de proteção, como absorventes, panos, etc. Além disso, é necessário questionar sobre a presença de perda involuntária de urina e/ou fezes e gases ao longo da consulta, de forma explícita. Se a resposta for afirmativa, deve-se investigar as possíveis causas, muitas das quais reversíveis, como restrição de mobilidade, retenção urinária, infecção e efeito medicamentoso.

6.1.4 Identificação da dor crônica

Na avaliação clínica da pessoa idosa também se deve analisar a presença de **dor crônica** ou de longa duração e suas possíveis causas, considerando ser um sintoma comum para procura de tratamento, com alta prevalência em pessoas idosas interferindo na sua capacidade funcional e qualidade de vida (CHIBA e ASMAWI, 2016).

A dor crônica não é “normal da idade”, está relacionada a condições crônicas de saúde. As dores mais comuns em pessoas idosas são: musculoesqueléticas, neuropáticas e oncológicas. A avaliação da dor deve incluir os impactos físicos e psicossociais para a pessoa idosa e o tratamento não deve contemplar somente abordagens farmacológicas, mas também não farmacológicas.

6.1.5 Avaliação da Saúde bucal

A saúde bucal é o resultado de condições biológicas, psicológicas, sociais e culturais que possibilitam o desempenho de funções como mastigação, deglutição, fala, nutrição e relações sociais. De acordo com MOREIRA et al. (2016, p. 2182), deve ser dada muita atenção para “a ocorrência de sinais e sintomas que podem indicar a necessidade de avaliação pela equipe de saúde bucal, tais como: dificuldade ao se alimentar, tanto durante a mastigação como ao engolir os alimentos; queixa de dor ou desconforto; costume ou mudança de hábitos alimentares, preferindo alimentos pastosos, líquidos ou tenros e refugando os que necessitam de mastigação; queixas no momento da higiene oral ou da manipulação da sua boca; resistência ou recusa à realização da sua higiene bucal; mau hálito; boca seca ou ardência bucal; feridas na boca e sangramento gengival”.

Algumas patologias, medicamentos, falta de higiene adequada, entre outros problemas, afetam a saúde bucal e podem desencadear: cárie, periodontite (doença infecciosa crônica), câncer bucal e edentulismo (perda dentária). Portanto, a perda de dentes não é um processo normal do envelhecimento, mas resulta de doenças bucais, da falta de higienização e de medidas de prevenção para a saúde oral.

A avaliação da saúde bucal faz parte da avaliação multidimensional da pessoa idosa e possibilita seu acompanhamento longitudinal, favorecendo o planejamento de ações individuais e coletivas. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa apresenta os principais fatores a serem observados na avaliação da saúde bucal da pessoa idosa: hábitos (uso de álcool e fumo), alterações ou lesões na mucosa, cárie dentária e doença periodontal e uso de prótese dentária.

6.2 Dimensão funcional

Na velhice, o melhor marcador de saúde é a funcionalidade global do indivíduo. Assim, a pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar as tarefas do cotidiano, de

forma independente e autônoma, mesmo na presença de doenças (MORAES, 2009; RAMOS, 2003).

A avaliação funcional, preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é fundamental e determinará não somente o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas também sua necessidade de auxílio. Entre os diversos aspectos que precisam ser investigados estão: o desempenho da pessoa idosa nas atividades de vida diária; sua vulnerabilidade; mobilidade e sistemas sensoriais.

A avaliação da funcionalidade representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Caso não seja capaz, deve-se verificar se essa necessidade de ajuda é parcial, em maior ou menor grau, ou total. **Usualmente, utiliza-se como ferramenta a avaliação no desempenho das atividades cotidianas ou atividades de vida diária:**

6.2.1 Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)

As atividades básicas da vida diária (ABVD) podem ser avaliadas pela **Escala de Katz**, uma das mais utilizadas para avaliar o desempenho nessas atividades.

Conhecer o grau de independência funcional de cada pessoa idosa é fundamental para a programação da reabilitação no Projeto Terapêutico Singular, atendendo, desta forma, às demandas dessa população de modo mais efetivo.

Outro instrumento utilizado é a **Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)**, que avalia o desempenho da pessoa nos domínios motor e cognitivo/social, nos aspectos: alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior do corpo, vestir metade inferior do corpo, uso de vaso sanitário, controle da urina, controle das fezes, transferências para leito, cadeira, cadeira de rodas, transferência para vaso sanitário, transferências para banheira ou chuveiro, locomoção, locomoção em escadas, compreensão, expressão, interação social, resolução de problemas e memória.

A avaliação funcional é realizada para que se possam avaliar os cuidados pessoais e o desempenho do indivíduo nas atividades da vida diária. Esta avaliação direciona a equipe de saúde a programar os objetivos a serem alcançados para sua independência ou treino familiar, observando e ressaltando a sua capacidade preservada e as possibilidades de intervenção.

6.2.2 Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)

As Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) podem ser avaliadas pela **Escala de Lawton**, uma das mais utilizadas para mensurar as AIVD.

Na tentativa de auxiliar na detecção precoce de perdas funcionais em pessoas idosas, RAMOS et al. (2013) identificaram três domínios básicos (mobilidade, necessidades pessoais e atividades que outras pessoas podem fazer por você) que podem identificar perdas funcionais em AVD e, conseqüentemente necessidade de ajuda para sua adequada realização.

Essas três questões são:

1. Você necessita ajuda para andar 100 metros (uma quadra)?
2. Você necessita ajuda para tomar banho?
3. Você necessita ajuda para se deitar e levantar da cama?

As respostas a estas três perguntas permitem traçar uma linha de dependência que começa com a perda da mobilidade, seguida pela necessidade de auxílio para o banho, terminando com a necessidade para deitar-se e levantar-se da cama.

Pensar em uma lógica de evolução da dependência de cuidados, significa identificar as pessoas idosas que:

- São totalmente independentes e estimulá-las a continuar autônomas e independentes;
- Têm uma mobilidade limitada e necessitam de ajuda para realizar AIVD, dentro e fora de casa. Nesses casos é necessário estabelecer estratégias de recuperar a máxima independência funcional possível;
- Precisam de ajuda para atividades de cunho pessoal, mas preservam sua autonomia. Nesses casos também é necessário instituir estratégias de reabilitação;
- Estão altamente dependentes física e cognitivamente e que, portanto, necessitam de ajuda integral para suprir suas necessidades.

Diante disso, é importante que o profissional de saúde forneça estímulos e suportes suficientes para restaurar, o quanto antes, em cada uma dessas necessidades, as habilidades comprometidas e manter e/ou aprimorar as atividades ainda íntegras.

Portanto, a avaliação funcional identificará o grau de dependência da pessoa idosa e determinará os tipos de cuidados que serão necessários.

6.2.3 Avaliação da vulnerabilidade física

Um instrumento que inclui aspectos sobre funcionalidade da pessoa idosa e que vem sendo gradativamente adotado é o Protocolo de Identificação da Pessoa Idosa Vulnerável (VES-13). A vulnerabilidade, como aspecto biológico, diz respeito à maior predisposição ao declínio funcional, devido a fatores de risco individuais que podem levar ao declínio funcional e ao óbito. Para avaliar objetivamente este aspecto, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa adotou o VES-13 (em inglês, Vulnerable Elders Survey), devido sua simplicidade de aplicação e validação no Brasil.

O VES-13, validado no Brasil por MAIA et al. (2012), é um instrumento simples e eficaz, capaz de identificar a pessoa idosa vulnerável residente na comunidade, com base na idade, auto percepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades.

6.2.4 Avaliação da mobilidade

A grande propensão da pessoa idosa à instabilidade postural e à alteração da marcha aumenta o risco de quedas e, por essa razão, equilíbrio e marcha devem ser sempre avaliados. As alterações na mobilidade e quedas podem ocorrer por disfunções motoras, de senso percepção, equilíbrio ou déficit cognitivo. A dinâmica do aparelho locomotor sofre alterações com redução na amplitude dos movimentos, modifica a marcha, que fica com passos mais curtos, lentos e pouca elevação dos pés. A amplitude de movimentos dos braços também diminui, ficando mais próximos do corpo. A base de sustentação se amplia e o centro de gravidade corporal tende a se adiantar, em busca de maior equilíbrio.

Uma queda é um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial (Kellogg International Working Group, 1987). Portanto, a queda é um evento sentinela que pode refletir diversas alterações na pessoa idosa e a diminuição da capacidade funcional. Entretanto, é um evento bastante negligenciado, tanto pela pessoa idosa, como pela família e mesmo por profissionais de saúde, por ser considerado como uma decorrência natural do envelhecimento. É importante que o profissional de saúde indague sobre a ocorrência de queda e avalie a mobilidade de todas as pessoas idosas, especialmente aquelas com histórico deste agravo.

A investigação da ocorrência de quedas deve ser uma rotina na avaliação da pessoa idosa, considerando que o risco de queda aumenta com a idade. É importante conhecer

as circunstâncias em que ocorreu a queda, o local, o que a pessoa fazia, o tempo que ficou no chão, se conseguiu ou não se levantar sozinha.

As consequências de uma queda vão muito além de traumas físicos. A pessoa idosa que cai teme voltar a cair e por isso restringe sua locomoção. Isso configura um ciclo vicioso: a marcha piora, o equilíbrio piora e o risco de cair aumenta. Uma nova queda certamente fará com que a família também intervenha no sentido de restringir a mobilidade da pessoa idosa. A orientação não é parar de andar, mas sim descobrir a causa da queda, suas repercussões e tentar ao máximo recuperar a capacidade de caminhar de uma maneira segura.

Para todas as pessoas idosas, especialmente aquelas com 75 anos ou mais, deve-se indagar sobre dificuldades de equilíbrio ou marcha e observar a pessoa idosa se levantar e sentar na cadeira:

- Para aqueles sem histórico de quedas e sem distúrbios de equilíbrio e marcha ou que já sofreram uma queda, no último ano, e não apresentam distúrbios de equilíbrio e marcha, a orientação é estimular a pessoa idosa a participar de um programa de condicionamento que conste de exercícios de equilíbrio e fortalecimento muscular geral;
- Para aqueles que sofreram 2 ou mais quedas, no último ano, e têm equilíbrio e marcha comprometidos, a orientação é realizar uma avaliação dos fatores de risco intrínsecos, extrínsecos e comportamentais e com base nessa avaliação atuar sobre os fatores modificáveis de forma assertiva.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa identifica a ocorrência de quedas por meio de questões sobre a data e local da queda, bem como possíveis consequências, de acordo com o Quadro 2 abaixo:

Quadro 2: Avaliação das quedas

Data da queda (mês/ano)	Qual foi o local da queda?		A queda causou alguma fratura?		Você parou de realizar alguma atividade por medo de cair novamente?	
	Dentro de casa	Fora de casa	Sim (qual)?	Não	Sim	Não

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 4ª edição, 2017b.

A avaliação e as intervenções voltadas à segurança do ambiente doméstico contribuem para a redução da taxa de quedas e do risco de quedas em pessoas idosas não institucionalizadas, sendo mais efetivas em indivíduos que apresentam risco elevado de quedas, incluindo aqueles com disfunção visual severa (GILLESPIE et al., 2012).

A influência dos fatores ambientais no risco de quedas associa-se ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa. Dessa forma, os riscos domésticos mais comuns devem ser objeto de observação das equipes da Atenção Básica, através da realização de avaliação ambiental da residência. Também é importante a orientação quanto a alguns fatores domésticos que podem contribuir para a ocorrência de quedas e lesões decorrentes. O Quadro 3 apresenta alguns itens importantes para a segurança no domicílio que estão presentes na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Quadro 3 - Segurança no domicílio

Itens importantes para a segurança do domicílio	
Locais	Itens
Áreas de locomoção	Áreas de locomoção desimpedidas.
	Presença de barras de apoio.
	Pisos uniformes e tapetes bem fixos.
Iluminação	Presença de iluminação suficiente para clarear todo o interior de cada cômodo, incluindo degraus.
	Interruptores acessíveis na entrada dos cômodos.
Banheiro	Área do chuveiro com antiderrapante.
	Box com abertura fácil ou presença de cortina bem firme.
Cozinha e quarto	Armários baixos, sem necessidade do uso de escada.
Escada	Piso antiderrapante.
	Corrimão dos dois lados e firme.

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 4ª edição, 2017b.

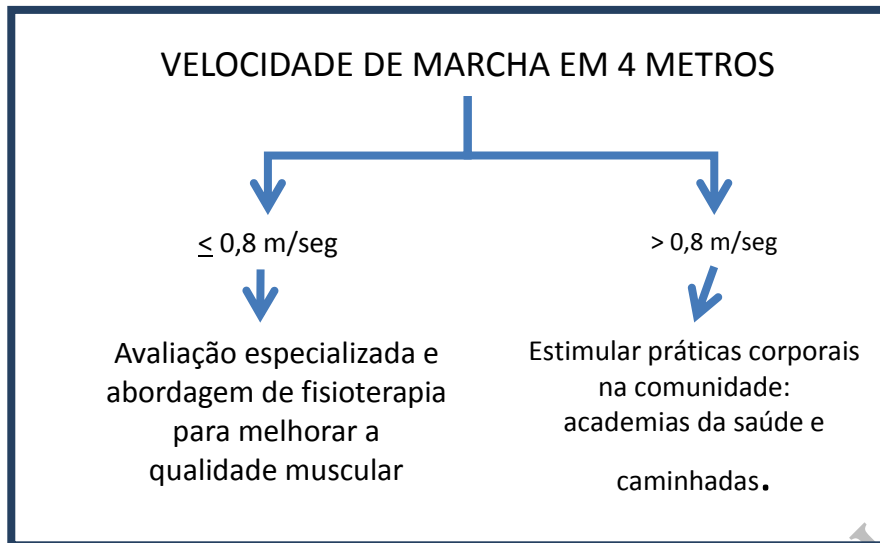
Independentemente do contexto, a equipe de saúde precisa avaliar e identificar as características pessoais e os riscos ambientais que predispõem às quedas para, em seguida, propor estratégias personalizadas adequadas às necessidades de segurança da pessoa idosa.

Para prevenir as quedas também é fundamental a avaliação do equilíbrio e da marcha da pessoa idosa. A Escala de Tinetti, que no Brasil é conhecida como POMA-Brasil, mostra-se útil para o rastreamento do equilíbrio e da marcha.⁵ Existe também um teste simples de velocidade de marcha que pode auxiliar a decisão clínica, conforme mostra a Figura 4 abaixo:

Figura 4 – Avaliação da velocidade de marcha em pessoas idosas

⁵ Esta Escala pode ser encontrada no CAB 19, disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab19>.



Fonte: STUDENSKI, S.A. et al., 2014.

A velocidade de marcha também é útil na abordagem da sarcopenia, pois, para definir a condição funcional das pessoas idosas consideram-se:

- Pessoas idosas mais frágeis e com alto risco de declínio funcional, graves incapacidades, necessidade de institucionalização e alto risco de morte, aqueles que não conseguem caminhar 0,6 m/s;
- Pessoas idosas com risco moderado de desenvolver limitação funcional, dependências para as AVD e hospitalização, aqueles que caminham 0,6 a 1 m/s;
- Pessoas idosas com marcha normal: aqueles que caminham > 1 m/s, representando a deambulação funcional. São pessoas idosas condicionadas que têm funcionalidade suficiente para a vida comunitária independente.

Além das características da marcha, é importante avaliar a mobilidade global e específica e o equilíbrio para a realização de atividades de vida diária. Com o envelhecimento, outras alterações na marcha, além da velocidade de caminhada, podem ocorrer: o alargamento da base de apoio, a diminuição do comprimento e da altura do passo, a diminuição da velocidade do impulso, do balanço dos braços e dos quadris e a redução do sincronismo dos membros são mecanismos compensatórios presentes na marcha senescente. Quando se observam alterações no ritmo e tamanho dos passos e da passada, desvios da linha média, eles podem também ser preditivos de incapacidades funcionais, sarcopenia, fragilidade, risco e medo de quedas e ser um indicativo de doenças que ainda não se manifestaram.

6.2.5 Avaliação dos sistemas sensoriais

A diminuição da acuidade da visão e da audição, em conjunto ou isoladamente, impactam na cognição e na estabilidade postural e podem levar ao isolamento social da pessoa idosa. Por isso, há necessidade de se avaliar esses sistemas. Na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, são sugeridas as questões abaixo, para que se obtenha informações a partir de um rastreio inicial.

Tem alguma deficiência? Sim Não
 Qual? Auditiva Visual Intelectual/cognitiva Física Outra Especificar

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 4ª edição, 2017b.

Adiante, abordam-se brevemente algumas características dos sistemas de visão e audição que devem ser observadas na pessoa idosa.

6.2.5.1 Acuidade visual

A função **VISÃO** é a que envelhece mais rápido. A presbiopia (dificuldade de acomodação visual) acontece, mais comumente, a partir da 5ª década de vida.

O processo natural de envelhecimento associa-se a uma redução da acuidade visual devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças de retina. Ao avaliar essa função, pergunte à pessoa idosa se ela sente dificuldade ao ler, assistir televisão, dirigir ou para executar qualquer outra atividade da vida cotidiana. Aqueles que responderem afirmativamente podem ser avaliados com o uso do Cartão de Jaeger ou com o Teste de Snellen, ambos presentes no CAB-19; ou, quando possível, encaminhados para avaliação oftalmológica.

6.2.5.2 Acuidade auditiva

Presbiacusia - perda progressiva da capacidade de diferenciar os sons de alta frequência – é uma das causas mais comuns relacionadas ao declínio na **acuidade auditiva** das pessoas idosas; e, geralmente, está associada à diminuição da função do sistema vestibular – controle do equilíbrio. A pessoa idosa deve ser encaminhada para avaliação audiológica quando apresentar queixa de perda auditiva, espontaneamente ou referida em resposta a um questionário. Entretanto, muitas vezes, a pessoa idosa pode não perceber essa perda auditiva e, por essa razão, não referi-la. Para auxiliar nessa identificação pode ser utilizado o “teste do sussurro”, como método complementar de triagem auditiva. No caso de falha, a pessoa idosa deve ser encaminhada para avaliação audiológica na rede de saúde. Já o exame otoscópico é

essencial para evidenciar rolhas de cerúmen ou otites. A obstrução por cerúmen contribui para a perda auditiva e a sua remoção pode melhorar em muito a audição. A remoção deve ser feita antes da avaliação da perda auditiva.

6.2.5.3 Olfato e paladar

A sensibilidade olfativa varia pouco em função da idade. O paladar modifica-se, com redução de sensibilidade para o sal e para o doce, o que pode favorecer abusos.

É preciso que a equipe verifique se a pessoa idosa apresenta uma dentição correta e a adaptação das próteses dentárias, além disso deve evitar prescrever regimes alimentares frequentemente inúteis, a fim de permitir, até uma idade avançada, os prazeres da alimentação e do olfato, guardando um equilíbrio nutricional.

6.3 Avaliação Psicossocial

A avaliação psicossocial enfatiza os aspectos relacionados à **cognição**, ao **humor**, aos comportamentos e à saúde mental de forma geral, atentando tanto para situações de sofrimento psíquico quanto de transtornos mentais estabelecidos. Além disso, esta avaliação compreende o entendimento da dinâmica familiar, do **suporte familiar e social**, de questões econômicas, culturais, ambientais, étnico-raciais, de gênero, por se tratar de aspectos que interferem nas condições de saúde das pessoas.

6.3.1 Cognição

A **cognição** compreende um conjunto de capacidades mentais (memória, função executiva, atenção, práxis, linguagem, função viso espacial, comportamento) que permitem ao indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano. O desempenho físico e social da pessoa idosa depende da integridade de suas funções cognitivas. Se a pessoa idosa deixar de realizar uma tarefa que executava rotineiramente, como cuidar do próprio dinheiro, pode sugerir o início de demência.

Perguntas simples são utilizadas para o rastreio do déficit cognitivo. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa contempla as seguintes perguntas para esse fim:

- Algum familiar ou amigo (a) falou que você está ficando esquecido (a)?
- O esquecimento está piorando nos últimos meses?
- O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?

A resposta positiva a uma das questões acima sugere a aplicação de outros instrumentos de rastreio, como o **Mini Exame do Estado Mental (MEEM)**. Essa é uma das escalas mais comuns para avaliar o estado cognitivo, por sua rapidez (5 a 10 minutos) e facilidade de aplicação. É capaz de rastrear as funções cognitivas, mas não pode ser utilizado isoladamente para o diagnóstico das síndromes demenciais. O **MEEM** permite, simplesmente, a quantificação do declínio cognitivo e sugere quais funções cognitivas estão comprometidas em um dado momento. Ele **NÃO** permite em **NENHUM** caso estabelecer um diagnóstico de demência. Ele é útil para o acompanhamento do paciente ao longo do tempo.

Como complementação do MEEM, pode-se utilizar o **Desenho do Relógio** e o **Teste de Fluência Verbal por Categorias Semânticas** (Caderno da Atenção Básica nº 19, p. 139 e 140). Para a progressão da investigação ou encaminhamento de um caso suspeito de demência, sugerimos consultar também o PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Doença de Alzheimer.

6.3.2 Humor

O **humor** é uma função indispensável para a preservação da autonomia do indivíduo, sendo essencial para a realização das atividades de vida diária. Depressão e ansiedade são os principais transtornos de humor que trazem importantes impactos para a saúde e para a capacidade funcional nas idades avançadas, além de serem importantes fatores de risco para o suicídio.

A ansiedade pode ocorrer de forma isolada, porém, geralmente está associada ou é um dos sintomas da depressão. O espectro dos problemas associados ao rebaixamento do humor ou baixa motivação varia desde a tristeza isolada até a depressão maior.

A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre as pessoas idosas e sua presença necessita ser avaliada. Isolamento, dificuldades nas relações pessoais, problemas de comunicação e conflitos com a família podem contribuir ou desencadear a depressão. As dificuldades econômicas e outros fatores de estresse da vida diária tem igualmente um efeito importante.

É essencial que seja feita a diferença entre tristeza e depressão, uma vez que os sintomas depressivos podem ser mais comuns nessa faixa etária, ocorrendo, com frequência, no contexto de enfermidades agudas ou crônicas agudizadas. A presença de depressão entre as pessoas idosas, têm impacto negativo na saúde, com mais comprometimento físico, social e funcional, impactando na cognição e afetando a qualidade de vida.

As perguntas de rastreio para o transtorno de humor que constam na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa são:

- No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?
- No último mês você perdeu o interesse ou prazer por atividades anteriormente prazerosas?

Caso a pessoa responda “sim” a uma das duas questões, pode-se aplicar a **Escala de Depressão Geriátrica (GDS -15)**. Essa escala é uma ferramenta útil, de avaliação rápida para facilitar a identificação de sintomas depressivos em pessoa idosa, contudo, não é um substituto para uma entrevista diagnóstica realizada por profissionais de saúde.

A depressão precede e/ou acompanha muitas condições graves em pessoas idosas: doença de Alzheimer, doença de Parkinson, câncer. Por isso a depressão não deve ser negligenciada e sim encarada como um marcador de gravidade. O seu tratamento favorece a recuperação da autonomia e o envolvimento da pessoa idosa com sua reabilitação e com sua vida social.

6.3.3 Hábitos de vida

Os hábitos de vida devem ser analisados tendo em vista sua importância para o planejamento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Manter hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada, prática regular de atividades físicas, lazer, interação e participação social, cessação do tabagismo e não consumir bebidas alcoólicas em excesso, favorece o envelhecimento com autonomia e independência, além de diminuir o risco de desenvolver doenças e agravos não transmissíveis.

6.3.4 Suporte social e familiar

A dimensão sociofamiliar tem um profundo impacto na saúde e na qualidade de vida do indivíduo, e deve ser considerada na elaboração do Projeto Terapêutico Singular da pessoa idosa. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa lista algumas questões que auxiliam na identificação de vulnerabilidades e indicam a necessidade de acionar, por exemplo, a rede de Assistência Social.

É importante precisar **QUAL O MODO DE VIDA DA PESSOA IDOSA**. A Caderneta apresenta algumas perguntas norteadoras, tais como:

- Você mora sozinho (a)?
- Você mora com familiares?

- Você reside em instituição de longa permanência para idosos (ILPI), abrigo ou casa de repouso?
- Em caso de necessidade, você conta com alguém para acompanhá-lo (a) à unidade de saúde ou a uma consulta?

Deve-se conhecer **com quem a pessoa idosa mora e se tem pessoas de referência que possam ajudá-la caso necessite**. Residir sozinho, por exemplo, em muitos casos, é indicador de vulnerabilidade porque pessoas idosas que não têm relações interpessoais apresentam pior estado geral de saúde. A interação social diminui a probabilidade, mesmo naquelas que apresentam comprometimento funcional, de apresentarem sintomas depressivos (HATFIELD et al, 2013). Residir em uma Instituição de Acolhimento para pessoas idosas, como uma ILPI, também é um forte indicativo de vulnerabilidade social e familiar.

No caso de a pessoa morar com familiares, o **reconhecimento da dinâmica de funcionamento familiar** permite a detecção de disfunções e possibilita a intervenção precoce na busca do reequilíbrio dessa estrutura de relações e na melhoria da qualidade assistencial prestada a pessoa idosa. As equipes de saúde da rede podem auxiliar os membros da família a negociarem seus papéis e funções de maneira a constituírem um sistema familiar o mais harmônico possível. A compreensão da dinâmica familiar é de grande importância para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular - PTS, pois refletirá no alcance do sucesso terapêutico, e na compreensão das articulações necessárias, no caso de a pessoa idosa não ter referências familiares ou de cuidadores que possam lhe dar o apoio/suporte na realização das suas atividades quando necessário.

Também é preciso estar atento aos **indicadores de violência domiciliar, abuso e maus tratos** contra a pessoa idosa. Lesões corporais inexplicadas, descuido com a higiene pessoal, demora na busca de atenção médica, discordâncias entre a história da pessoa e a do cuidador, internações frequentes por não adesão ao tratamento de doenças crônicas, ausência do familiar na consulta ou recusa à visita domiciliar são extremamente sugestivos de violência familiar.

Avalie também os recursos disponíveis: familiares, pontos de atenção da rede existentes, políticas setoriais, serviços voluntários (amigos, vizinhos, agentes de pastoral, igrejas).

A solidariedade social ajuda a romper o isolamento, favorece a reinserção da pessoa idosa e pode ser um meio eficiente para a promoção da saúde e da autonomia. Por isso,

incentivar atividades de **interesse social e lazer** também é importante para um envelhecimento ativo e saudável. A capacidade de socialização e integração social é considerada fator protetor da saúde. Participação em grupos de pessoas idosas, centros comunitários, associações, centros de convivência, centros-dia e organizações de voluntários devem ser estimuladas para toda pessoa idosa.

Além da observação realizada durante as visitas domiciliares, e ou das informações reunidas por ocasião das entrevistas/consultas, nas unidades de saúde, existem alguns instrumentos que podem ser utilizados para auxiliar na compreensão da dinâmica familiar como o APGAR da família, que auxilia a compreender as famílias como funcionais ou disfuncionais, sendo que as últimas, necessitam de intervenção e acompanhamento; o GENOGRAMA e o ECOMAPA, que auxiliam na compreensão da estrutura familiar e a Escala de Coelho e Savassi que possibilita a identificação da vulnerabilidade familiar da pessoa idosa.⁶

Outro aspecto importante a ser considerado na avaliação do suporte familiar e social é o **estresse do cuidador**. Cuidador é a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menor grau). Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, entre outros; auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa.

O ato de cuidar é voluntário e complexo, tomado por sentimentos diversos e contraditórios como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação e choro. Esses sentimentos podem ser simultâneos e devem ser compreendidos, fazendo parte da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada. É importante avaliar a presença de estresse entre os cuidadores. Isso pode ser um fator de risco para a ocorrência de situações de violência contra as pessoas idosas ou de adoecimento do próprio cuidador.

Um instrumento desenvolvido por **Zarit**, que pode ser encontrado no CAB-19, tem-se mostrado apropriado para **avaliar se os cuidadores estão sobrecarregados**. Deve ser aplicado para o cuidador principal - pessoa que mais ajuda a pessoa idosa, em entrevista realizada sem a presença da pessoa idosa.

⁶Estes instrumentos são encontrados no Caderno de Atenção Básica nº 19 (CAB-19), disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab19>. A Escala de Coelho e Savassi para identificação da vulnerabilidade familiar está incluída no “Aplicativo Saúde da Pessoa Idosa” disponível gratuitamente pelo Google Play para android: <https://play.google.com/store/apps/details?id=br.gov.unasus.appsus>

6.3.5 Violência e maus-tratos contra a pessoa idosa

A violência contra a pessoa idosa pode ser definida como qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico. As formas mais comuns de violência contra a população com 60 anos ou mais de idade são: física, negligência/abandono, sexual, econômico-financeira e patrimonial, autoagressão, autonegligência e psicológica (BRASIL, 2014).

Algumas situações como: hematomas ou lesões em áreas escondidas do corpo, higiene pessoal inadequada, presença de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e mudança de comportamento diante do possível agressor, podem sinalizar que a pessoa idosa está sofrendo alguma forma de violência. É importante que os profissionais, familiares e cuidadores fiquem atentos, pois nem sempre a violência contra a pessoa idosa é visível (BRASIL, 2014).

Quando houver suspeita ou confirmação de situação de violência, deve-se conversar com a pessoa idosa e realizar o acompanhamento do caso, acionando, quando necessário, a rede de atenção e proteção intersetorial. Deve-se, também, realizar a notificação compulsória da violência por meio do preenchimento da ficha de notificação compulsória. Se confirmada a situação de violência ou persistir a suspeita, comunicar ao Conselho dos Direitos da Pessoa Idosa, Ministério Público ou Delegacia de Polícia. Esses órgãos são os responsáveis por desencadear as medidas protetivas e de responsabilização.

6.3.6 A sexualidade da pessoa idosa

A sexualidade é um determinante da saúde física, emocional e da qualidade de vida da pessoa idosa, tendo como fator motivador a realização do desejo e busca do prazer. Envelhecer não significa tornar-se assexuado, a sexualidade existe na velhice como em qualquer outra fase da vida, vai além das questões biológicas e inclui fatores psicológicos e sociais. Mesmo com as alterações biológicas do envelhecimento, o indivíduo mantém sua capacidade de sonhar e de desejar. O sexo e o amor na velhice muitas vezes manifestam-se como ternura, carinho, valorização de pequenos gestos e contatos físicos, como toque, olhar e voz.

Algumas alterações fisiológicas do envelhecimento podem interferir na sexualidade, contudo, a possibilidade de sentir prazer não deixa de existir. As pessoas idosas podem manter relação sexual prolongada e o ato sexual pode ser uma experiência prazerosa e sensual. Alterações na capacidade de sentir prazer devem ser avaliadas e investigadas.

Problemas como diabetes, hipertensão, artrite, fadiga, medo de infarto, sintomas depressivos, efeitos adversos de medicamentos, uso de álcool, mudanças nos papéis sociais e dificuldades conjugais podem afetar o desempenho e o interesse sexual ou levar a distúrbios sexuais.

A prática sexual na velhice, muitas vezes, é ignorada pelos profissionais de saúde, dificultando a prevenção e o tratamento de problemas como disfunção erétil, vaginismo, dispareunia, Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, bem como a orientação quanto ao uso de preservativos, lubrificantes e medicamentos que podem interferir na sexualidade.

IMPORTANTE:

Destaca-se que no processo da avaliação multidimensional, quando necessário, outros instrumentos mais complexos podem ser utilizados. Contudo, qualquer instrumento tem limitações e, por si só, não é suficiente para o diagnóstico, devendo ser tomado como complementar e não utilizado de forma mecânica. Quanto mais em risco de perda funcional, maior é o benefício da avaliação multidimensional.

Os problemas identificados a partir da avaliação multidimensional da pessoa idosa, caso não sejam adequadamente tratados, podem conduzir a situações de incapacidade grave - imobilidade, instabilidade postural e quedas, incontinência, declínio cognitivo e iatrogenia. Portanto, os resultados das avaliações devem embasar a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) ou plano de cuidados, a ser implementado, preferencialmente, por equipe multiprofissional com abordagem interdisciplinar; contribuem ainda para a estruturação de ações do ponto de vista coletivo. As intervenções planejadas devem focar na manutenção e/ou recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa

Nada substitui a escuta qualificada realizada pelos profissionais de saúde e a avaliação de todos os aspectos (clínicos, familiares, sociais, culturais, econômicos, afetivos, biológicos, etc.) que envolvem a vida da pessoa idosa.

Assim, o PTS ao ser elaborado pela equipe de saúde juntamente com a pessoa idosa e sua família e/ou cuidadores, a partir das necessidades identificadas na avaliação multidimensional da pessoa idosa, definirá as intervenções a serem realizadas, tanto no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos quanto às relacionadas à recuperação da saúde, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

7. ELABORAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR/PLANO DE CUIDADOS

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma estratégia para o gerenciamento da assistência à saúde, que permite a participação dos diversos sujeitos envolvidos: a pessoa idosa individualmente, grupo de pessoas que demandam atenção ou núcleo de cuidado composto pela pessoa idosa e sua família; os membros da equipe; os gestores, cuidadores, dentre outros.

A proposta do PTS permite a aplicação de uma diversidade de conhecimentos e ações de forma integrada e coerente às particularidades de cada caso, rompe o assistencialismo das organizações e fomenta o cuidado compartilhado, facilita a integração entre diferentes serviços dos diferentes níveis de assistência à saúde e destes com as redes intersetoriais, potencializa a execução de tarefas rotineiras, contextualizando diante das barreiras e facilidades do meio em que vive.

O Projeto Terapêutico Singular deve ser construído coletivamente. A seguir apresentamos uma adaptação da descrição de CARVALHO e CUNHA (2006), que descrevem didaticamente cinco etapas para tal construção:

- **Diagnóstico:** a partir da Avaliação Multidimensional da pessoa idosa e outras avaliações pertinentes a cada caso, deve ser elaborado um diagnóstico, que integra as referências e observações de cada membro da equipe de saúde, oportunizando a troca e compartilhamento de diferentes perspectivas, transcendendo o diagnóstico clínico, dentro de uma visão ampliada de saúde. Nesse processo surge a singularidade.
- **Definição de metas:** a equipe discute o caso, aponta os diversos problemas, os prioriza e propõe metas a curto, médio e longo prazos. A definição das metas deve, dentro do possível, ser discutida e pactuada com a pessoa idosa avaliada, sua família e cuidadores, de forma a respeitar sua singularidade e preferências, objetivando maior adesão ao processo terapêutico proposto.
- **Divisão de responsabilidades:** conforme sejam definidas as metas e as estratégias para atingi-las, devem ser definidos os papéis de cada membro da equipe, da pessoa idosa, dos familiares e cuidadores. É importante ter um coordenador do projeto, geralmente o profissional com quem a pessoa idosa tem maior vínculo.
- **Negociação:** o projeto deve ser discutido e pactuado junto com a pessoa idosa ou núcleo de cuidado, respeitando sua singularidade e preferências.
- **Reavaliação:** a execução do projeto deve ser reavaliada sempre que plausível, e adequações podem ser feitas para atender às necessidades da pessoa idosa atendida ou núcleo de cuidado.

O PTS representa um projeto de possibilidades, com ações e metas para as reais necessidades e demandas da pessoa atendida. A importância de cuidar da saúde é evidenciada, estimulando mudanças de atitudes e comportamento e o engajamento em novas atividades. Dessa forma, possibilita um trabalho amplo, intenso, eficaz e revolucionário que atinge não somente a pessoa que envelhece, mas também familiares/cuidadores que passam a cuidar mais da própria saúde e a identificar novas possibilidades à vida. Conscientiza sobre a responsabilidade dos cuidados de atenção à saúde, prevenindo incapacidades e estimulando mudanças, onde as ações propostas passam a ser de responsabilidade de todos, para desta forma evitar incapacidades e promover mudanças na qualidade de vida.

Desta forma, o PTS busca abarcar as necessidades de saúde da pessoa idosa de forma integral, considerando todos os aspectos que afetam a sua saúde, a sua capacidade funcional e sua qualidade de vida, sejam eles biológicos, familiares, sociais, econômicos, hábitos e estilo de vida, identidade de gênero, raça/cor, orientação sexual ou outros. No tocante a reabilitação da funcionalidade, todos estes aspectos também precisam ser considerados.

Vale destacar que o PTS elaborado em um ponto de atenção deve ser compartilhado para que tenha seguimento nos demais pontos da Rede de forma a garantir a continuidade do cuidado.

8. A REABILITAÇÃO DA PESSOA IDOSA COM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

A OMS, no Relatório Mundial Sobre a Deficiência de 2011, define reabilitação como um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquiri-las, a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente. Assim, a reabilitação visa à melhoria da funcionalidade individual, por exemplo, melhorando a capacidade de uma pessoa comer e beber sem auxílio, mas também inclui a intervenção no ambiente do indivíduo, por exemplo, a instalação de uma barra de apoio no banheiro. Normalmente, a reabilitação acontece durante um período determinado, pode envolver intervenções simples ou múltiplas realizadas por uma pessoa ou por uma equipe de profissionais de reabilitação; pode ser necessária desde a fase aguda ou inicial do problema, logo após sua descoberta, até as fases pós-aguda e de manutenção. Envolve a identificação

dos problemas e necessidades da pessoa, a definição de metas, planejamento e implantação de medidas, além da avaliação de seus efeitos.

De acordo com a OMS (2011), tradicionalmente, os resultados da reabilitação enfocaram o grau de deficiência do indivíduo. Mas recentemente, a medida desses resultados foi ampliada para incluir progressos na atividade e na participação da pessoa. A medida dos resultados de atividade e participação avaliam o desempenho do indivíduo frente a diversas áreas, entre elas, comunicação, mobilidade, autocuidados, educação, trabalho e emprego, e qualidade de vida. Os resultados de atividade e participação podem ser medidos também por programas. Exemplos incluem o número de pessoas que permanecem ou retornam a suas casas ou comunidades, índices de vida independente, índices de retorno ao trabalho e horas gastas em busca de lazer e recreação. Os resultados da reabilitação também podem ser medidos pelas mudanças no uso de recursos; por exemplo, a redução das horas semanais necessárias para serviços de apoio e assistência.

Dessa forma, as medidas de reabilitação visam às funções e estruturas corporais, atividades e participação e fatores ambientais e pessoais. Essas medidas contribuem para que a pessoa atinja e mantenha a funcionalidade ideal na interação com seu ambiente, utilizando os resultados abrangentes a seguir:

- Prevenção da perda funcional;
- Redução do ritmo de perda funcional;
- Melhora ou recuperação da função;
- Compensação da função perdida;
- Manutenção da função atual.

Portanto, os resultados da reabilitação são a melhora e modificações na funcionalidade do indivíduo ao longo do tempo, atribuíveis a uma medida isolada ou a um conjunto de medidas.

Embora o conceito de reabilitação tenha sido classicamente vinculado à ideia de minimizar ou compensar a perda funcional, pode ser ampliado para uma visão que incorpora a prevenção ou adiamento dessa perda. Pessoas idosas que já apresentam perdas funcionais podem ser submetidas a intervenções que venham a evitar ou retardar o surgimento de novas perdas. Essa tarefa preventiva pode ser cumprida também por meio do direcionamento de esforços para aqueles longevos com maior risco de declínio funcional.

O processo de reabilitação requer a participação de uma equipe de profissionais de saúde, que deve, a partir da avaliação multidimensional (identificação e análise dos

problemas) realizada com a pessoa idosa, de forma coordenada, com o envolvimento dos familiares e cuidadores, proceder as seguintes etapas:

- Planejamento (análise dos problemas, definição de objetivos, identificação dos recursos existentes na Rede de Atenção à Saúde, e estabelecimento dos locais de reabilitação);
- Intervenções para manter e/ou recuperar a capacidade funcional;
- Avaliação dos resultados.

A saúde funcional é um importante determinante do envelhecimento ativo e saudável ao longo da vida. Entretanto, alterações decorrentes do processo de envelhecimento e a ocorrência frequente de DCNT ou agravos como quedas, podem comprometer a funcionalidade do indivíduo e levar a limitações na realização das atividades da vida diária, gerando perda de independência e da autonomia da pessoa idosa. Desse modo, o processo de reabilitação da pessoa idosa visa contribuir para a promoção da autonomia e da independência, fomentar a sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas, para assegurar uma cidadania plena. A reabilitação da pessoa idosa focada na devolução de sua capacidade funcional pode ocorrer, dependendo do seu nível de complexidade e necessidade de recursos tecnológicos, em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde.

Assim, devem ser assegurados organização, serviços, métodos, técnicas e recursos para atender às características de cada pessoa idosa que necessite de reabilitação; acessibilidade em todos os ambientes e serviços; tecnologias assistivas, materiais e equipamentos adequados e apoio técnico profissional; bem como a capacitação continuada de todos os profissionais que participem dos programas e serviços. No cuidado à população idosa, os profissionais de saúde devem:

- Reconhecer a pessoa idosa como sujeito de sua própria história, capaz de promover o aprimoramento de sua qualidade de vida e de contribuir para a construção da sociedade brasileira e de decidir sobre como deseja ser cuidado;
- Promover a saúde e a integração social da pessoa idosa, em todos os níveis de atenção;
- Promover o adiamento da perda da funcionalidade decorrente do processo do envelhecimento;
- Tratar as alterações funcionais e motoras provenientes de doenças e problemas associados; e

- Reabilitar a pessoa idosa dentro das suas potencialidades e especificidades (PEREIRA et al., 2011).

Ao planejar a reabilitação da população idosa é fundamental considerar:

- A heterogeneidade do grupo: pessoas da mesma idade têm condições físicas, psicológicas e sociais muito diferentes;
- O enfrentamento de fragilidades: da pessoa idosa, da família e do próprio sistema de saúde;
- A vigilância em saúde, com ênfase nos sinais de perda da funcionalidade e de fragilização da pessoa idosa.

Como dito anteriormente, a reabilitação da pessoa idosa pode ser ampliada para uma visão que incorpora a prevenção ou adiamento de uma perda funcional. Pessoas idosas que já apresentam perdas funcionais podem ser submetidas a intervenções que venham a evitar ou retardar o surgimento de novas perdas.

O exercício físico é uma das estratégias fundamentais para a promoção do envelhecimento ativo, manutenção da capacidade funcional para desempenho das AVD e a prevenção de várias doenças e agravos.

O incentivo à realização de atividades físicas deve ser uma constante na orientação de saúde à população. Pessoas idosas que têm hábitos saudáveis de vida, sem ou com DCNT controladas, devem ser estimuladas a manterem uma atividade física regular que é a mais importante ferramenta de promoção de saúde para se alcançar um envelhecimento ativo⁷. O exercício resistido leva ao incremento das habilidades para desempenho das atividades de vida diária, prevenindo o declínio funcional e a incapacidade. É importante ainda, que os tipos de exercícios sejam variados entre as seções, de tal forma a não sobrecarregar o sistema musculoesquelético e evitar lesões por esforços inadequados.

De acordo com GARBER et al. (2011), é fundamental que pessoas idosas participem de atividades físicas, preferencialmente após liberação médica e com supervisão de um profissional qualificado. É importante a incorporação de quatro tipos de exercícios: aeróbicos, de resistência, flexibilidade e treinamento neuromotor funcional. O ideal é que se acumulem pelo menos 150 minutos de exercício de intensidade moderada por semana, podendo ser divididos em 30 minutos diários ou 50 minutos 3 vezes por semana.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) oferece atividades físicas por meio, por exemplo, do Programa Academia da Saúde (Portaria GM/MS de Consolidação nº 5, de 28 de

⁷ Para saber mais acesse: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

setembro de 2017 - Portaria de origem Nº 2.681, 7 de novembro de 2013), que pode ter atividades específicas para pessoas idosas desenvolvidas de acordo com a demanda do território.

A atuação efetiva das equipes de saúde pode influenciar nas mudanças do estilo de vida das famílias e favorecer a promoção da saúde física e mental, a manutenção da independência funcional, da autonomia da pessoa idosa e dos vínculos familiares. Para isso há várias abordagens de reabilitação disponíveis na RAS que devem ser acionadas.

8.1. AS SÍNDROMES GERIÁTRICAS E A REABILITAÇÃO DA PESSOA IDOSA

As síndromes geriátricas são condições de saúde complexas, prevalentes em pessoas idosas, especialmente naquelas mais frágeis, que não se enquadram em categorias de doenças definidas e frequentemente são consequências de múltiplos fatores subjacentes e afetam vários sistemas orgânicos (OMS, 2015).

Suas principais características são:

- Múltiplas causas;
- Evoluem de modo crônico;
- Fatores de risco similares para diferentes síndromes;
- Uma síndrome pode incluir diversos fatores de risco e envolver múltiplos sistemas;
- Podem ocorrer simultaneamente;
- Comprometem a independência funcional;
- Relacionam-se à maior mortalidade, apesar de não estarem associadas a risco de vida eminente.
- Demandam uma abordagem multidisciplinar.

Essas Síndromes parecem predizer melhor a sobrevivência do que a presença ou o número de doenças específicas. Porém, devido ao seu caráter multiorgânico, que atravessa várias disciplinas, representam desafios para os sistemas de saúde tradicionalmente estruturados e, com frequência, são negligenciados nos estudos epidemiológicos. Os enfoques

inovadores para tratar as comorbidades e as síndromes geriátricas são fundamentais nas respostas dos sistemas de saúde e da sociedade ao envelhecimento da população (OMS, 2015).

Todas essas síndromes demandam ao profissional de saúde: conhecer a maneira como aconteceram; realizar um diagnóstico cuidadoso; instituir tratamento adequado e definir objetivos claros e realistas para a reabilitação.

A seguir destacamos as principais síndromes geriátricas e os aspectos a serem considerados no processo de reabilitação.

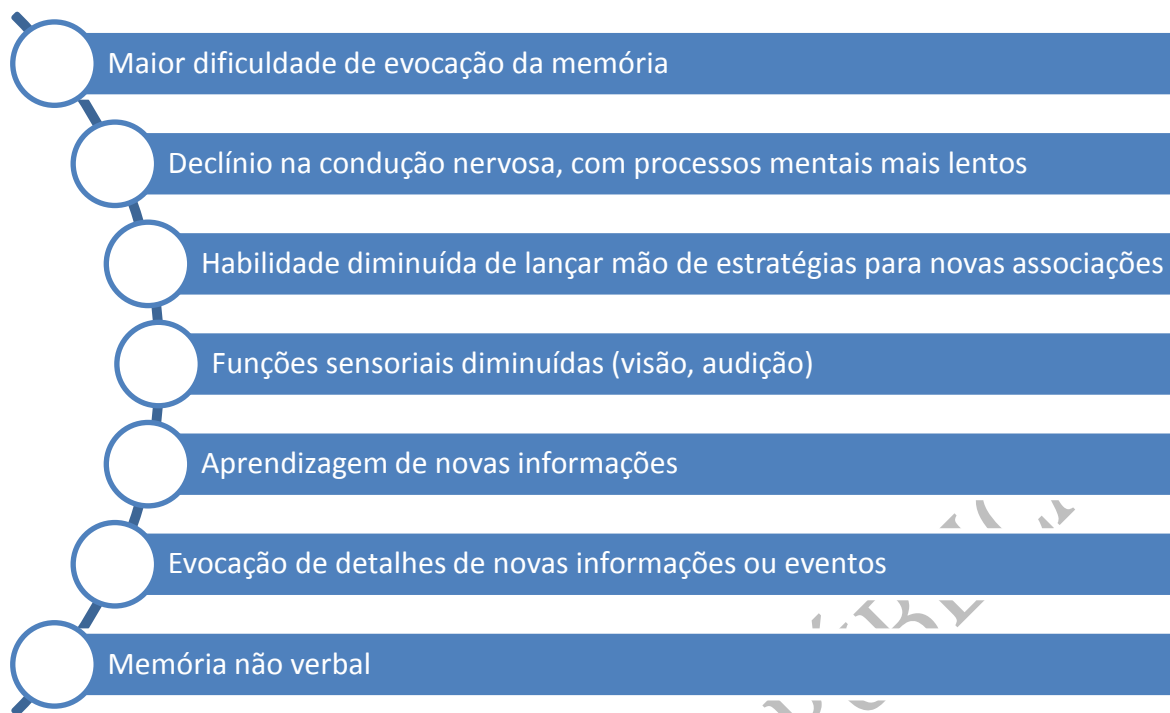
8.1.1 Declínio Cognitivo

As habilidades de pensar, de perceber, de lembrar, de comunicar, de planejar, de sentir, de raciocinar e de responder a estímulos externos compõem o funcionamento cognitivo. Com o envelhecimento, observam-se mudanças no desempenho cognitivo em alguns domínios, que não chegam a afetar a vida cotidiana dos indivíduos.

Dentre os domínios cognitivos, é importante avaliar o nível de consciência e de atenção; a orientação no tempo, no espaço, quanto a fatos e pessoas; o humor e a motivação; a linguagem (capacidade de nomeação e de expressão); a memória verbal e não-verbal; a práxis. Outra habilidade cognitiva diz respeito à capacidade de reconhecimento (gnose), que permite a identificação sonora (por exemplo, um miado de gato) e tátil de objetos comuns com olhos fechados (por exemplo, uma moeda); tarefas viso espaciais e de construção (desenhos e cópias de desenhos); cálculo; abstração (interpretação de provérbios, similaridades entre objetos); julgamento (avaliação de riscos, comportamentos aprendidos), entre outras.

Embora, para a maioria das pessoas idosas, as capacidades cognitivas permaneçam preservadas, algumas alterações podem usualmente acompanhar o envelhecimento, como apresentado na Figura 5.

Figura 5 – Alterações cognitivas usuais com o envelhecimento



Contudo, o funcionamento cognitivo depende de vários fatores, dentre eles os biológicos, culturais, sociais, econômicos, estilo de vida, a presença de enfermidades crônicas e o uso de medicamentos. Por isso, é importante considerar o grau de escolaridade, o interesse, as atividades cotidianas, profissionais e sociais que a pessoa idosa costumava realizar (OMS, 2015). Assim, também para as funções cognitivas, observa-se uma grande variabilidade, sendo possível o declínio em áreas diferentes e até mesmo o aperfeiçoamento em outras, a depender dos fatores supracitados.

Muitas das funções cognitivas começam a diminuir a uma idade relativamente jovem, mas as várias funções diminuem a ritmos diferentes. Como consequência, o funcionamento se torna cada vez mais heterogêneo com os anos. Contudo, há indícios de que a deterioração cognitiva em função da idade, possa ser parcialmente, compensada com as habilidades práticas e as experiências adquiridas ao longo da vida e diminuída com o treinamento mental e atividade física. E, indubitavelmente, preservar a cognição é importante para a promoção da independência e da autonomia da pessoa idosa, o que reforça a importância da reabilitação.

Dentre os diferentes domínios cognitivos, um é especialmente sensível ao envelhecimento: a memória. Trata-se de uma função mental complexa, uma habilidade adquirida que pode ser modificada pelo treino, sofre influência da escolaridade e depende de

concentração, tranquilidade, interesse e da condição de diferentes domínios sensoriais (audição, visão, olfato...). Existem diferentes tipos de memória:

- Imediata: limitada, retém a informação por pouco tempo (por exemplo: o número de telefone)
- Secundária: estocagem permanente da informação, que tem uma capacidade ilimitada;
- Episódica recente: memória consciente de eventos no tempo e lugar (por exemplo: o que a pessoa comeu ontem);
- Semântica: memória consciente não datada no tempo e lugar (a pessoa lembra o que aprendeu, mas não saberia dizer quando);
- Procedural: memória de habilidades não acessíveis à lembrança consciente (por exemplo, andar de bicicleta).

Assim, é importante conhecer o comprometimento fisiológico da memória associado ao envelhecimento e que não representa uma doença e diferenciar do comprometimento cognitivo leve, que não representa uma demência. O termo demência refere-se a um estado de decréscimo cognitivo do indivíduo comparado ao seu nível prévio, com comprometimento de suas funções sociais e funcionais, que não pode ser explicado por quadros psiquiátricos ou medicamentosos (ARAÚJO e NETO, 2014).

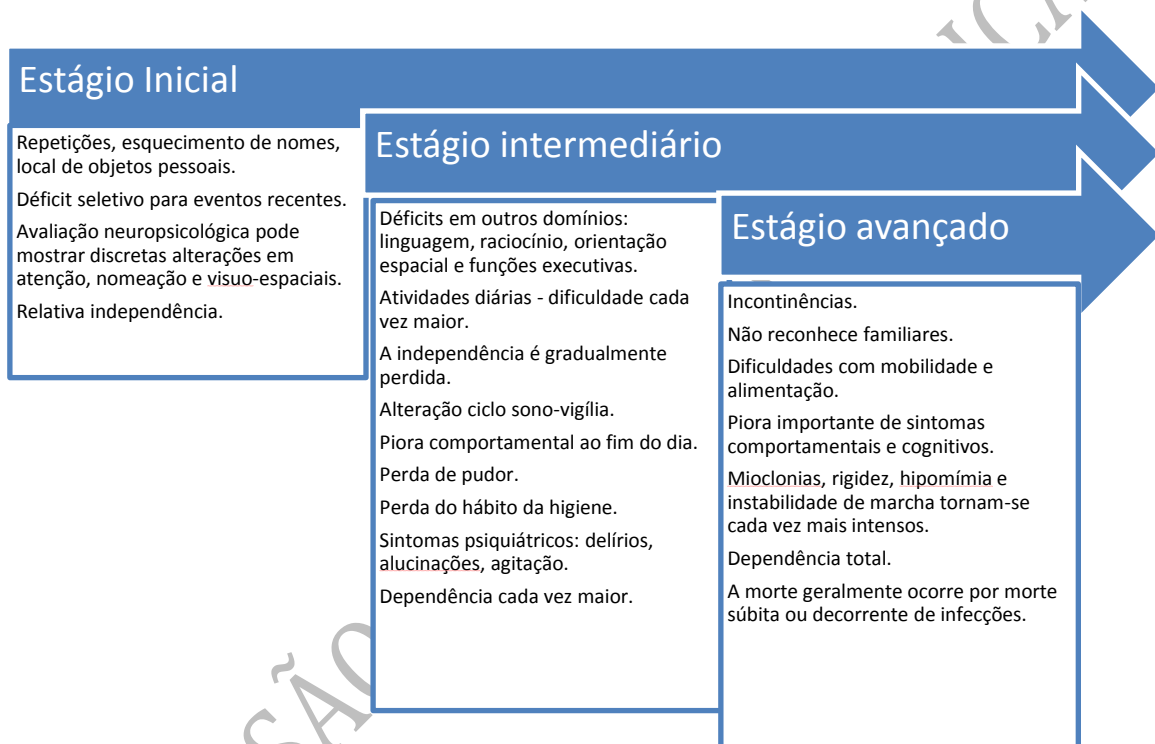
Algumas demências são mais prevalentes no envelhecimento, sendo elas: doença de Alzheimer e demência Vascular. Cada uma destas tem tratamentos e prognósticos diferentes. Contudo, é importante enfatizar que a demência não é uma consequência natural ou inevitável do envelhecimento. É um transtorno que afeta as funções cerebrais cognitivas da memória, a linguagem, a percepção e o pensamento, dificultando a capacidade da pessoa para realizar atividades da vida cotidiana. Há evidências que indicam que com a redução dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares se pode reduzir o risco para determinados tipos de demência, como a vascular e a doença de Alzheimer (OMS, 2015; NORTON et al, 2014).

Alguns sinais de alarme devem fazer o profissional suspeitar de uma demência por doença de Alzheimer:

- Perda de memória que afeta as habilidades profissionais;
- Dificuldade para realizar tarefas familiares;
- Problemas com linguagem;
- Desorientação no tempo e no espaço;

- Julgamento pobre ou diminuído;
- Problemas com pensamento abstrato;
- Perda de objetos ou guardar em lugares errados;
- Mudanças no humor ou no comportamento;
- Mudanças na personalidade;
- Perda de iniciativa.

A doença de Alzheimer é o tipo de demência mais frequente, respondendo por cerca de metade dos casos. Embora cada pessoa evolua na sua demência de modo único, podem-se identificar três fases:



A segunda causa mais frequente de demência é a por Corpos de Lewy responsável por 15 a 25% dos casos. Usualmente, a progressão demencial é mais rápida e tem como sintomas chave:

- Flutuações no desempenho cognitivo e no nível da consciência;
- Alucinações visuais precoces;
- Parkinsonismo;
- Alta sensibilidade aos neurolépticos.

Outra causa de demência são as demências vasculares. Estima-se que um fator vascular poderia ser a causa de até um terço das demências. Portanto, há interesse em que se reconheçam os idosos em risco de comprometimento cognitivo de origem vascular antes que o dano cognitivo se estabeleça. Os comprometimentos cognitivos associados com a doença cerebrovascular decorrem principalmente de lesões, mas também são devidos, em parte, a distúrbios metabólicos (isquemia crônica), à polifarmácia, e/ou aos fatores de risco subjacentes (hipertensão arterial, diabetes).

Contudo, a demência vascular apresenta sintomatologia clínica variada. A pessoa com demência vascular, diferentemente daquela com Alzheimer, não apresenta um declínio cognitivo global, podendo ter um desempenho surpreendente em tarefas de relativa complexidade e não ser capaz de efetuar tarefas mais simples. Ela pode apresentar flutuações de desempenho nos testes. É capaz de se valer de pistas quando estimulado, apresenta perseverações, mantém uma lógica de pensamento, tem a percepção preservada, mas a capacidade de organização é pobre. A pessoa com Doença de Alzheimer costuma ter um padrão mais homogêneo e constante de declínio cognitivo, não utiliza pistas, não sustenta uma linha de pensamento, não costuma perseverar, apresenta perda da configuração espacial e dificuldades de linguagem.

Enquanto pacientes com demência vascular apresentam déficits mais intensos em testes de movimentos repetitivos e dependentes de velocidade motora e de mecanismos corticais e subcorticais, os pacientes com doença de Alzheimer têm pior desempenho em testes de memória verbal e repetição de linguagem.

As tarefas mais difíceis para os pacientes vasculares são as executivas, incluindo lentidão no processamento da informação, iniciação, planejamento, organização, seguimento de sequências e abstração; de fluência verbal, atenção e desempenho motor, que envolvem alternância de estratégias e planejamento. O comprometimento da memória pode ser discreto, com reconhecimento relativamente preservado e melhor aproveitamento de pistas durante os testes. Também pode haver sintomas comportamentais e psicológicos.

Portanto, as demências afetam não somente a vida da pessoa idosa, mas também a de seus familiares. Por isso os profissionais de saúde devem construir estratégias e ações para auxiliar essas pessoas a lidar com essa condição, conhecendo a história da pessoa idosa, sua profissão, seus hábitos de vida, sua condição de saúde, e como está lidando com as dificuldades cognitivas atuais.

Outra condição que leva ao comprometimento cognitivo é o delirium. Trata-se de uma condição transitória de comprometimento da atividade cerebral. Geralmente, tem início súbito, os familiares/cuidadores notam confusão mental, períodos de sonolência ou de agitação, fora do padrão habitual da pessoa. A pessoa idosa com delirium, apresenta variações no nível de consciência e nas capacidades cognitivas, de atenção e de percepção ao longo do dia. Pode haver alucinações visuais (a pessoa idosa vê insetos na parede ou água no chão, por exemplo), medo, agitação ou letargia.

Para diferenciar uma demência de um delirium é importante verificar:

- As mudanças são súbitas ou vêm acontecendo há algum tempo?
- Como está o nível de consciência? Prejudicado?
- Há alucinações?
- Há sinais de doença física presentes?

O delirium é considerado uma urgência geriátrica e pede uma investigação cuidadosa e imediata da (s) sua causa (s): medicamentos, alterações metabólicas ou hidroeletrólíticas, dor, infecções e hospitalizações, especialmente nos casos de fratura de fêmur. Além disso, pessoas idosas com demência são mais susceptíveis a apresentarem delirium. Tratando a causa, as alterações cognitivas do delirium tendem a desaparecer, exceto nas pessoas com demência.

Outra condição que pode levar a um comprometimento cognitivo é a depressão, muito frequente em pessoas idosas, mas é importante ressaltar que não é esperado que o primeiro episódio ocorra nessa faixa etária. Caso ocorra, a pessoa idosa precisa ser avaliada e acompanhada longitudinalmente, pois a depressão de início tardio pode ser um indicativo de um quadro demencial (AVILA e BOTTINO, 2006).

8.1.1.1 Reabilitação no declínio cognitivo

De acordo com TAMAI e ABREU (2013), a reabilitação cognitiva consiste, basicamente, em estratégias desenvolvidas e aplicadas em técnicas cognitivas, primeiramente para a restauração clínica de funções e secundariamente para a compensação de funções, com objetivos de minimizar os distúrbios de atenção, de linguagem, de processamento visual, memória, raciocínio e resolução de problemas, além das funções executivas.

Quadro 4: Características e Orientações para a Reabilitação da Pessoa Idosa com Declínio Cognitivo.

AVALIAÇÃO	PRINCÍPIOS	ORIENTAÇÃO
-----------	------------	------------

<p>Ter acesso ao diagnóstico médico do tipo de demência.</p> <p>Identificar os comprometimentos.</p> <p>Compreender os efeitos dos comprometimentos sobre o desempenho funcional.</p>	<p>Requer uma intervenção multidisciplinar.</p> <p>Prioriza os programas individualizados de treinamento.</p> <p>Utiliza associação de técnicas, considerando a história de vida da pessoa idosa, o contexto social e o ambiente físico em que acontecerá a reabilitação.</p>	<p>Deve-se intervir em todas as áreas afetadas organizando-as segundo uma ordem hierárquica.</p>
<p>Estabelecer um padrão inicial para comparações posteriores.</p> <p>Controlar a evolução e o êxito da reabilitação.</p>	<p>Processo planejado adequadamente com objetivos estabelecidos de acordo com as necessidades, interesses e atividades próprias de cada pessoa idosa.</p>	<p>Deve-se analisar as tarefas e começar utilizando as que exigem demandas mínimas e, paulatinamente, progredir para níveis de maior dificuldade.</p>
<p>Utilizar testes padronizados para a população brasileira (Mini-Mental, Teste do Relógio, Teste de fluência verbal, Teste de reconhecimento de figuras, Bateria do CERAD).</p>	<p>Combinar sessões individuais e grupais.</p> <p>A eficácia depende de diferentes fatores: idade; escolaridade; tempo de evolução da doença; as redes de apoio externo e os fatores ambientais.</p>	<p>Deve-se analisar as tarefas e começar utilizando as que exigem demandas mínimas e, paulatinamente, progredir para níveis de maior dificuldade.</p> <p>As técnicas incluem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Repetição e treinamento para habilidades específicas, mas não melhora a memória para palavras. 2 - Facilitação da aprendizagem: Possibilita à pessoa aprender conhecimentos específicos com o objetivo de aumentar a autonomia nas atividades de vida diária. Evitar ou diminuir a ocorrência de erros durante a fase de aprendizagem melhora a aquisição de conhecimentos específicos. 3 - Estratégias compensatórias: Como as alterações da memória não podem ser restauradas são necessárias “ajudas externas” eletrônicas (celulares, por exemplo) e não-eletrônicas (bloco de notas, agenda). Estas estratégias são especialmente úteis nas fases iniciais da doença; quando os cuidadores auxiliam no uso; quando ocorre o treinamento adequado das pessoas e familiares para o manejo; quando a pessoa idosa já tem familiaridade com o dispositivo. 4 - Terapia de orientação para realidade: Consiste na apresentação de informações relacionadas a orientação – tempo, espaço, pessoa. Proporciona uma maior compreensão do entorno, aumenta a sensação de controle e autoestima, especialmente em pessoas com doença de Alzheimer. Pessoas com demência moderada e que não apresentam euforia são mais prováveis de se beneficiarem. 5 - Terapia de reminiscência: Objetiva estimular o resgate de informação e de recordação verbal ou silenciosa de sucessos da vida de uma pessoa. Recursos: fotos, músicas, revistas, jogos, objetos biográficos, vídeos do passado, etc. O grupo de reminiscência possibilita

		estimular a conversação e despertar a atenção. Apresenta efeitos positivos na participação e socialização.
--	--	--

Fonte: ASSIS, M. G.; BARRETO, K. M. L.; ASSIS, L. O. In: FREITAS, E.V. et al., 2016, p. 1397-1403.

8.1.2 Instabilidade postural e quedas

É a perda de reflexos posturais que alteram diretamente as funções do equilíbrio e da marcha, aumentando as chances de queda.

A instabilidade postural pode resultar de condições intrínsecas (enfraquecimento muscular, hipotensão postural, infecções, medicamentos, doenças articulares ou neurológicas, alterações metabólicas, etc.) e de condições ambientais (calçados inadequados, pisos escorregadios, iluminação insuficiente).

Qualquer situação responsável por restrição da mobilidade colabora para a instalação da instabilidade: repouso no leito, doença aguda, hospitalização. Além disso, a instabilidade favorece a imobilidade, em um ciclo vicioso.

As queixas de desequilíbrio aumentam com o avançar da idade e estão associadas ao funcionamento harmonioso de vários elementos: visão; audição; cognição; atenção; coordenação, sensibilidade e força dos membros. Todos eles podem ser afetados pelo envelhecimento e ou por doenças ou tratamentos que comprometem a força e a coordenação motora. Pessoas idosas com queixas de desequilíbrio são mais propensas a sofrerem quedas e redução da capacidade funcional.

A marcha humana é um ato motor frequente e complexo do nosso cotidiano, exigindo integridade e sincronia entre a flexibilidade, a força muscular e o equilíbrio. A velocidade da marcha tem sido apontada como o 6º sinal vital funcional, pois é um bom indicador dos múltiplos inputs de sistemas fisiológicos e é capaz de refletir o estado geral de saúde do organismo. É considerada uma medida válida, confiável, específica e sensível para detectar mudanças clínicas e apresenta ótimas correlações com habilidade funcional e auto eficácia no equilíbrio (STUDENSKI et al., 2003).

Pessoas idosas são mais propensas a quedas e esse risco aumenta com a idade. Estudo recente mostrou que 25,1% das pessoas idosas sofrem pelo menos uma queda por ano. Essa proporção aumenta para 36,3% em mulheres com 75 anos ou mais de idade. (PIMENTEL et al, 2018). Para as pessoas idosas institucionalizadas a prevalência de quedas também é alta e varia de 32,5% a 60% (SOARES e RECH, 2015). Entretanto, cair não é normal da idade!

As quedas podem estar associadas a diversos fatores intrínsecos, como o sexo, idade, doenças predisponentes, vertigens, alterações visuais e uso de medicamentos, alterações de marcha; extrínsecos, como ambiente inseguro, pisos molhados, barreiras arquitetônicas, escadas, luminosidade insuficiente, hábitos arriscados (andar de meias, subir em cadeiras para pegar objetos no alto) e comportamentais, como o sedentarismo e negação da fragilidade. (PIMENTEL et al, 2018; PRATO et al, 2017; CHANG e DO, 2015; FALSARELLA, GASPAROTTO, COIMBRA, 2014; OMS 2010; MENEZES e BACHION, 2008).

As consequências das quedas podem ser graves e podem resultar em lesões de tecido mole, fraturas, medo de cair e restrição gradativa das AVD, dor e incapacidade. O medo de cair (ptofobia) é uma consequência negativa e frequente das quedas (MAIA, ARANTES, ALENCAR, 2011). A pessoa idosa que cai tende a ficar mais restrita, sair menos de casa, mover-se menos dentro de casa e essa imobilidade colabora para a piora de sua instabilidade e para o isolamento social, que poderá impactar significativamente sobre a capacidade cognitiva e a sensação de inutilidade e vazio.

As causas extrínsecas podem contribuir com até 50% das quedas sendo a própria moradia o local onde este evento mais acontece (BUKSMAN et al, 2008; MESSIAS e NEVES, 2009). Embora não seja consensual, os principais locais de ocorrência de quedas dentro de casa são: o quarto, o banheiro, a cozinha, a sala, o quintal, as escadas e o corredor.

Toda pessoa idosa que apresentar quedas ou cujos familiares relatarem episódios de quedas deve ser globalmente avaliada para pesquisar e tratar as causas e suas consequências, bem como prevenir novos eventos.

8.1.2.1 Reabilitação na Instabilidade postural

De acordo com MORAES (2016), a reabilitação física na instabilidade postural pode ser bastante útil e consiste em intervenções que abrangem o treino de força, da marcha e de estratégias posturais, que devem ser feitas regularmente. Exercícios como o Tai Chi, Lian Gong e Otago melhoram também a postura e a marcha, além de reduzirem o risco de quedas. A prescrição de dispositivos de auxílio à marcha, como bengala, muletas e andadores, deve ser cuidadosa e sempre realizada por profissionais habilitados, como médicos, fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais, caso contrário pode agravar a instabilidade postural e o risco de quedas.

Quando houver indicação, a prescrição de dispositivos auxiliares de marcha para pessoas idosas com alterações de equilíbrio pode ser realizada em todos os níveis de atenção. As bengalas e andadores, dispositivos mais comuns nestes casos, podem ser dispensados nos Centros Especializados de Reabilitação (CER), estruturas da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 – Portaria de origem Nº 793, 24 de abril de 2012), sendo necessária a verificação do fluxo local para encaminhamento.

Medidas ou ações que podem prevenir a instabilidade postural:

- Realizar atividade física;
- Revisar a prescrição de medicamentos, órteses e próteses;
- Pesquisar sistematicamente casos de hipotensão ortostática;
- Estimular a marcha com segurança;
- Avaliar a medicação de uso contínuo, pois alguns podem induzir a quadros de parkinsonismo e ocasionar mais instabilidade e queda;
- Orientar quanto aos riscos ambientais;

Nos casos de instabilidade postural é importante incluir na reabilitação atividades que trabalhem a força, a resistência muscular e a flexibilidade. Quando necessário propor estratégias compensatórias e uso de adaptações ambientais possíveis, evitando recomendações de restrição da mobilidade ou de repouso no leito.

No Quadro 5 são descritas algumas estratégias para recuperação do equilíbrio que podem ser utilizadas no processo de reabilitação da pessoa idosa e no Quadro 6 descreve-se algumas estratégias para manutenção ou recuperação da marcha.

Quadro 5: Estratégias para recuperação do equilíbrio/controlado postural

Intervenções
1) Exercícios de apoio unipodal, alternando os apoios; 2) Marcha em superfícies instáveis, como colchonetes, passeios irregulares, grama; 3) Marcha tandem; 4) Exercícios com olhos fechados; 5) Encaminhamentos para grupos de pessoas idosas com foco em treino de equilíbrio, como circuitos de obstáculos que desafiam o controle postural – Tai Chi Chuan e outros; 6) Progressão dos exercícios; 7) Circuito com obstáculos como cones, colchonetes, escadas, superfícies diferenciadas, olhos abertos e olhos fechados; 8) Se estiver hospitalizado, ficar de pé ao lado do leito, alternando apoio bipodal, com apoio unipodal direito e esquerdo;

Fonte: ARANTES, P.M.M. et al., 2015.

Quadro 6: Estratégias para manutenção e recuperação da marcha

Intervenções
1) Treino de marcha na velocidade habitual e mais rápida, como progressão; 2) Treino de marcha com caneleiras e obstáculos;

- 3) Treino de marcha usando dupla-tarefa;
- 4) Em caso de uso de dispositivos auxiliares, treino com e sem o dispositivo, com auxílio do terapeuta;
- 5) Treino em superfícies irregulares, podendo ser a rua ou áreas próximas à unidade ou domicílio;
- 6) Treino em barras paralelas;
- 7) Deambulação, com auxílio do profissional ou cuidador, por curtas distâncias dentro do quarto;
- 8) Atenção para casos de hipotensão postural, que pode ocorrer após longos períodos acamado;

Fonte: VENDRELY, A. et al., 2012.

Para prevenir quedas, sugere-se que as estratégias das equipes sejam holísticas e compreensivas de modo a investigar e propor intervenções focadas em:

- Fatores pessoais (histórico de quedas, apoio social, nível de atividade, competências cognitivas, sensoriais e físicas);
- Fatores ambientais (contextos sociais, riscos potenciais da moradia e outros locais rotineiramente visitados, disponibilidade de recursos de tecnologia assistiva) e
- Fatores ocupacionais (desempenho funcional no ambiente doméstico e outros contextos relevantes, competências para a realização das Atividades de Vida Diária, nível de atividade/participação).

Diversas intervenções são propostas para melhorar o controle postural e consequentemente prevenir quedas, sendo mais efetivas em pessoas idosas com alto risco de quedas. Especialmente, aquelas que desafiam o equilíbrio em altas e progressivas doses, mas sempre devem ser prescritas e ministradas por profissional de saúde capacitado.

Exercícios em grupo, segurança no domicílio e intervenções multifatoriais para eliminar ou diminuir os fatores de risco modificáveis podem evitar quedas em pessoas idosas.

As intervenções individuais, como a cirurgia de catarata, o controle de dores nos pés e a retirada de medicamentos psicoativos pode prevenir quedas em pessoas com esses fatores de risco. É necessária uma maior compreensão da prevenção de fratura em todos os grupos e de melhores estratégias de prevenção de quedas em grupos de alto risco (SHERRINGTON e TIEDMANN, 2015, ARANTES et al., 2015).

É importante que as intervenções focadas nas quedas estejam presentes na abordagem de todas as pessoas idosas, principalmente acima de 75 anos, com sua intensidade diversificada entre 2 grupos:

- Para aqueles sem histórico de quedas e sem distúrbios de equilíbrio e marcha ou que já sofreram uma queda, no último ano, e não apresentam distúrbios de equilíbrio e marcha, a recomendação é estimular a pessoa idosa a participar de um programa de condicionamento que conste de exercícios de equilíbrio e fortalecimento muscular geral;

- Para aqueles que sofreram 2 ou mais quedas, no último ano, e têm equilíbrio e marcha comprometidos, a recomendação é realizar uma avaliação dos fatores de risco intrínsecos, extrínsecos e comportamentais e com base nessa avaliação atuar sobre os fatores modificáveis de forma assertiva.

Pessoas idosas que apresentem risco potencial de quedas e alterações de memória e/ou funções executivas podem se beneficiar de recursos de tecnologia assistiva para cognição como pistas mnemônicas, luzes associadas aos sensores de movimento, alarmes vinculados a movimento, deslocamento e/ou variação de pressão, sensores de transbordamento, e até sistemas e recursos de apoio à realização de atividades de vida diária (BARBOSA, 2012).

Para que a prevenção de quedas possa ser eficaz e realmente auxiliar um indivíduo a desempenhar tarefas que lhe sejam significativas produzindo impacto positivo em seu cotidiano, sugere-se que três regras bem objetivas sejam seguidas:

- A proposta deve ser simples: o recurso ou estratégia pensada deve ser o mais intuitivo possível;
- A abordagem deve ser necessária: o recurso deve catalisar as competências do indivíduo, melhorando sua capacidade para realizar atividades que lhe sejam absolutamente necessárias;
- O recurso deve respeitar as capacidades: o potencial inato do sujeito não deve ser superestimado nem subestimado pela equipe no momento da prescrição da tecnologia assistiva.

Outra ferramenta poderosa é a psicoeducação. Tanto a pessoa idosa, quanto familiares e cuidadores precisam conhecer os fatores de riscos ou associados com a ocorrência de quedas, suas repercussões funcionais (morbidade e mortalidade) e as estratégias disponíveis para evitar a ocorrência das mesmas, na perspectiva de se tornarem atores engajados e ativistas na busca por segurança, protagonizando as estratégias para evitar a ocorrência deste evento que pode trazer consequências catastróficas para a vida do indivíduo.

O Quadro 7 apresenta algumas estratégias para avaliação, prevenção e intervenção pós-queda e o Quadro 8 apresenta orientações específicas para evitar a recorrência de quedas.

Quadro 7 - Quedas

	<p>Cada episódio da queda deve ser rigorosamente investigado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Circunstâncias da queda, horário, local, frequência, lesões, consequências físicas, psíquicas e sociais, e ainda se a pessoa idosa foi capaz de levantar-se sozinho e quanto tempo levou para fazê-lo (ficar mais de 2 horas é sinal de pior prognóstico); - O profissional de saúde deverá avaliar a marcha e o risco de quedas. - Para aqueles que sofreram 2 ou mais quedas, no último ano, e têm equilíbrio e marcha comprometidos, a orientação é realizar uma avaliação dos fatores de risco intrínsecos,
--	---

Avaliação	extrínsecos e comportamentais e com base nessa avaliação atuar sobre os fatores modificáveis de forma assertiva. - Avaliar se a pessoa idosa: tem medo de cair e se sua capacidade cognitiva está comprometida.
Prevenção	- Adequar prescrições medicamentosas e de tecnologias assistivas, corrigir ambientes de risco, detectar doenças; - Estimular a pessoa idosa a participar de um programa de condicionamento que conste de exercícios de equilíbrio e fortalecimento muscular geral; - Orientar quanto aos fatores comportamentais e ambientais (Quadro 8). - Utilizar recursos de tecnologia assistiva quando indicados.
Intervenção	- Fisioterapia ortopédica em casos de lesões como luxações e fraturas. - Acompanhamento psicológico, quando necessário; - Treino de orientação espaço-temporal, quando necessário; - Estimulação Cognitiva e de Memória, quando indicado; - Dieta nutricional que favoreça a recuperação global, quando necessária.

Quadro 8 - Orientações específicas para prevenção da ocorrência de novas quedas.

Fatores Comportamentais	
Problema	Intervenção
Sapatos instáveis/ inseguros	1. Orientação para o uso de sapatos seguros: bem ajustados, com alças que promovam apoio nos calcanhares, com laços ou velcros que garantam a fixação ao caminhar, com solados anti-derrapantes e que proporcionem máximo contato com o solo, bordas arredondadas que auxiliem na prevenção dos escorregões. - Observar os sapatos utilizados durante as AVDs, em casa e na rua e verificar a possibilidade de aquisição de calçados adequados. - Orientar para não usar chinelos junto com meias; - Orientar para não usar pantufas.
Roupas inseguras	1. Questionar sobre as roupas usadas no dia-a-dia, em casa e na rua, e a possibilidade de adaptação das mesmas, caso seja necessário. 2. Orientar que devem ser evitadas roupas muito longas e que possam prender nos pés/tornozelos como vestidos muito compridos ou calças com barras mal feitas/ difíceis de serem colocadas. 3. Em casos de hospitalização a família/cuidador deverá ser orientado a levar roupas para a pessoa idosa de comprimento adequado, confortáveis e de fácil manuseio pela equipe profissional.
Comportamentos de risco	1. Observar a colocação dos utensílios e sugerir colocar os objetos mais usados pela pessoa idosa em locais ao alcance das mãos, evitando que ele tenha que subir em escadas/bancos para alcança-los. 2. Questionar sobre a limpeza do ambiente e sugerir evitar deixar o piso molhado ou úmido, em locais onde a pessoa idosa transita na casa; 3. Orientar o cuidador que não deixe a pessoa idosa se levantar sozinha do leito, solicitando auxílio da equipe.

Fatores Ambientais	
Iluminação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar quanto a intensidade e distribuição da iluminação doméstica, que deve ser forte o suficiente para evitar penumbras, sombras ou piora da percepção visual durante os deslocamentos; 2. Orientar para manter uma luz do banheiro acesa durante toda a noite, quando possível; 3. Próxima a cama da pessoa idosa deve haver um interruptor ou abajur, quando possível, para fácil acionamento da iluminação; 4. Em caso de hospitalização o foco de iluminação deve ser mantido.
Escadas/degraus	<ol style="list-style-type: none"> 1. As escadas ou degraus devem ter iluminação adequada; 2. Lentes bifocais devem ser evitadas ao subir degraus ou escadas; 3. Em caso de hospitalização verificar as condições das escadinhas localizadas na beira do leito; 4. As escadas de acesso aos ambientes devem possuir corrimão e marcas (faixas) contrastadas.
Objetos espalhados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tapetes, capachos, animais domésticos, fios nas áreas de passagem devem ser evitados; 2. Tapetes devem ser evitados, mas quando utilizados, devem ser antiderrapantes ou fixados ao assoalho por fita dupla-face; 3. Animais domésticos devem ser mantidos em área reservada do domicílio, de não circulação constante pela pessoa idosa; 4. A família/cuidador deve evitar deixar malas ou outros objetos nos espaços onde a pessoa idosa pode circular; 5. Nos hospitais, a equipe não deve deixar carrinhos ou outros objetos no quarto, quando não estiverem sendo utilizados.
Disposição da Mobília	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mobília e elementos de decoração dispostas nas passagens / caminhos devem ser retirados; 2. Modificações na localização/disposição dos móveis não devem ser realizadas sem a ciência/consentimento da pessoa idosa. Treino de orientação e deslocamento deve ser ofertado nestas situações; 3. A altura de camas, cadeiras e sofás deve ser adaptada para evitar movimentos amplos de flexão de quadril e joelho ao sentar e levantar.
Área externa do domicílio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quando existente, a área externa deve ser plana, seu acesso fácil, com corrimão, e de piso não escorregadio. 2. Jardins ou vasos devem ser dispostos em suportes na altura da cintura da pessoa idosa, evitando que ele se abaixe/ajoelhe durante o manuseio.
Banheiro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Devem ser instaladas barras de apoio nos banheiros, dentro do chuveiro e

	<p>próximo ao vaso sanitário.</p> <p>2. A altura do vaso sanitário deve ser adequada, para evitar movimentos amplos de flexão de quadril e joelho ao sentar e levantar.</p> <p>3. Se possível, a pessoa idosa deve evitar tomar banho quando estiver sozinho e não trancar as portas. Em caso de queda, portas trancadas dificultam o socorro.</p> <p>4. O piso do banheiro deve ser antiderrapante, e, se usado, o tapete também deve ser.</p> <p>5. Não deve haver degrau na entrada do banheiro.</p> <p>6. Em caso de hospitalização o banheiro adaptado deve ser de tamanho suficiente para permitir a entrada do cuidador ou membro da equipe junto com o paciente, caso seja necessário auxílio para o banho.</p>
--	---

Fonte: THE NATIONAL SLIPS AND FALLS PREVENTION PROJECT, Australian Government, 2005 e HILL, A.M, 2015.

8.1.3 Imobilidade

A síndrome da imobilidade (SI) é um complexo conjunto de sinais e sintomas, em razão da perda de movimentos articulares e da instabilidade postural, que compromete a independência, gera incapacidade, fragilidade e até a morte (ALMEIDA et al., 2008). Essas alterações ocorrem no indivíduo acamado por um período temporário ou prolongado e podem acontecer subitamente, como resultado das quedas com trauma e fratura de fêmur, acidente vascular encefálico (AVE), e complicações pós-cirúrgicas; ou de forma progressiva e crônica, em razão de fraqueza e debilidade, rigidez por parkinsonismo, desequilíbrio, problemas ortopédicos, dor, medo de cair, depressão e até ausência de motivo aparente. Os fatores de risco da SI podem ser agrupados em:

- **Intrínsecos:** relacionados com a idade da pessoa, dependência nas AVD, problemas psiquiátricos, polipatologias, polifarmácia e instabilidade postural; e
- **Extrínsecos:** referentes a problemas familiares, como negligência e ações propositais, fatores ambientais, hospitalização prolongada e institucionalização.

Quando a pessoa permanece de 7 a 10 dias no leito é considerado “repouso”, entre 12 a 15 dias, imobilização e a partir de 15 dias, decúbito de longa duração (LEDUC, 2011). Porém, a cada semana que a pessoa passa imobilizada no leito, ela perde 5% de sua massa muscular. Neste sentido são fundamentais a prevenção e a inclusão de reabilitação adequada a todos estes casos.

Independentemente da condição ou da forma de instalação da SI, ela pode levar a complicações circulatórias, dermatológicas, respiratórias e também psicológicas (ALMEIDA

et al, 2008). Assim, com a evolução do conhecimento e a experiência clínica, a mobilização precoce dos pacientes acamados tornou-se fundamental para uma evolução favorável dos quadros clínicos agudos ou crônicos. Hoje, uma das recomendações mais importantes do cuidado gerontológico é a retirada precoce do leito para prevenir a instalação de uma SI definitiva e de suas complicações (LEDUC, 2011). A SI tem inúmeras consequências psicológicas, orgânicas e funcionais:

- **No sistema musculoesquelético:** hipotrofia ou atrofia muscular e descondicionamento, contraturas, osteoporose e osteopenia, deterioração articular, ossificação heterotópica, osteomielite, deformidades;
- **No sistema respiratório:** diminuição do trabalho com consequente perda de força da musculatura da ventilação, diminuição de volumes e capacidades pulmonares, estase de muco em áreas mal ventiladas levando a infecções pulmonares, atelectasias, dificuldade para tossir, bronca aspiração;
- **No sistema circulatório:** alteração no volume de distribuição dos fluidos corporais, hipotensão ortostática, trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar;
- **No aparelho geniturinário:** estase da urina, cálculo renal, infecções, bexiga neurogênica, incontinência;
- **No sistema gastrointestinal:** perda de apetite, incontinência fecal, constipação, fecaloma;
- **No sistema tegumentar:** a úlcera de pressão é a alteração mais comum que acontece nos pacientes submetidos ao longo período de decúbito e pode ser minimizada por mudanças constantes de decúbito e cuidados avançados de curativos (LEDUC, 2011).

8.1.3.1 Reabilitação na Imobilidade

O processo de reabilitação da imobilidade inicia-se com avaliação da pessoa idosa por profissional de saúde habilitado que deve informar-se com os familiares e/ou cuidadores sobre aspectos que interferem na mobilidade, tais como:

- Uso de medicamentos;
- Piora na marcha;
- Repouso nos últimos 30 dias, avaliando sua causa;

- Doenças agudas (pneumonias, infecção urinária, AVE, instabilidade, tonteados, fraturas) e
- Doenças Crônicas (neuropatia diabética, arteriopatias, osteoartrites de quadril e joelhos, nefropatias, hepatopatias, neoplasias, cirurgias etc).

Durante o processo de reabilitação, a pessoa idosa, sua família e/ou seu cuidador devem ser orientados sobre a importância da recuperação precoce da mobilidade. Esta recuperação pode acontecer com medidas de mobilização passiva, melhora da expansibilidade pulmonar, prevenção de edemas de estase, cuidados com o funcionamento intestinal, hidratação e nutrição adequadas. O Quadro 9 apresenta algumas estratégias de intervenção para reabilitação da pessoa idosa com síndrome da imobilidade.

Quadro 9: Estratégias de reabilitação da imobilidade

Intervenção
<p>Estimular a movimentação no leito e a independência nas atividades;</p> <p>Estimular a deambulação (caminhada);</p> <p>Prevenir complicações pulmonares;</p> <p>Auxiliar na resolução de patologias pulmonares já instaladas.</p> <p>Promover um padrão respiratório mais eficaz;</p> <p>Evitar complicações circulatórias;</p> <p>Reduzir a dor;</p> <p>Manter força muscular e a amplitude de movimentos com exercícios. Ex: Isométricos, metabólicos, ativos-resistidos e passivos;</p> <p>Evitar encurtamentos musculares, atrofia e contraturas;</p> <p>Melhorar mobilidade e flexibilidade, coordenação e habilidade;</p> <p>Promover relaxamento;</p> <p>Prevenir e tratar o edema (inchaço) que pode ocorrer como consequência da patologia de cirurgias ou da imobilização no leito;</p> <p>Promover a reeducação postural;</p> <p>Promover a conscientização corporal;</p> <p>Prevenir escaras (desde a fase aguda hospitalar, realizando mudanças de decúbito de 2/2hs).</p>

8.1.4 Incontinência Urinária e/ou Fecal

Incontinência urinária é a perda involuntária de urina. É um dos problemas mais comuns na idade avançada, mais frequente nas mulheres. Essa condição aumenta com a idade

e afeta uma em cada cinco mulheres de 85 anos e mais (MORAES, MARINO e SANTOS, 2010).

As pessoas idosas, principalmente as mulheres, podem ter uma incontinência de urgência - têm que correr quando percebem a vontade de urinar - ou de esforço – perdem urina quando tosse, abaixam, carregam peso, riem ou espirram. Os homens idosos podem ter incontinência por causa de problemas da próstata. A forma mais comum é a incontinência urinária de urgência, mas também existe a incontinência funcional, ou seja, quando outras condições, como problemas de locomoção, alterações de memória, uso de remédios (calmantes, diuréticos, entre outros), impedem que a pessoa chegue a tempo no banheiro e levam a perdas de urina. A Incontinência Urinária pode ser:

- **De estresse:** caracterizada pela perda involuntária de urina sincrônica ao esforço, espirro ou tosse;
- **De urgência:** caracterizada pela perda involuntária de urina, associada ou imediatamente precedida de urgência miccional. Há, em geral, queixa associada de polaciúria e noctúria. Corresponde, frequentemente, à queixa de diminuição da complacência vesical ou de bexiga hipersensível;
- **Mista:** caracterizada pela perda involuntária de urina concomitante à urgência miccional e ao esforço; e
- **Por transbordamento** (bexiga hiperativa ou síndrome de urgência): caracterizada pelo gotejamento e/ou perda contínua de urina associados ao esvaziamento vesical incompleto, devido à contração deficiente do detrusor e/ou obstrução na via de saída vesical.

A incontinência fecal – perda involuntária de fezes – é mais rara, mas muito incapacitante. As pessoas idosas acamadas podem ter a eliminação de fezes semilíquidas em pequenas quantidades, erroneamente atribuídas à diarreia. Quando na verdade, a pessoa idosa está com um fecaloma (fezes endurecidas de difícil eliminação em consequência de constipação crônica). Além disso, pessoas com demência podem apresentar agitação por causa de fecaloma, mas terão dificuldades em expressar o que lhes está incomodando. Para prevenir fecalomas é importante a hidratação adequada, a ingestão de alimentos ricos em fibras e a atividade física. Pedir à pessoa idosa para ir ou ser levada ao banheiro sempre no mesmo horário é útil para a recuperação do hábito. No caso das pessoas com demência, é importante prestar atenção no funcionamento intestinal para evitar que elas fiquem muitos

dias sem evacuar. A remoção do fecaloma pode ser feita através da extração manual ou com o uso de clister glicerinado.

Porém, muitas vezes, as pessoas idosas têm vergonha de falar sobre a incontinência. Por isso, é muito importante perguntar se está acontecendo perda de urina e ou de fezes e conhecer a história obstétrica, as doenças, as cirurgias e o uso de medicamentos, para orientar e reabilitar essas pessoas. As complicações da incontinência - urinária e ou fecal - são: o isolamento social, a depressão, as infecções urinárias de repetição, as lesões na pele e úlceras de decúbito, a dependência de cuidados, a auto percepção negativa do seu estado de saúde, e até a morte. Desta forma, aumenta a tensão emocional e a carga para os cuidadores. Portanto, o impacto da incontinência pode ser profundo na qualidade de vida tanto das pessoas idosas como de seus cuidadores (OMS, 2015).

Pessoas idosas que apresentarem ou cujos familiares e/ou cuidadores relataram episódios de incontinência (eliminação de urina ou fezes, em hora e local inapropriados), deverão ser avaliados globalmente para a pesquisa de causas tratáveis de incontinência. Além de identificar a incontinência é necessário o tratamento das suas causas, pois ela pode levar ao isolamento social, à depressão e predispor a quedas. O tratamento deve ser feito de acordo com o mecanismo fisiopatológico da incontinência.

8.1.4.1 Reabilitação na Incontinência Urinária e/ou Fecal

Para prevenir a incontinência sugere-se:

- Orientar a família e cuidador para aquisição de alguns hábitos gerais, como: ingerir quantidade adequada, mas não excessiva, de líquidos;
- Evitar o consumo de álcool e de cafeína; reduzir a ingestão hídrica noturna; interromper o hábito do tabagismo;
- Tratar a constipação e as pneumopatias quando a Incontinência Urinária é exacerbada pela tosse;
- Estabelecer horários e intervalos regulares para ir ou levar a pessoa idosa ao banheiro.
- Substituir, quando possível, as medicações diuréticas;
- Fazer exercícios que melhoram a musculatura do assoalho pélvico;
- Investigar outras condições que comprometam a mobilidade e a chegada em tempo hábil ao banheiro;

O tratamento da incontinência urinária e/ou fecal é realizada com medicamentos, fisioterapia para fortalecer a musculatura pélvica e mudanças de hábitos. A cirurgia é indicada quando esses métodos não surtirem efeito.

8.1.5 Comprometimento da Comunicação

Caracteriza-se pela diminuição nas habilidades de fala, audição, linguagem, motricidade e visão, com diminuição da troca de informações com o meio, resultando na perda de independência e sentimento de desconexão com o mundo, sentimento de frustração, perda ou restrição da participação social (funcionalidade), comprometendo a capacidade de execução das decisões tomadas, afetando diretamente a independência do indivíduo.

O ser humano é eminentemente social e precisa comunicar e relacionar-se com as pessoas e o meio onde vive, construindo vínculos com quem interage. Para isso torna-se necessária a comunicação, que ocorre por meio da linguagem, que é uma função cerebral complexa composta por processos linguísticos, com o objetivo de partilhar uma informação, abstraída e simbolizada por signos, que são convencionados pelos emissores e receptores. Quando não é possível a integração de sistemas sensoriais para a concretização da comunicação verbal, tem-se o apoio da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa, que envolve a comunicação não verbal para auxiliar ou substituir a comunicação oral. Portanto, a dinâmica que a pessoa estabelece no processo de comunicação, independentemente do modo, permite avaliar o apoio social e a capacidade do indivíduo para transmitir suas necessidades e para pedir auxílio a sua rede social.

As interações sociais seguem uma dinâmica heterogênea ao longo do ciclo da vida. Na velhice, pode ocorrer um desgaste progressivo das relações sociais devido a três fatores: a morte ou migração de familiares; o aumento das dificuldades da pessoa idosa na realização das tarefas necessárias para manter ligações sociais ativas; e a redução das oportunidades para a renovação de laços afetivos. Esse empobrecimento das redes sociais reduz a quantidade de contatos, modifica a qualidade e a variedade de interações e de recursos e limita, de certo modo, a capacidade comunicativa das pessoas idosas. Essa situação também se reflete na família (SLUZKI, 2000).

Algumas medidas devem ser observadas pelos familiares e/ou cuidadores e profissionais de saúde, tais como:

- Usar frases curtas e objetivas;
- Não tratar as pessoas idosas como crianças ou utilizando termos diminutivos;

- Falar de frente e sempre em ambientes iluminados para que a pessoa idosa possa ouvir e ver o movimento dos lábios de quem fala;
- O cuidador deve repetir a fala utilizando palavras diferentes conforme a necessidade da pessoa idosa;
- Não interromper a pessoa idosa quando ela estiver falando;
- Incentivá-la a concluir seus pensamentos sempre;
- Diminuir os ruídos no ambiente onde a pessoa idosa é cuidada;
- Sempre que a pessoa demonstrar não ter entendido o que foi falado, repita o que falou com calma evitando constranger a pessoa cuidada;
- Falar de forma clara e pausada e aumentar o tom de voz somente se isso realmente for necessário;
- Verificar a necessidade, adaptação e condições de próteses dentárias;
- Verificar a necessidade de uso e adaptação de próteses auditivas;
- Conversar e cantar com a pessoa, pois essas atividades estimulam o uso da voz;
- A música ajuda a pessoa cuidada a recordar pessoas, sentimentos e situações que ocorreram com ela, ajudando na sua comunicação;
- O toque, o olhar, o beijo, o carinho são outras formas de comunicação, que ajudam o cuidador e profissional a compreender a pessoa cuidada e ser compreendido por ela.

8.1.6 Iatrogenia

Refere-se à doença causada por efeitos adversos ou complicações decorrentes da prática de profissionais ou equipes de saúde ou de outros tratamentos. Na farmacologia caracteriza-se por uma doença ou alteração patológica criada por efeitos colaterais de vários medicamentos em um mesmo período. Dito de outro modo, as pessoas idosas são mais suscetíveis à iatrogenia, em razão do próprio envelhecimento que as deixa mais vulneráveis a doenças agudas e crônicas que demandam o uso de vários medicamentos e que modifica a maneira como o corpo metaboliza os medicamentos. Além disso, quanto mais doenças, mais procedimentos invasivos (radioterapia, quimioterapia, diálise, cateterismo, cirurgias, terapia intensiva, etc.), maior o risco de iatrogenia. Neste contexto, destaca-se, a importância da prevenção quaternária, por meio da suspensão de intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas excessivas ou inadequadas (desprescrição).

Uma iatrogenia pode acontecer por omissão – quando os profissionais atribuem às queixas da pessoa idosa ao próprio processo de envelhecimento e deixam de cuidar de condições tratáveis – ou por excesso – quando se pretende tratar todos os problemas de uma só vez. Quanto mais prescrições, maior o risco de haver interação medicamentosa, isto é, uma droga pode aumentar ou inibir o efeito da outra.

Dificuldades relacionadas à pessoa idosa também podem levar a erros:

- Cognitivos: ela erra o remédio que deveria tomar porque não consegue ler ou esquece de tomar o remédio ou ainda esquece que já o tomou e repete a dose;
- Sensoriais: não enxerga o nome e utiliza o remédio errado ou a dose errada, por exemplo.

Outra causa de iatrogenia é a mudança de ambientes. Durante a internação hospitalar, pode haver uma comunicação ineficiente com o próprio paciente e sua família e haver trocas de remédios.

Para o profissional, é muito importante evitar a iatrogenia da palavra: aprender a comunicar notícias ruins e a lidar com expectativas frustradas é parte de um cuidado humanizado.

Privar uma pessoa idosa de reabilitação por entender que a pessoa idosa não tem potencial de recuperação, também é uma iatrogenia frequente e com graves repercussões para a qualidade de vida da pessoa idosa.

A pessoa idosa e/ou seus cuidadores deverão ser orientados quanto à prescrição medicamentosa visando evitar a automedicação. O profissional de saúde deve ser extremamente criterioso na prescrição medicamentosa e indicação de procedimentos terapêuticos para as pessoas idosas. Um efeito colateral não deve ser tratado com outro medicamento. Isso estabelece o efeito “cascata”. Deve ser indagado e levado em conta os medicamentos fitoterápicos e homeopáticos que muitas pessoas idosas tomam por conta própria ou por indicação de vizinhos e amigos.

8.1.7 Síndrome de Fragilidade

Os termos *fragilidade* e *Pessoa idosa frágil* têm sido cada vez mais utilizados nas áreas de Geriatria e Gerontologia, mas ainda não existe um consenso em relação à definição do termo fragilidade e de quais características descrevem o perfil da pessoa idosa frágil⁸

⁸ RODRIGUES-MAÑAS, et al (2012) publicaram um estudo que teve como finalidade identificar uma definição de consenso em relação a Fragilidade. Para isso reuniram opiniões de especialistas. Embora não tenham alcançado um consenso em relação a uma única definição, eles concordaram que a fragilidade é de natureza multidimensional, por que é necessário avaliar múltiplos domínios, especificamente concordaram que deveriam ser os seguintes: desempenho físico, incluindo a velocidade de marcha e mobilidade, estado nutricional, de saúde mental, e cognição. Também concordaram que não existe um único biomarcador da fragilidade e sim múltiplos. Os especialistas concordaram claramente que a fragilidade é uma síndrome multidimensional caracterizada pelo decréscimo das reservas e a diminuição da resistência aos estressores. Também diferenciaram a fragilidade da vulnerabilidade dado que qualquer indivíduo é potencialmente vulnerável, mas o indivíduo frágil representa um estado extremo de vulnerabilidade onde o mínimo estresse pode causar prejuízo funcional.

(RODRIGUEZ-MAÑAS, 2012). Atualmente, o modelo mais utilizado de fragilidade define-a como uma síndrome clínica multifatorial, onde interagem fatores biomédicos, psicológicos e sociais e que resulta na diminuição de reservas de energia e da resistência aos estressores (FRIED et al, 2001).

Essa síndrome está embasada em um tripé composto por sarcopenia; desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica, os quais tornam a pessoa idosa propensa à redução significativa de massa muscular e a um estado inflamatório crônico que somados a fatores extrínsecos como comorbidades, redução de ingesta alimentar, inatividade física, levaria a um círculo vicioso que provoca o declínio acumulativo dos sistemas fisiológicos, dificultando a homeostase (equilíbrio interno) do organismo (FRIED et al 2001).

A Sarcopenia é caracterizada pela redução progressiva e generalizada (isto é, em todas as partes do corpo) da força e da massa muscular. É um processo decorrente do envelhecimento, mas pode ser minimizada e adiada por intervenções precoces focadas em prevenção. Uma vez instalado o processo, é possível minimizar sua intensidade e até sua reversão, com propostas de reabilitação pautadas no ganho de força.

Entre 6 e 12% dos indivíduos acima de 60 anos, e 50% das pessoas idosas acima de 85 anos apresentam sarcopenia (CRUZ-JENTOFT et al. 2010). Essa redução de massa muscular associada ao envelhecimento é causada principalmente pela perda e atrofia de fibras musculares, notadamente as do tipo II (contração rápida), é mais expressiva nas extremidades inferiores e parece ser a principal responsável por: redução da função muscular e consequente aumento do número de quedas, perda de mobilidade funcional, aumento da dependência e da fragilidade nas pessoas idosas (CRUZ-JENTOFT et al., 2010; BURTON e SUMUKADAS, 2010).

Como descrito no capítulo da Avaliação Multidimensional, para identificar as pessoas idosas sarcopênicas que necessitam de abordagem clínica, pode-se medir a velocidade da marcha, aferida em um percurso simples em linha reta de 4 metros (SILVA, et al, 2015). De toda maneira, a presença de fragilidade pode ser um preditor de desfechos sucessivos adversos como quedas, hospitalização, institucionalização, incapacidade e morte em 3 anos. Uma pessoa é considerada frágil, segundo FRIED (2001) com base em 5 critérios:

1. Perda de peso não intencional no último ano;
2. Exaustão avaliada por autorrelato de fadiga;
3. Diminuição da força de preensão palmar;
4. Baixo nível de atividade física; e

5. Diminuição da velocidade da marcha.

Pessoas idosas com três ou mais desses critérios são classificadas como frágeis; com um ou dois como pré-frágeis. Com base nesse perfil, cerca de 7% das pessoas idosas são consideradas frágeis, 47% pré-frágeis e 46% de pessoa idosas não frágeis (FRIED et al, 2001).

É interessante pensar que pessoas idosas consideradas pré-frágeis têm mais chance de evoluir para a fragilidade que os não-frágeis. Geralmente, um evento estressante (doença, quedas, alterações hormonais ou inflamatórias) provoca essa mudança. Portanto, considerando que há potencial para transição entre níveis de fragilidade, especialmente no sentido da reversão da condição de pré-fragilidade e fragilidade para não fragilidade, é necessário encontrar as intervenções que podem favorecer esta transição.

A prática regular de atividades físicas e a suplementação proteica na alimentação têm efeitos positivos sobre desfechos de fragilidade e outros desfechos adversos causados pela fragilidade (CESARI et al, 2015; VAN DE REST et al, 2014), especialmente em pessoas idosas com maior risco de declínio funcional. Nas pessoas idosas frágeis e pré-frágeis a associação entre exercícios e suplementação proteica melhora a velocidade de processamento da informação e o treino apenas com exercícios melhora a capacidade de atenção e memória.

8.1.7.1 Reabilitação na Fragilidade

A reabilitação na fragilidade da pessoa idosa inclui atividades físicas, para promover o aumento da massa muscular; suplementação alimentar, para reduzir a perda de massa magra e promover a melhoria do estado energético; suplementações hormonais, buscando quebrar o ciclo da fragilidade em seus componentes relacionados à desregulação neuroendócrina e medicações de diversas naturezas, com atuação em componentes da fisiopatologia da síndrome (anti-inflamatórios, miostáticos, anabolizantes, etc.).

A prevenção da fragilidade pode envolver práticas corporais realizadas na comunidade com acompanhamento de um profissional de saúde e/ou educador físico, caminhadas e fisioterapia para melhorar a qualidade muscular. Essas atividades podem ser realizadas pelos profissionais que atuam no Programa Academia da Saúde, NASF e serviços especializados.

No Quadro 10 são listadas algumas estratégias para reabilitação das pessoas idosas que apresentam sarcopenia. Contudo, será a avaliação multidimensional da pessoa idosa que apontará quais as melhores estratégias a serem utilizadas em cada caso específico.

Quadro 10: Estratégias de reabilitação na sarcopenia

Intervenção
<p>- Realizar atividade física periodicamente, após orientação profissional e em casos específicos com supervisão do cuidador;</p> <p>- Fortalecer Grupos Musculares Isolados: após avaliação da força muscular, grupos musculares enfraquecidos podem ser beneficiados por exercícios de fortalecimento muscular, com carga progressiva ao longo do tratamento, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecer cadeia cinética aberta e fechada, concêntricos e excêntricos, podendo ser em velocidade rápida ou lenta; com ou sem carga. ✓ Definir carga mínima no primeiro dia de reabilitação, usando recursos disponíveis como: caneleiras, thera-bands, halteres; ✓ Usar recursos eletroterápicos que promovem contração muscular e estímulo de placas motoras como um todo; ✓ Realizar hidroterapia com uso de carga durante os exercícios; ✓ Realizar exercícios isométricos; ✓ Realizar exercícios ativo-assistidos, com resistência manual do terapeuta; ✓ Realizar exercícios de fortalecimento da musculatura respiratória; <p>- Realizar atividades funcionais com a simulação de atividades de vida diária que necessitam de força muscular para sua realização, como por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sentar e levantar utilizando cadeira sem braços; ✓ Caminhar em superfície plana com e sem caneleiras; ✓ Caminhar com obstáculos: cones, obstáculos improvisados com materiais disponíveis; ✓ Simular pegar objetos e entregar ao terapeuta acima da cabeça, podendo usar caneleiras nos membros superiores. ✓ Subir e descer escadas; ✓ Progressão dos exercícios pelo acréscimo de carga, número de repetições e complexidade dos comandos; ✓ Treino de transferências no leito; ✓ Passagem de deitado para sentado, buscando fortalecimento abdominal; ✓ Passagem de sentado para de pé à beira do leito, com auxílio.

A intervenção para o ganho de força deve ser continuada por toda a vida, e esse acompanhamento longitudinal pode ser conseguido pelo engajamento da pessoa idosa em algum programa de exercício físico.

8.1.8 Insuficiência ou falta de apoio sociofamiliar

Esta síndrome envolve um processo psicossocial, com baixo ou nenhum apoio social e vínculo familiar prejudicado.

Tradicionalmente e de acordo com a legislação vigente a família é compreendida como a principal responsável pelo cuidado da pessoa idosa, junto com a sociedade e o Estado (CF 1988; Política Nacional do Idoso, 1994; Estatuto do Idoso, 2003). A valorização das relações familiares no apoio aos mais idosos têm um forte peso cultural, sofrendo pressões sociais de costumes que geram culpas quando a família, e especialmente a mulher, tem que assumir sua impossibilidade de cuidar da pessoa idosa da família (CALDAS, 2003).

No entanto, nas últimas décadas ocorreram expressivas mudanças na estrutura familiar. As famílias contemporâneas em seus múltiplos formatos têm dificuldades para prover o atendimento sistemático das necessidades de cuidados, bem como para identificar quais são as necessidades e a forma adequada de proporcionar os cuidados necessários.

A situação torna-se mais controversa no momento em que faltam ou esgotam as capacidades de oferecer apoio adequado à pessoa idosa por parte da família, especialmente, nas situações de fragilidade e de envelhecimento com DCNT.

A satisfação das necessidades de cuidado também implica na qualificação de pessoas, instituições, organizações para apoiar as famílias no cuidado, valendo-se de uma gama de objetos, utensílios e instrumentos para compensar funções perdidas, para prolongar a independência e para aumentar a qualidade de vida das pessoas idosas e de suas famílias nesse cuidado. Por tais motivos a fragilização do suporte e apoio familiar foi incluída entre as síndromes geriátricas.

O SUS e o SUAS reconhecem o território e a matricialidade da família para planejar os cuidados. No caso da pessoa idosa o cuidado deve ser implementado com base na funcionalidade. Assim, é importante que as famílias com pessoas idosas dependentes ou em risco de desenvolver dependência se tornem alvos prioritários do cuidado.

Na insuficiência ou falta de apoio sociofamiliar é fundamental ficar atento e buscar identificar possíveis situações de violência contra a pessoa idosa. Deve-se suspeitar de negligência familiar em situações, nas quais se identifique: problemas com a higiene ambiental e corporal, erros com a medicação, controle inadequado de doenças (diabetes, hipertensão, ICC, DPOC, etc.), hospitalizações frequentes, desnutrição, quedas explicadas de maneira contraditória, entre outras. Caso a equipe multiprofissional de saúde suspeite de maus tratos, primeiramente deve-se discutir o caso em equipe, realizar a notificação compulsória e

articular com os serviços da assistência social. As denúncias devem ser feitas no Disque 100 do Ministério dos Direitos Humanos e órgãos locais competentes.

As síndromes geriátricas precisam ser avaliadas de forma sistemática pelas equipes de saúde e ser consideradas no planejamento das intervenções, incluindo a reabilitação da pessoa idosa, como forma de prevenir muitas consequências negativas para a saúde, tais como um menor tempo de sobrevivência e a dependência de cuidados.

9. OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE QUE NECESSITAM DE REABILITAÇÃO

Como já dito anteriormente a reabilitação é um processo global e dinâmico com o objetivo de recuperar a saúde física e psicológica da pessoa com deficiência ou com funções prejudicadas por doença ou evento traumático. Está associada a um conceito mais amplo de saúde, incorporando o bem-estar físico, psíquico e social, tendo como meta final a reintegração e inclusão social do usuário. No caso das pessoas idosas, especificamente, visa à manutenção ou restauração das habilidades funcionais, aumentando sua capacidade residual. A reabilitação é necessária quando se trata de doenças crônicas, sequelas neurológicas e lesões traumáticas, dentre outras e deve ser realizada com equipe multiprofissional (RIBEIRO et al., 2014). Neste capítulo abordaremos outras condições de saúde que necessitam de reabilitação.

9.1 Fratura de Fêmur

Fraturas do terço proximal do fêmur (ou de quadril) representam um importante problema de saúde pública, sendo importante causa de perda funcional e mortalidade na população idosa. A incidência anual de fraturas de quadril entre mulheres tem variado em estudos brasileiros de 20,7/10 mil habitantes (região Nordeste) a 50,03/10 mil habitantes na região Sudeste (KOMATSU et al., 1999; ROCHA e RIBEIRO, 2003; SILVEIRA et al., 2005). Na literatura internacional, relata-se mortalidade de até 5% durante a hospitalização e aproximadamente 20% no ano seguinte à fratura (HANNAN et al., 2001; BENTLER et al., 2009). No Brasil, um ano após a fratura, a mortalidade foi de 36% e quase um terço dos pacientes previamente independentes passou a necessitar de cuidados de familiares e/ou do serviço social (ROCHA et al., 2009).

Grande parte das fraturas de fêmur está associada a quedas e à redução da densidade mineral óssea, por isso medidas para controle dessas condições apresentam-se como fundamentais para redução de sua incidência. Essas medidas podem ser, em sua maioria, implementadas no âmbito da atenção primária, por meio de programas de promoção da saúde, com ênfase à alimentação adequada, ao estímulo de práticas de atividade física, e ao manejo clínico da osteoporose. Pessoas idosas com maior risco de quedas e fraturas, como aquelas com síndrome da fragilidade, devem ser objeto de especial atenção por parte da equipe de saúde.

A estabilização clínica do paciente antes da cirurgia é fundamental. Deve-se observar a prevenção e o tratamento de potenciais complicações, como trombose de veia profunda, pneumonia, úlceras de pressão, infecção no trato urinário, desnutrição, delirium e descondicionamento. Em alguns países, sugere-se que o tempo máximo entre a fratura e a cirurgia seja de no máximo 24 horas, exceto em casos que não reúnem condição clínica adequada ao procedimento. Essa conduta resultaria em melhores resultados clínico-funcionais e em termos econômicos (Clinical Guideline, 2009). No Brasil, o tempo entre trauma e cirurgia costuma ser superior a 24 horas, atingindo, em um estudo, em média 9,4 dias, o que acarreta maiores custos, tempo de permanência no hospital e mortalidade (LOURES et al., 2015). Enfrentamento dos fatores implicados na realização tardia da cirurgia pode ter impacto positivo nos desfechos das pessoas idosas com fratura de quadril.

Embora o procedimento cirúrgico seja a principal opção terapêutica em casos de fratura de fêmur, pode não ser indicado em situações especiais, como nas pessoas idosas acamadas e com demência avançada. Nesses casos, medidas como analgesia, prevenção e controle de complicações são priorizadas. Pacientes com demência leve a moderada, por outro lado, pode se beneficiar com o tratamento cirúrgico (BEAUPRE et al., 2009).

Após a fratura de fêmur, a desnutrição, que é comum na população geriátrica, pode ser iniciada ou agravada. Trata-se de um importante fator de risco para desfechos desfavoráveis na evolução desses pacientes, pelo que se deve ter especial atenção ao estado nutricional visando melhores resultados com a reabilitação. Os benefícios na reabilitação com o uso de hormônios precisam ser melhor estabelecidos. A suplementação de vitamina D deve ser considerada, na medida em que pode contribuir para a recuperação funcional e que grande parte dos pacientes com fratura de fêmur tem níveis baixos dessa vitamina (SIMONELI et al., 2005). Um estudo avaliou os efeitos clínicos, nutricionais e de reabilitação com o uso de um suplemento nutricional oral em pessoas idosas internadas pós-fratura de fêmur. A

suplementação oral preveniu perda de peso, reduziu o número de intercorrências infecciosas, bem como o tempo de hospitalização (MYINT et al., 2013).

Os objetivos da reabilitação em pessoas idosas com fratura de fêmur compreendem:

- Recuperação da capacidade funcional do paciente antes da fratura;
- Controle da dor;
- Prevenção de complicações clínicas;
- Mobilização precoce e melhora gradativa da movimentação do quadril afetado.

Quadro 11: Fratura de Fêmur

<p>Tipos de fratura de fêmur</p>	<p>As fraturas de fêmur podem ocorrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ao nível do colo femoral: Esse tipo de fratura, intracapsular, pode comprometer o suprimento sanguíneo, particularmente quando estão deslocadas, podendo assim causar necrose da cabeça do fêmur; - Transtrocantérica: Muitas vezes estão associadas a sangramento considerável para os tecidos moles subjacentes e tendem a se acompanhar de maior perda óssea e de múltiplos fragmentos, exigindo procedimento cirúrgico mais criterioso; - Subtrocantérica: São menos frequentes, costumam ocorrer em pessoas idosas com baixa densidade mineral óssea como consequência de pequenos traumas afetando diretamente a região lateral do quadril. Eventualmente podem estar associadas a fraturas patológicas por metástase óssea. O tipo de cirurgia na fratura de quadril dependerá, dentre outros fatores, da topografia e condição da fratura e das comorbidades do paciente.
<p>Intervenções possíveis</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de prevenção de quedas. - Recuperação da capacidade funcional do paciente antes da fratura; - Controle da dor; - Prevenção de complicações clínicas; - Manejo clínico da osteoporose; - Mobilização precoce e melhora gradativa da movimentação do quadril afetado; - Suporte emocional caso detectado presença de medo em voltar a caminhar; - Mobilização precoce do paciente, o que pode prevenir as complicações decorrentes da imobilidade, como úlceras de pressão, constipação, perda da força e risco de desenvolvimento de tromboembolismo. - Prática de exercícios, com e sem carga, durante a hospitalização após fratura de quadril, proporciona resultados positivos na força, no equilíbrio e no desempenho funcional. - Orientação e suplementação nutricional de acordo com a necessidade.

9.2 Dor Musculoesquelética

A dor de origem musculoesquelética atinge as pessoas idosas e é fortemente incapacitante, aumentando com a idade, como por exemplo, a dor lombar. Intervenções com

foco na analgesia e fortalecimento muscular são de grande importância na reabilitação e potencialização da funcionalidade das pessoas idosas. Outras dores musculoesqueléticas, como nas mãos, joelhos e quadris também atingem pessoas idosas e podem ser incapacitantes, principalmente entre mulheres.

A dor pode ser considerada aguda ou crônica, sendo dor aguda aquela com menos de 6 semanas de evolução, e dor crônica aquela com períodos de agudização e exacerbação dos sintomas. As dores agudas têm melhor potencial de melhora que as dores crônicas.

Quadro 12: Dor Musculoesquelética

Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar possíveis causas da dor para direcionar as intervenções necessárias. Jamais se deve menosprezar um relato de dor. - Avaliar com cautela a necessidade do tratamento medicamentoso para controle da dor, considerando os tipos de medicamentos utilizados e interações.
Intervenções possíveis	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar e orientar a prática de exercício físico e alimentação saudável; PARA DOR AGUDA: <ol style="list-style-type: none"> 1) Mobilização articular grau 1 e 2 em articulações dolorosas; 2) Mobilização/Manipulação vertebral; 3) Terapia Manual; 4) Eletroterapia para controle da dor: TENS 5) Ultrassom terapêutico para redução do processo inflamatório causador do quadro álgico; 7) Hidroterapia; 8) Orientação para o uso de gelo para dores articulares e compressas quentes para dores lombares; 9) Mobilização articular leve; 10) Exercícios passivos em membros superiores e inferiores. PARA DOR CRÔNICA: <ol style="list-style-type: none"> 1) Mobilização articular grau 1 e 2, somadas a grau 3 e 4 para ganho de amplitude de movimento; 2) Alongamentos passivos e ativo-assistidos, em casos de dores musculares crônicas; 3) Exercícios de fortalecimento abdominal e da musculatura paravertebral; 4) Orientação para uso de calor ou gelo no domicílio; 5) Orientações para o autocuidado e postura adequada em relação a dor, durante a realização das AVD; 6) Encaminhamento para grupos de Práticas Corporais e Atividades Físicas; 7) Hidroginástica 8) Práticas Integrativas complementares (PICS)

9.3. Acidente Vascular Cerebral - AVC

De acordo com a OMS, o AVC se refere ao desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais da função cerebral, com sintomas de duração igual ou superior a 24 horas, de origem vascular, provocando alterações nos planos cognitivos e sensorio-motor, de acordo com a área e a extensão da lesão. No Brasil, representa a primeira causa de morte e incapacidade, gerando grande impacto econômico e social (BRASIL, 2013)

O sinal mais comum de um AVC, o qual ocorre com maior frequência na fase adulta, é a fraqueza repentina ou dormência da face, braço e/ou perna, geralmente de um lado do corpo. Outros sinais frequentes incluem, dentre outros sintomas:

- Alteração cognitiva de início súbito;
- Dificuldade súbita para: falar e/ou compreender; engolir; enxergar; caminhar;
- Cefaleia intensa e súbita sem causa aparente.

O reconhecimento de um caso de AVC deve ser o mais precoce possível, preferencialmente com até quatro horas de instalação do quadro, possibilitando a instituição de medidas preventivas secundárias fundamentais para impedir ou reduzir a ocorrência de sequelas. Para maiores detalhes, vide o Manual de Rotinas para Atenção ao AVC (BRASIL, 2013a).

As sequelas decorrentes do AVC levam à necessidade de reabilitação, inclusive no âmbito hospitalar. Em países desenvolvidos, estudos têm documentado evidência de efetividade das ações de reabilitação no AVC, tanto em termos de redução de incapacidade, como de mortalidade. Como o AVC ocorre predominantemente em pessoas idosas, muitas delas com outras morbidades, o processo reabilitativo nesses casos é essencial.

A reabilitação da pessoa com AVC depende de vários fatores, incluindo o tipo, topografia e extensão da lesão cerebral. Os déficits decorrentes podem variar desde uma hemiparesia, até déficit cognitivo, incluindo disartria, disfagia, déficits neurossensoriais, falta de coordenação motora e incontinência urinária.

Neste sentido, **os objetivos centrais da reabilitação são:** otimizar a recuperação da incapacidade, maximizar a independência, reinserir o paciente na vida social e melhorar a qualidade de vida.

Informações detalhadas acerca da reabilitação no AVC encontram-se no documento **“Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral / Ministério da Saúde”**, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf.

9.4 Presbifagia

A deglutição é um processo contínuo, uma sequência reflexa, com o objetivo de transportar o alimento da boca até o estômago. Pode ser dividida em 4 fases: Oral Preparatória, Oral, Faríngea e Esofágica (DANIELS et al, 2004; KENDALL, LEONARD,

MCKENZIE, 2004). Na pessoa idosa as alterações dessa função atingem com mais frequência às fases oral e faríngea da deglutição, devido ao fato de que o processo de envelhecimento pode alterar a propriocepção, coordenação e a força muscular. Além disso, a diminuição dos movimentos orais, a redução da sensibilidade orofacial, as perdas dentárias e a utilização de próteses, podem influenciar negativamente as funções de mastigação e deglutição, sendo possível observar resíduos alimentares na cavidade oral (MAKSUDA, 2003).

Outro fato comum à senescência é a disfunção da musculatura faríngea, com motilidade muscular reduzida, disfunção da epiglote e do fechamento laríngeo, elevação de laringe reduzida, penetração e/ou aspiração laringotraqueal, disfunção do esfíncter cricofaríngeo, que propulsiona o alimento para o esôfago (ESTRELA, MOTTA, ELIAS, 2009), e a redução de saliva, que pode propiciar a presença de estase em recessos piriformes e retardo e/ou incoordenação na transição do bolo alimentar (DANIELS et al., 2004).

Em consequência dessas características, têm-se uma deglutição adaptada que difere de uma deglutição alterada. A primeira está relacionada à presbifagia, que corresponde ao envelhecimento natural do mecanismo de deglutição, enquanto a segunda, relaciona-se com a disfagia, que é definida como disfunção da deglutição relacionada a um processo patológico, como por exemplo: AVC, traumatismo cranioencefálico, doenças neurodegenerativas e câncer de cabeça e pescoço (BOCZKO, 2006). Ressalta-se que ambas, senescência e senilidade, tornam as pessoas idosas mais vulneráveis a infecções de vias aéreas superiores, e por isso a identificação e intervenção precoce dos distúrbios da deglutição em pacientes geriátricos podem reduzir o risco de penetração e/ou aspiração laringotraqueal.

Quadro 13: Estratégias para facilitar a deglutição.

Realizar higiene oral regularmente para manter os dentes saudáveis.
Observar a forma de preparo das refeições, a consistência, a textura e o tamanho dos alimentos.
Moer, ralar, picar em pedaços menores os alimentos podem ser alternativas viáveis para facilitar as refeições e o consumo, evitando a recusa da refeição e complicações como engasgo, aspiração ou asfixia durante a ingestão dos alimentos.
Controlar a quantidade de alimento ingerido em cada oferta (ex.: meia colher por vez, ao invés de colher inteira).
Mastigar várias vezes, quanto mais ciclos mastigatórios, mais triturado ficará o alimento.
Não ter pressa para realizar a refeição.
A quantidade de alimentos que é levada à boca deve ser adaptada ao grau de limitação apresentado.
Realizar as refeições em posição sentada, preferencialmente.
Manter a atenção para engasgos e tosses durante e/ou após a deglutição, se ocorrer com frequência,

procurar um fonoaudiólogo ou médico.

9.5 Reabilitação Auditiva

A audição é o primeiro dos sentidos a apresentar perdas funcionais detectadas objetivamente, prejudicando a comunicação e comprometendo os relacionamentos interpessoais, levando o indivíduo ao isolamento e à depressão (BOECHAT, 1998; MIRANDA et al., 2008; TEIXEIRA et al., 2008).

A deficiência auditiva que acomete algumas pessoas idosas, conhecida como Presbiacusia, é desencadeada com o avançar da idade e envelhecimento do organismo como um todo. Esta condição é caracterizada pela perda auditiva mais acentuada nos sons agudos (sons finos), afetando a compreensão da fala, principalmente na presença de ruído competitivo (HUNGRIA, 2000; RUSSO et al., 2012).

As pessoas que convivem com a pessoa idosa poderão perceber uma possível deficiência auditiva, a partir da observação de sinais, tais como:

- Aumenta o volume da televisão;
- Ouve, mas não compreende a fala das pessoas;
- Fala muito alto ou baixo;
- Confunde as palavras;
- Não percebe os sons ambientais, tais como: o cantar dos passarinhos, toque de telefone, barulho de chuva e água saindo da torneira;
- Isola-se socialmente, apresenta irritabilidade, depressão, indiferença, etc.

Algumas estratégias poderão ser implementadas no cotidiano da pessoa idosa com objetivo de facilitar e melhorar sua comunicação:

- Solicitar a atenção da pessoa idosa antes de falar com ela;
- Privilegiar diálogos em ambientes iluminados;
- Falar de frente, pausadamente, articulando bem as palavras, sem tampar a boca, sem mastigar enquanto fala;
- Ficar próximo da pessoa idosa no momento da conversa, principalmente se estiver em ambientes ruidosos;
- Sempre que possível, incentivar que uma pessoa de cada vez fale com a pessoa idosa, especialmente quando estiver em grandes grupos;

- Falar em um nível normal de conversa, evitando discursos altos e exagerados, já que falar em alta intensidade pode gerar desconforto na pessoa idosa.

Outra estratégia para facilitar a comunicação da pessoa idosa com deficiência auditiva e o enfrentamento das demais condições associadas à Presbiacusia é a indicação adequada de aparelho auditivo.

Para a indicação do aparelho auditivo é necessário o diagnóstico da perda auditiva e a intervenção o mais breve possível, favorecendo a qualidade de vida do indivíduo. Para o diagnóstico, são necessárias avaliações otorrinolaringológicas e audiológicas completas. Por sua vez, a intervenção deve contemplar a adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), mais conhecido como aparelho auditivo, na qual permite o resgate da percepção dos sons da fala e dos sons ambientais, promovendo a melhora da habilidade de comunicação, auxiliando, assim, o processo de reabilitação auditiva.

Normalmente observa-se grande expectativa por parte da pessoa idosa e familiares/cuidadores de que apenas o uso do AASI irá resolver o problema de audição. No entanto, diversos fatores podem determinar a não utilização desta tecnologia. Se o AASI não estiver adaptado às características/necessidades individuais ou se faltar orientação adequada ao usuário e aos familiares/cuidadores, pode gerar frustração e com o passar do tempo, os AASI mal adaptados acabam sendo engavetados.

Sendo assim, o processo de reabilitação auditiva tem como objetivo potencializar o uso das habilidades auditivas remanescentes e possibilitar aprendizados de técnicas que favoreçam a qualidade de vida da pessoa idosa.

A participação ativa da família, e/ou cuidador da pessoa idosa é essencial no processo de reabilitação visando auxiliar no manuseio/manutenção do AASI. No mais, o acompanhamento e participação de um membro da família no processo de reabilitação faz com que os transtornos psicossociais causados pela dificuldade de ouvir sejam superados ou minimizados, acarretando, assim, uma melhor qualidade de vida da pessoa idosa, refletindo em seu convívio social.

Quadro 14: Presbiacusia

Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação otorrinolaringológica; - Avaliação audiológica: audiometria tonal, logaudiometria, pesquisa dos limiares de desconforto e impedânciometria; - Avaliação do desempenho e benefício fornecido pelo aparelho auditivo; - Acompanhar a perda auditiva;
	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptação de aparelho auditivo; - Reabilitação auditiva tais como: <ul style="list-style-type: none"> • Treino de Leitura Orofacial,

Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Orientações de estratégias de comunicação, • Treino do uso da audição residual <p>-Participação dos familiares/cuidadores no processo de reabilitação; - Orientar os familiares/cuidadores quanto às técnicas de comunicação e o manuseio e manutenção do AASI;</p>
--------------------	--

9.6 Reabilitação Visual

Calcula-se que aproximadamente 82% de todas as pessoas cegas tenham idade de 50 anos ou mais e que no ano 2020 existirão 54 milhões de cegos com idade ≥ 60 anos, destes mais de 50 milhões estarão em países em desenvolvimento.

GASPARETTO (2007) já indicava que a prevalência da deficiência visual na população idosa era alta. Os dados da cartilha do Censo 2010 - Pessoas Com Deficiência (BRASIL, 2012) apontam que a deficiência visual atingia 49,5% das pessoas idosas na faixa etária acima dos 65 anos, considerando que algumas pessoas nascem com ela, outras a adquirem ao longo da vida.

A acuidade visual diminuída tem repercussões importantes na função visual e na capacidade funcional das pessoas idosas. Há na visão, várias alterações orgânicas comumente manifestadas durante o envelhecer que levam à diminuição da acuidade visual, a qual pode ser ou não restabelecida.

A acuidade visual diminuída tem repercussões importantes na função visual e na capacidade funcional das pessoas idosas. Neste sentido, a perda de acuidade visual é considerada um sinal comum na população idosa. Com o envelhecimento, podem aparecer doenças oculares que se não tratadas levarão à baixa visão, associando-se à perda da autonomia e independência.

O déficit visual pode influenciar no risco de quedas por um mecanismo direto, fornecendo menos pistas para alertar as pessoas idosas sobre potenciais riscos nos ambientes internos e externos. Além disso, os déficits visuais podem aumentar o risco de quedas por mecanismos indiretos que são descritos como a relação entre déficits visuais e prejuízos da capacidade funcional, atenção e concentração, estabilidade postural, força muscular, mobilidade e marcha (PERRACINI, 2002).

A visão é o sentido que fornece mais informações do meio ambiente e o único capaz de organizar outras informações sensoriais. Nesse sentido, a pessoa idosa deve ser examinada regularmente e acompanhada de perto, com exame oftalmológico anual para algumas doenças sistêmicas ou oculares.

Considera-se baixa visão, quando o valor da acuidade visual corrigida no melhor olho é menor do que 20/60 e maior ou igual a 20/400, ou o seu campo visual é menor do que 20 graus no melhor olho, com a melhor correção óptica. Abaixo apresentamos algumas alterações visuais e oculares importantes durante o processo de envelhecimento, são elas:

- O tecido cutâneo periocular torna-se ressecado, enrugado, inelástico e com pigmentação irregular devido a ação da exposição da luz solar. Os pelos que compõem as sobrancelhas se tornam mais grossos e alongados, ao contrário do que acontece nas outras áreas pilosas do corpo;
- Redução das medidas da fenda palpebral; inversão ou eversão da pálpebra; eversão do ponto lacrimal inferior; quebra do filme lacrimal acarretando conjuntivite crônica, hipertrofia conjuntival, ceratinização secundária e ceratite de exposição;
- Ptose palpebral evolucionar: queda da pálpebra ocasionada pela desinserção total ou parcial da aponeurose do músculo elevador;
- Diminuição difusa da espessura, redução da transparência e brilho da córnea, maior visualização dos nervos corneanos;
- Presbiopia ou vista cansada: perda progressiva da capacidade de focalizar objetos posicionados em diferentes distâncias;
- Catarata Senil: opacidade no cristalino;
- Glaucoma;
- Retinopatia Diabética;
- Erros Refrativos;
- Menor qualidade e quantidade de lágrima (sensação de “olho seco”);
- Diminuição da quantidade de fotopigmento e perda da eficiência na remoção de metabólitos, favorecendo degeneração macular da retina.

Diante da probabilidade desses agravos à integridade visual, é importante atentar à condição de bem-estar e saúde de um indivíduo, pois o declínio visual interfere significativamente na vida e rotina das pessoas, principalmente na realização das AVD.

Conforme TEMPORINI (2004) a melhora na função visual da pessoa idosa está ligada à sua qualidade de vida, pois, sabe-se que as pessoas idosas que enxergam melhor sofrem menos quedas, cometem menos erros com medicações, apresentam menos depressão e menor isolamento social e são mais independentes e autônomos.

O dia-a-dia do indivíduo com baixa visão ou cegueira pode se tornar mais fácil com pequenas mudanças nas atitudes, nos ambientes e com possíveis adaptações nos equipamentos e utensílios de uso diário. A compreensão da localização dos ambientes e objetos, as adaptações necessárias, o uso de auxílios ópticos e não ópticos, o controle/adequação da iluminação e uso de contrastes, além das técnicas específicas para a realização de cada atividade, são estratégias que facilitam a independência e a autonomia da pessoa idosa no desempenho das AVD.

As AVD permeiam o contexto de vida das pessoas e, ao reaprender a fazer as atividades de rotina, é possível perceber melhorias para além da eficiência na execução das tarefas, mas também na motivação e na autoavaliação.

Para a pessoa idosa que necessita de reabilitação visual é importante a realização prévia de uma consulta oftalmológica para diagnóstico, definição da pertinência de tratamentos (clínicos ou cirúrgicos) e prescrição da correção óptica, que possam levar a recuperação da visão. A avaliação para a reabilitação visual é feita por equipe multiprofissional, composta por médico oftalmologista e profissionais da área de reabilitação, para o desenvolvimento de habilidades e execução de atividades de vida diária, bem como, orientações à família e à vida profissional.

Outra importante ajuda para a população idosa são os auxílios para baixa visão, que são recursos que melhoram a eficiência da visão residual. Podem ser recursos ópticos, não ópticos e eletrônicos. Quando há indicação de auxílio óptico pelo oftalmologista, é crucial que os profissionais trabalhem a aceitação e o uso do recurso indicado. O treinamento e a orientação para a utilização do auxílio óptico será fundamental para o bom êxito do processo. Sua indicação deverá estar alinhada às atividades que a pessoa idosa deseja executar e sente dificuldade. Ou seja, de nada valerá apresentar uma tecnologia de ponta, se as facilidades que ela oferece não estiverem alinhadas às condições da pessoa idosa. Para uso de auxílios ópticos é necessário observar, dentre outros aspectos:

- A apresentação do auxílio;
- A iluminação adequada;
- O treino gradual das tarefas propostas (das simples para complexas), utilizando diferentes tamanhos de letras, distância, contraste, detalhes, relação figura-fundo;
- A administração do tempo de uso do recurso, verificando a fadiga e o tempo de treinamento, visto que podem causar náuseas e dor de cabeça.

Durante o processo de reabilitação visual algumas dificuldades podem aparecer, tais como: expectativas e esperança não realizáveis, tristeza, insegurança, desinteresse e submissão, falta de motivação, crenças e preconceitos de familiares e cuidadores quanto à incapacidade das pessoas idosas em se reabilitar e cuidados excessivos.

A restauração visual pós-cirurgia da catarata traz elevado impacto e melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa e sua família. Sendo assim, deve-se buscar estratégias para minimizar as barreiras socioculturais de acesso à correção cirúrgica da catarata. As principais são: falta de conhecimento da doença, medo da cirurgia, dificuldade de realização dos exames pré-operatórios, número de retornos necessários até a data da cirurgia e despesas com os retornos ao serviço, especialmente em casos de dificuldade de acesso ao serviço por residência. É necessário facilitar o acesso da população à cirurgia de catarata por meio de modelos assistenciais descentralizados e campanhas comunitárias de prevenção da cegueira, onde a pessoa possa ter o seu tratamento prontamente, com mínimo gasto e máxima segurança e eficiência.

No quadro abaixo apresentamos intervenções importantes para o dia a dia, que contribuem para vida da pessoa idosa com deficiência visual.

Quadro 15: Intervenções importantes para pessoa idosa com deficiência visual.

- Mudança de óculos ou cirurgia da catarata: tem o potencial de melhorar a função visual e prevenir quedas em pessoa idosas;
- Detecção e o tratamento dos casos passíveis de restauração ou preservação visual, se refrativos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, presbiopia), medicamentoso (degeneração macular senil) ou cirúrgicos, tais como na catarata, no glaucoma, descolamento de retina;
- Otimização do ambiente visual, criando uma segurança domiciliar, removendo perigos físicos e reduzindo outros fatores predisponentes a quedas;
- Correção de problemas visuais e o desenvolvimento de adaptações biomecânicas são possíveis fatores de intervenções que podem melhorar a relação da pessoa idosa com a sua estabilidade postural;
- Abordagem interdisciplinar;
- Orientação quanto ao uso de auxílios ópticos (lupas, telesistemas, etc.) e não ópticos e eletrônicos para baixa visão;
- Encaminhamento, quando necessário, a serviços especializados complementares para atendimento das necessidades específicas do indivíduo;
- Adaptações de bengalas brancas, lupas, dispositivos oculares, audi livros e softwares para ampliação e leitura de tela para pessoas com deficiência visual;
- Oferta de estratégias terapêuticas simples e orientação à pessoa idosa e familiares e/ou cuidadores incluindo a adoção de uma postura melhor para evitar contraturas e o treinamento de aptidões ligadas às AVD;
- Disponibilização de serviços de apoio educacional, psicológico e emocional, individual ou em grupo, às pessoas idosas e suas famílias e/ou cuidadores;

10. OUTRAS NECESSIDADES DE CUIDADO

10.1 Nutrição

Os fatores que interferem na alimentação das pessoas idosas se relacionam com a ausência total ou parcial de dentes, uso de próteses inadequadas, perda de apetite, além da presença de doenças que afetam as suas necessidades nutricionais.

Segundo MARUCCI (2000), a incapacidade física e a inatividade, associadas à diminuição do metabolismo basal, acarretam mudanças nas necessidades nutricionais, além de o sedentarismo ser fator agravante para as doenças já existentes.

A presença simultânea de várias patologias, muitas delas de caráter crônico-degenerativo e, também, relacionadas com a alimentação como diabetes, câncer e aterosclerose, pode afetar as necessidades nutricionais por alterarem os processos metabólicos, a digestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes.

Ao profissional nutricionista, cabe avaliar os fatores que podem interferir na adequada alimentação e hidratação das pessoas idosas, fornecendo ao cuidador e ao próprio idoso, orientações quanto aos cuidados específicos em relação a essa necessidade (NUNES e PORTELLA, 2003).

Tornar o ambiente da cozinha e o local de refeições mais adequado e agradável para conferir maior conforto, segurança e autonomia no dia-a-dia das pessoas idosas é uma medida que tem impacto positivo na autoestima, no preparo das refeições e no estabelecimento do prazer à mesa.

Alterações naturais nos mecanismos de defesa do organismo ou dificuldades no processo de mastigação e deglutição podem tornar a pessoa idosa mais suscetível a complicações decorrentes do consumo de alimentos, o que reforça a necessidade de cuidados diários para preparar refeições seguras.

O planejamento das refeições e o emprego de medidas adequadas durante o preparo dos alimentos cooperam para que o alimento proporcione satisfação, evitando riscos de acidentes e danos à saúde, especialmente para as pessoas idosas com idade mais avançada. Ao mesmo tempo, permitem atender aos princípios da alimentação saudável.

Outro fator importante é assegurar a participação da pessoa idosa no planejamento e preparo diário das refeições, possibilitando o envolvimento com a alimentação. Isso propicia condições para discutir a necessidade de eventuais mudanças nos procedimentos associados à

compra, ao armazenamento, à higiene pessoal e ao preparo dos alimentos, a fim de facilitar o seu dia-a-dia e favorecer uma alimentação segura.

Com o passar dos anos, ocorrem mudanças naturais na intensidade de percepção do sabor, portanto a tendência da pessoa idosa é adicionar mais açúcar, sal e outros condimentos para temperar os alimentos até alcançar um sabor que agrada ao paladar, o que pode acabar representando um abuso na quantidade. A orientação para evitar o uso desses alimentos à mesa contribui para o controle do consumo de sal e de açúcar. A adição de outros temperos como cheiro verde, alho, cebola e ervas, pode ajudar a diminuir a utilização de sal no preparo dos alimentos, contribuindo para a redução do seu consumo.

Baseado na criação de condições adequadas e com o intuito de favorecer uma alimentação segura, são apresentados no Quadro 16 abaixo alguns cuidados necessários para compra, armazenamentos, higiene no manuseio e no preparo das refeições. É importante que esses cuidados sejam discutidos com a pessoa idosa, seus familiares e cuidadores na construção do PTS, de acordo com a realidade de cada usuário (a).

Quadro 16: Cuidados para compra, armazenamentos, higiene e preparo das refeições.

Cuidados na compra dos alimentos
<p>- Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedência segura; • Aparência, cor, cheiro e textura; • Prazo de validade; • Embalagens não danificadas; • Sinais de degelo, como cristais de gelo ou água dentro da embalagem (para produtos congelados); • Armazenamento em temperaturas adequadas: entre 0°C e 5°C para alimentos refrigerados e inferior a -18°C para os congelados; <p>- Identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Produtos específicos para este grupo populacional; • Composição nutricional dos produtos; • Ingredientes; • Forma de conservação; <p>- Aprender novas receitas;</p> <p>- Utilizar os serviços de atendimento ao consumidor – SAC;</p> <p>- Comparar produtos similares, de diferentes marcas;</p> <p>- Fazer a melhor escolha de acordo com orçamento disponível.</p>
Cuidados no armazenamento dos alimentos
<ul style="list-style-type: none"> • Guardar cada alimento em local apropriado, com temperatura adequada para a sua conservação, limpeza e organização; • Usar primeiro alimentos que estejam com as datas de validade mais próximas do vencimento;

<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a segurança sanitária dos produtos, não armazenando os alimentos diretamente no piso e evitando contato com animais; • Manter os alimentos em recipientes bem tampados; • Guardar e organizar os alimentos em locais de fácil acesso, que não exijam esforço físico exagerado da pessoa idosa ou apresentem risco de quedas (abaixar-se ou usar escadas para alcançá-los, por exemplo).
Cuidados com a higiene pessoal e durante o manuseio de alimentos
<ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos frequentemente; • Limpar o ambiente onde as refeições são preparadas e lavar bem os utensílios e equipamentos.
Cuidados no preparo das refeições
<ul style="list-style-type: none"> • Ter cuidado com a qualidade da água, tanto para beber quanto para preparar os alimentos, a qual deve ser tratada, fervida ou filtrada. • Evitar alimentos gordurosos; • Evitar adição de açúcar, sal e pimenta, enlatados, embutidos e doces; • Aproveitar alimentos regionais e de safra.

Fonte: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf, acessado em 02/07/2018.

A orientação nutricional deve ser um dos componentes da atenção à saúde da pessoa idosa, uma vez que a alimentação saudável contribui para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças. Os benefícios dessa orientação também se estendem àquelas pessoas idosas que, em função de algum comprometimento do estado de saúde, requerem cuidados alimentares específicos. Na atenção à pessoa idosa, a consulta ao nutricionista favorece o planejamento e a adoção de uma alimentação saudável, contribuindo para a segurança alimentar e nutricional e para a qualidade de vida dessas pessoas.

Para orientar às pessoas idosas, seus familiares e cuidadores na prática de uma alimentação saudável sugere-se consultar o Guia Alimentar da População Brasileira disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_alimentar2014 e a publicação “Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde”, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf.

10.2 Hidratação x Desidratação

A ingestão de líquidos pelas pessoas idosas precisa ser incentivada, pois são frequentes os casos de desidratação. A busca da água deve ser garantida, mesmo quando não

houver manifestação de sede. Portanto, a primeira estratégia é despertar a pessoa idosa para os benefícios que a água traz para a saúde (o intestino funciona melhor, mantém a boca mais úmida, mantém a hidratação do corpo, entre outras vantagens).

Para incentivar a ingestão de água, é essencial que o ambiente facilite o acesso da pessoa idosa aos utensílios (caneca, copo ou xícara) e ao filtro, estando tudo a uma altura adequada a esta pessoa.

É importante incentivar o consumo da água em pequenas quantidades, várias vezes ao dia, entre as refeições. Entretanto, em casos cuja indicação médica restringe a ingestão de líquidos, a quantidade diária de água para a pessoa idosa deve ser calculada e sua ingestão monitorada.

Estudos realizados por MICHAEL (2005) apontam que a falta de água no organismo é o grande vilão que pode provocar confusão mental, queda da pressão arterial, aceleração dos batimentos cardíacos e dor no peito, sintomas muito comuns nessa faixa etária e que às vezes acaba sendo confundido com outras doenças.

Com o envelhecimento, a sensação de sede reduz. A falta de líquido pode comprometer várias funções do organismo e ainda causar danos importantes, originando diversos problemas, tais como: desorientação, dificuldade em reconhecer as pessoas, falas desconectadas usando palavras fora do usual.

As funções da água são inúmeras: transporte de nutrientes às células, limpar o corpo das substâncias tóxicas, ajudar na digestão, previne câimbras, protege o coração, melhora o funcionamento do intestino, aumenta a resistência física, regula a temperatura, lubrifica, acelera reações químicas e controla a pressão sanguínea. Quando o consumo de água ou outras bebidas é baixo o corpo faz um racionamento, diminuindo os líquidos nos órgãos “menos importantes” como a pele, cabelos, unhas e também reduz a sua excreção pela urina e suor.

MONIRUN (2010) escreve sobre a importância da hidratação das pessoas idosas. Com o avanço da idade, o índice de água no organismo diminui drasticamente, chegando a 50%, fazendo com que a desidratação em pessoas idosas ocorra mais rápida e facilmente do que se pode imaginar.

Considerando que na pessoa idosa o mecanismo que regula a necessidade de água no organismo é menos eficiente, apresenta-se no Quadro 17 algumas dicas para os familiares e/ou cuidadores contribuírem nesta tarefa.

Quadro 17 - Dicas para Familiares e/ou Cuidadores

- Como a desidratação nas pessoas idosas ocorre rapidamente, sugere-se a ingestão frequente de água;
- Sempre ofereça água e, quando possível, sucos ou líquidos saudáveis, a depender das condições de saúde da pessoa idosa. Tendo em vista que a capacidade de sentir sede e aceitar água diminui com a idade, as pessoas idosas se esquecem de beber água com muita frequência;
- Em caso de recusa à ingestão de água, sugere-se oferecer água com um sabor suave utilizando limão, laranja, maçã, gengibre, hortelã, manjeriço e/ou outras ervas, frutas e legumes de preferência da pessoa idosa.

Fonte: www.portaldoenvelhecimento.com.br, acessado em 02/07/2018.

11. TECNOLOGIAS ASSISTIVAS

Tecnologia Assistiva (TA) são todos os recursos e serviços que contribuem para proporcionar ou ampliar habilidades funcionais e assim promover a vida independente e inclusão, com objetivos de gerar acessibilidade, qualidade de vida e proporcionar maiores possibilidades de independência, locomoção, educação, saúde, entre outros aspectos. A TA deve ser entendida como um auxílio que promoverá a ampliação de uma habilidade funcional deficitária ou possibilitará a realização da função desejada que se encontre impedida por circunstância de deficiência ou pelo envelhecimento.

No Brasil, a TA foi instituída pela Portaria SEDH/PR nº 142, de 16 de novembro de 2006, que a define como área de conhecimento de característica interdisciplinar. A TA pode ser de alta tecnologia ou baixa tecnologia, sendo representada por equipamentos como: muletas canadenses ou auxiliares, bengalas, andadores, cadeira de rodas, elevadores, carros adaptados, órteses e próteses, barras de segurança, rampas e plataformas, entre outros.

As principais categorias são:

- Sistema de comunicação alternativa;
- Adaptações para atividades de vida diária;
- Unidades de controle ambiental⁹;
- Adequação da postura;
- Adaptações para déficits visuais e auditivos;
- Cadeiras de roda e dispositivos de mobilidade;
- Adaptações de veículos;
- Órteses;

⁹ Unidades de Controle Ambiental: São unidades computadorizadas que permitem o controle de equipamentos eletrodomésticos, sistemas de segurança, de comunicação, de iluminação, em casa ou em outros ambientes.

- Próteses e
- Acessibilidade de forma geral

Os recursos de TA devem estar integrados ao processo de reabilitação. **Para qualquer usuário que precisar utilizar alguma TA, é necessário que seja feita também a indicação terapêutica baseada em critérios seguros de elegibilidade.** Os meios auxiliares de marcha (bengalas, muletas e andadores), **por exemplo**, são utilizados para melhorar essa função, considerando que visa diminuir o gasto energético e auxiliar no equilíbrio e na distribuição de peso nos membros inferiores. A prevenção ou diminuição do risco de quedas e o aumento da estabilidade e da mobilidade com o seu uso favorecem o acesso na comunidade e a socialização. A pessoa idosa deve ser treinada pelo profissional quanto à utilização correta da TA (padrão de apoio, ajuste do dispositivo), bem como orientada sobre medidas para sua conservação (CAVALCANTI; GALVÃO, 2007).

A utilização da TA pela população idosa, baseada na indicação de profissional capacitado, poderá diminuir a necessidade de cuidadores formais e informais, prevenir acidentes e quedas, hospitalização e institucionalização, além de menor gasto financeiro para o sistema de saúde. Percebe-se dessa forma que trabalhar para a inclusão social da pessoa idosa significa trabalhar para a conquista e a prática da cidadania e, nesse sentido, a TA é um importante instrumento que não pode ser desconsiderado.

12. REABILITAÇÃO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Uma das principais iniciativas que direcionaram as ações do Ministério da Saúde foi a publicação da Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, atual Portaria GM/MS de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que estabelece diretrizes para a estruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita, com efetividade e eficiência.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, e melhorar o desempenho do SUS, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2017b). Todas essas ações incluem serviços de: atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

Nesse contexto, a RAS é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnicos, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. A RAS possui variados atributos, entre os quais destaca-se a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema. É constituída de equipe multidisciplinar que integra, coordena o cuidado e atende às suas necessidades de saúde. São pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde:

12.1 A Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS 2.436 de 21 de setembro de 2017, atual Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017), dispôs elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica (AB) na ordenação da Rede. Reafirmou uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e na coordenação do cuidado do usuário em todos os pontos disponíveis na rede. Assim, a AB deve ser a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a RAS, razão pela qual ela deve estar o mais próximo do domicílio dos usuários e funcionar de acordo com os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A reabilitação da pessoa idosa com comprometimento funcional pode ser realizada tanto na AB quanto na Atenção Especializada, a depender das necessidades do usuário e de acordo com a RAS existente em cada local.

12.1.1 O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

O NASF atua como referência clínica no território para a atenção aos usuários, incluindo a pessoa idosa, por meio de discussão de casos, consultas compartilhadas, atendimento individual, atendimento em grupos, se configurando como retaguarda na construção do PTS para as equipes de saúde da família e equipes da atenção básica, articulados com os demais profissionais da RAS. O NASF pode ser muito útil na implementação de ações direcionadas às pessoas idosas, tais como, na promoção da saúde e na prevenção de doenças e agravos (prevenção de quedas; prevenção de violência, etc.), no cuidado das DCNT; na promoção de ações para a atenção à pessoa idosa frágil; na reabilitação da pessoa idosa com comprometimento funcional; entre outras ações.

12.1.2 Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde, lançado em 2011, atualmente regido pela Portaria de Consolidação nº 5, Título I, Capítulo I, Seção I (Portaria de origem nº 2.681/GM/MS, de 7 de novembro de 2013), visa à promoção da saúde, a produção do cuidado e modos de vida saudáveis da população, por meio de espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados. Pode ser um grande aliado nos processos de prevenção e reabilitação da pessoa idosa.

As Academias da Saúde são pontos de atenção da rede e devem atuar integradas com a comunidade (com enfoque para o fortalecimento das atividades intergeracionais), promovendo atividades físicas, práticas corporais, atividades artísticas, educação em saúde, orientação para a alimentação saudável, convivência e participação social, dentre outras.

Portanto, o Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado para os municípios brasileiros, que visa contribuir para a produção de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população. Para atingir seu objetivo, o Programa promove a implantação de polos de Academia da Saúde, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados.

12.1.3 Práticas integrativas e complementares (PICS)

As práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. Essas práticas contribuem para a ampliação das ofertas de cuidados em saúde, para a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades, além de proporcionar maior resolutividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

As PICS são importantes recursos terapêuticos complementares disponíveis para qualificar a oferta de serviços no cuidado à pessoa idosa. O Quadro 18 apresenta as PICS que podem ser ofertadas na atenção básica do Sistema Único de Saúde.

Quadro 18 - Práticas Integrativas Complementares (PICS) incorporadas no SUS

<ul style="list-style-type: none">● Plantas medicinais e Fitoterapia,● Medicina tradicional chinesa/acupuntura,● Homeopatia,● Medicina Antroposófica,● Arteterapia,● Ayurveda,● Biodança,● Dança Circular,● Meditação,● Musicoterapia,● Naturopatia,● Osteopatia,● Quiropraxia,● Reflexoterapia,● Reiki,● Terapia Comunitária Integrativa,● Termalismo social/ Crenoterapia,● Yoga,● Apiterapia,
<ul style="list-style-type: none">● Aromaterapia,● Bioenergética,● Constelação familiar,● Cromoterapia,● Geoterapia,● Hipinoterapia,● Imposição de mãos,● Ozonioterapia,● Terapia de florais.

Tais práticas buscam a promoção da saúde, ampliando a autonomia da pessoa idosa no seu processo de cuidado. Ressalta-se que a ampliação da oferta terapêutica pode minimizar a necessidade de utilização de medicamentos, considerando a polifarmácia um dos principais problemas no cuidado da pessoa idosa. As PICS podem estimular a vitalidade do indivíduo e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

12.4 Atenção Ambulatorial Especializada

As ações de reabilitação/habilitação da pessoa idosa na Atenção Ambulatorial Especializada devem ser executadas por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, desenvolvidas a partir das necessidades de cada indivíduo e de acordo com o impacto na sua funcionalidade.

Quando a pessoa idosa apresenta uma limitação da sua funcionalidade de forma temporária ou definitiva, esgotados os recursos da AB, o cuidado especializado em reabilitação poderá ser realizado nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) ou outros serviços de reabilitação.

O olhar da reabilitação no contexto da funcionalidade amplia os horizontes e contextualiza o indivíduo, a família e a comunidade em uma perspectiva mais social, privilegiando aspectos relacionados à inclusão social, ao desempenho das atividades e à participação do indivíduo na família, comunidade e sociedade.

Vale ainda destacar que a pessoa idosa deve ser atendida prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência. Isso exige organizar os serviços e pontos de atenção da RAS em cada região de saúde, dispondo de infraestrutura e de equipes multiprofissionais capacitadas para reabilitação, de modo articulado aos demais pontos de atenção da RAS.

Dentre os pontos de atenção da RAS, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência dispõe dos serviços de reabilitação, conforme disposto a seguir.

12.4.1 A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) instituída pela Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012 (atual Anexo VI da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017), tem como objetivos ampliar e qualificar o acesso à saúde das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual ou visual, temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua; garantindo a articulação e a integração dos pontos de atenção da rede de atenção à saúde no território. A RCPD também se organiza a partir dos componentes das RAS.

No caso das pessoas idosas com comprometimento funcional, essa atuação deve priorizar ações estratégicas na identificação precoce das deficiências, no suporte, sempre que necessário às famílias, no acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas na Atenção Domiciliar, nas práticas de educação em saúde, nas ações de prevenção de acidentes e quedas, na reabilitação da pessoa idosa, entre outras.

O componente da Atenção Especializada em Reabilitação Física, Intelectual, Auditiva, Visual e em Múltiplas Deficiências, tem como pontos de atenção: os Centros Especializados em Reabilitação (CER); as Oficinas Ortopédicas Fixas e Itinerantes; os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); e estabelecimentos habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação.

Os mencionados estabelecimentos constituem-se como serviços de referência de cuidados para os usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação. Eles devem produzir, em conjunto com estes atores e de forma matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado na avaliação multidimensional.

Para que isso possa ocorrer, serão propostas medidas que visam prevenir e reduzir o ritmo da perda funcional; melhorar, compensar ou recuperar a função; ou ainda preservar a função atual.

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território. O CER oferta atenção integral e contínua às pessoas com deficiência, conforme modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e/ou visual) para o qual está habilitado.

Nesse centro, as ações de reabilitação devem ser desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, formada por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, médicos, entre outros, a partir de uma abordagem interdisciplinar, e deverão estar baseadas em um projeto terapêutico singular. São estratégias de cuidado a promoção de ações de caráter intersetorial entre os diversos serviços de saúde que façam parte das RAS, bem como do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e outros equipamentos do território, quando necessário.

A Oficina Ortopédica constitui-se em serviço de dispensação, confecção, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), vinculada a um serviço de reabilitação física e que poderá contar com o suporte de serviço de Oficina Ortopédica itinerante.

Contemplando as ações de saúde bucal, na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, constam a ampliação do acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como o atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para tais atendimentos. Ressalta-se que todo atendimento a esse público deve ser iniciado na atenção básica, que poderá referenciar, quando necessário, para o nível secundário (Centro de

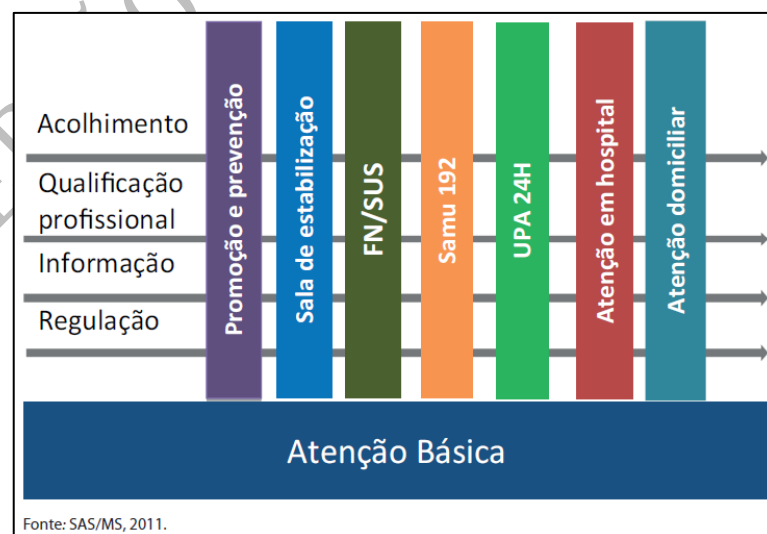
Especialidades Odontológicas - CEO) ou terciário (Hospitalar/Centro Cirúrgico) os casos que apresentarem necessidades complexas e especiais para o atendimento.

12.4.2 A Atenção Hospitalar e de Urgência/Emergência

Para o cuidado à pessoa idosa, é importante contar com hospitais que atuem de forma multiprofissional e interdisciplinar, que se responsabilizem pela assistência aos usuários que apresentam condições agudas ou crônicas, em situação de instabilidade ou agravamento do estado de saúde, exigindo assistência em regime de internação. O hospital também realiza ações de promoção da saúde; prevenção secundária, terciária e quaternária; diagnóstico, tratamento e reabilitação no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) foi instituída pela Portaria GM/MS N° 3.390, em 30 de dezembro de 2013, atual Anexo XXIV da Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.

A Rede de Urgência e Emergência (RUE), como rede complexa e que atende a diversas condições é composta por diferentes pontos de atenção, para dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, seus componentes devem atuar de forma integrada, articulada, sinérgica e transversal. Além disso, em todos os componentes devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso, conforme apresentado na Figura 5.

Figura 5 – Componentes da RUE e suas interfaces



Para reduzir e organizar a demanda por atendimentos de urgência, é relevante desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

No âmbito hospitalar, entre os componentes da RUE que abrangem o cuidado à pessoa idosa, destacam-se as Unidades de Cuidados Prolongados (UCP). As UCP destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico. Objetiva, portanto, a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva do usuário.

A organização dos leitos é realizada também pelos serviços de Hospitais Gerais e/ou Especializados; ou Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP).

Ademais, outro componente da RUE fundamental, no âmbito da atenção à saúde da pessoa idosa, é a estratégia de Atenção Domiciliar (AD).

12.5 A Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar (AD), regulamentada pelas Portarias GM/MS de Consolidação nº 5 e nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Portaria de origem nº 825, de 25 de abril de 2016), é caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo a continuidade de cuidado. No SUS, a AD é realizada tradicionalmente pelas equipes de Atenção básica ou Saúde da Família, e desde 2011 por um programa federal específico (Melhor em Casa), sendo executado em parceria com estados e municípios e articulado com a Rede de atenção à saúde. Por sua característica de transversalidade, a AD para ter real eficácia precisa estar e atuar de maneira integrada aos serviços da AB, Unidades de Urgência, SAMU e unidades hospitalares.

A maior potência da AD é proporcionar às pessoas – geralmente dependentes - um cuidado voltado às suas necessidades e contextualizado à sua cultura, rotina e dinâmica familiar. Pela normativa vigente, o atendimento deve ser organizado em três modalidades: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), tipo 2 (AD2) e tipo 3 (AD3). A indicação de cada modalidade está atrelada às necessidades peculiares de cada caso, em relação à periodicidade necessária das visitas, à intensidade do cuidado e necessidade de uso de equipamentos. Habitualmente a modalidade AD1 (de menor complexidade e intensidade) é de responsabilidade das equipes de Atenção básica, e, onde está implantado o Programa Melhor

em Casa assume pacientes das modalidades AD2 e AD3 (maiores necessidades de visitas, intensidade de cuidados e uso de equipamentos).

Assim, o programa visa principalmente: apoiar a assistência na AB ao evitar hospitalizações dos casos agravados no domicílio; desospitalizar as pessoas com estabilidade suficiente para receberem cuidados continuados em casa até sua recuperação, otimizando os recursos hospitalares. Isso resulta na melhor utilização dos leitos e na redução do volume de infecções hospitalares, considerado um importante fator onerador do sistema de saúde.

Os atendimentos são realizados por equipes multidisciplinares (EMAD), formadas por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta ou Assistentes sociais. Outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional) poderão compor as equipes de apoio (EMAP).

Em relação ao seu público alvo, a AD pode ser indicada em todas as faixas etárias e ciclos de vida, em diversas condições clínicas: agudas, crônicas agudizadas e crônicas complexas, doenças progressivas, incapacitantes e terminais. É apropriado para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, de maneira temporária ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade, no qual considera-se que a AD é a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador (BRASIL, 2017h).

Geralmente as pessoas idosas que são indicadas para esse programa, são aquelas com estabilidade clínica em estágio agudizado de afecções recentemente instaladas ou crônicas; pessoas idosas com afecções crônico-degenerativas, considerando o momento e a progressão da doença que implicam cuidados intensificados; ou pessoas idosas em cuidados paliativos com necessidade de abordagem multidimensional e multidisciplinar para o manejo da dor e do sofrimento.

Desde sua inauguração, em torno de 70% dos usuários do Programa Melhor em Casa são pessoas idosas, com diagnósticos mais frequentes de AVC e demências.

O Programa Melhor em Casa cumpre um papel social de elevada importância no conjunto dos serviços públicos de saúde do SUS à medida que atende, preferencialmente, a população idosa, fragilizada, dependente e de baixa renda.

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento é heterogêneo, variando conforme o sexo, as relações de gênero, as relações étnico-raciais, a orientação sexual, os aspectos sociais, culturais, econômicas e o local de moradia, sendo em nosso país caracterizado por importantes desigualdades sociais e regionais.

Assim sendo, o arcabouço teórico de Políticas Públicas do SUS voltados para essa população é amplo, tendo como ponto primordial a promoção, manutenção e recuperação da autonomia e independência das pessoas idosas, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Isso somente é possível por meio do pleno funcionamento da RAS, com os pontos de atenção articulados e profissionais de saúde capacitados, bem como por meio da busca de articulação intersetorial com os pontos de atenção das demais políticas públicas existentes no território.

Essas condições favorecem a identificação das necessidades de saúde das pessoas idosas, entre elas a reabilitação, por meio da realização da avaliação multidimensional e consequente construção do Projeto Terapêutico Singular. Esse é um trabalho que envolve não somente a pessoa idosa, mas também familiares/cuidadores.

A reabilitação é indicada para as pessoas idosas que se encontram com determinado grau de comprometimento funcional, permanente ou temporário. Contudo, ela precisa ser planejada no PTS juntamente com as demais intervenções terapêuticas e de promoção da saúde e prevenção de agravos, buscando atingir a integralidade do cuidado.

Para realização de um bom programa de reabilitação para a pessoa idosa é imprescindível conhecer as expectativas em relação a ela mesma, à família e à equipe de trabalho. O usuário precisa ser protagonista na definição dos objetivos e metas a serem perseguidos.

Espera-se que este Guia de Atenção à Reabilitação da Pessoa Idosa, possa nortear o trabalho das equipes multiprofissionais em todas as etapas do cuidado e do processo de reabilitação, nos diferentes pontos de atenção da RAS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABCMED, 2012. **Quando a perda de memória não é normal?** Disponível em: <<https://www.abc.med.br/p/vida-saudavel/304780/quando+a+perda+de+memoria+nao+e+normal.htm>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

ABCMED, 2016. **Você sabe o que é disartria?** Disponível em: <<https://www.abc.med.br/p/sinais.-sintomas-e-doencas/828344/voce+sabe+o+que+e+disartria.htm>>. Acesso em: 12 julho 2018.

ABRAHIN, O. et al. **Single- and multiple-set resistance training improves skeletal and respiratory muscle strength in elderly women** *Clinical Interventions in Aging*, 2014.

AAIDD, American Association On Intellectual And Developmental Disabilities. **Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports**. 11. ed. Washington: AAIDD, 2010.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL. *Acessível em:* www.acidentevascularcerebral.com, acesso em 27 de junho de 2010.

ALENCAR, Yolanda Maria Garcia de; CURIATTI, José Antonio E. **Envelhecimento do Aparelho Digestivo**. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomas de; PAPALÉO NETTO, Matheus. *Geriatría. Fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo. Editora: Atheneu, 2006, p. 311-330.

ALMADA, Clineu. Notícias de Saúde. **Hospital Albert Einstein**, Publicado em: 12/06/2012. Disponível: <https://www.einstein.br/noticias/entrevistas/dr-clineu-almada>. Acessado em junho de 2018.

ALVES, L.C. et al. **A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8):1924-1930, 2007.

ARANTES, P.M.M. et al. **Effect of a Program Based on Balance Exercises on Gait, Functional Mobility, Fear of Falling, and Falls in Prefrail Older Women: A Randomized Clinical Trial**. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 2015.

ARAUJO, E.S., BUCHALLA, C.M. **O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em inquéritos de saúde: uma reflexão sobre limites e possibilidades**. *REV BRAS EPIDEMIOL JUL-SET 2015; 18(3): 720-724*.

ARAUJO, Álvaro Cabral; NETO, Francisco Lotufo. **A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5**. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, São Paulo, 2014, V. 16, n. 1, p. 67-82.

ARGIMON, Irani I. de Lima; STEIN, Lilian Milnitsky. **Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.64-72, 2005.

ASSIS, M. G.; BARRETO, K. M. L.; ASSIS, L. O. **Terapia Ocupacional em Gerontologia.** In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1397-1403.

AVILA, Renata; BOTTINO, Cássio Machado de Campos. Cognitive changes update among elderly with depressive syndrome. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 316-320, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000400013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 ago. 2018. e Epub 19-Out-2006. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000010>.

BARTER, A. C. RIBEIRO, A. P. **Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil.** Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Manguinhos/RJ. SCIELO. 2009.

BASTOS-BARBOSA, R. G. et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 1, p. 636-641, 2012.

BENEDETTI, T.R.B., et al. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Texto e Contexto Enfermagem**, 16(3): 387-398, 2007.

BESELGA, C. et al. **Immediate effects of hip mobilization with movement in patients with hip osteoarthritis:** A randomised controlled trial *Manual Therapy*, 2016.

BEAUPRE LA, Jones A, Saunders LD, et al. **Best practices for elderly hip fracture patients.** *J Gen Intern Med* 2005; 20:1019.

BERSCH R. **Introdução à tecnologia assistiva** [online] 2005; [citado 2012]; disponível em: <<http://www.assistiva.com.br/Introducao%20TA%20Rita%20Bersch.pdf>>BOECHAT EM. Ouvir sob o prisma da estratégia. [Dissertação] São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica; 1992.

BOCZKO F. Patients' **awareness of symptoms of dysphagia.** *J Am Med Dir Assoc.* 2006;7(9):587-90.

BOECHAT, J.; MANHÃES, F.; FILHO, R. – **O Imobilismo no Idoso e sua Repercussão no Sistema Musculoesquelético.** Niterói, 2012. Disponível em <http://www.aninter.com.br/ANAIS>. Acessado em: 27 Abr. 2018.

BOONSINSUKH, R. et al. **A cane improves postural recovery from an unpracticed slip during walking in people with Parkinson disease.** *Physical Therapy*, 2012.

BORGES, G. M.; CAMPOS, M. B.; CASTRO E SILVA, L. G. **Transição da Estrutura Etária no Brasil: Oportunidades e Desafios para a sociedade nas próximas décadas**. In: Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI – Subsídios para as Projeções da População. Ervati, L. R.; Borges, G. M.; Jardim, A. P. (organizadores). Estudos e Análises. Informação Demográfica e Socioeconômica nº 3. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

BURTON, LOUISE A., AND DEEPA SUMUKADAS. **Optimal management of sarcopenia**. Clinical interventions in aging 5 (2010): 217.

BUSCHKE H, SLIWINSKI MJ, KUSLANSKY G, et al. Diagnosis of early dementia by the Double Memory Test: Encoding specificity improves diagnostic sensitivity and specificity. **Neurology** 1997;48:989-997.

BUZINARO, E. F.; DE ALMEIDA, R. N. A.; MAZETO, G. M. F. S. **Biodisponibilidade do cálcio dietético**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 50, n. 5, p. 852-861, 2006.

BRAGA, L. W. et al. **Desenvolvimento cognitivo e neuropsicológico**. In: BRAGA, L. W.; CAMPOS DA PAZ JR., A. (Org.). Método Sarah: reabilitação baseada na família e no contexto da criança com lesão cerebral. São Paulo: Santos Editora, 2008. p. 53-101.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa. **Orientações técnicas para implementação de linha de cuidado para a atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria de Consolidação GM/MS Nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo I do Anexo XI (Portaria de origem 2.528, de 19/10/2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**, 4ª edição, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 3**, de 28 de setembro de 2017. Capítulo I (Portaria de origem GM/MS nº 4279/2010) – Das Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXII (Portaria de origem GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017). Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Academia da Saúde**. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, Título I, Capítulo I, Seção I. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, Anexo I do Anexo XIII (Origem: PRT MS/GM 1060/2002). Brasília: Ministério da Saúde, 2017e.

_____. Ministério da Saúde. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (Portaria de origem MS/GM 793/2012). Brasília: Ministério da Saúde, 2017f.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Hospitalar**. Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXIV (Portaria de origem nº 825, de 25 de abril de 2016). Brasília: Ministério da Saúde, 2017g.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 5**, de 28 de setembro de 2017, Título IV, Capítulo III – Do atendimento e internação domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2017h.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas em Reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017i.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Portaria Conjunta nº 13**, de 28 de novembro de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Brasília: Ministério da Saúde, 2017j.

_____. Presidência da República. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União de 7 julho de 2015, Seção 1, p. 2-11. Brasília/DF, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de Atenção às Urgências e Emergências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012a.

_____. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Convenção sobre os

Direitos das Pessoas com Deficiência: protocolo facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: **Decreto Legislativo nº 186/2008: Decreto nº 6.949/2009**. 4. ed., rev. e atual. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde – **Plano de ações para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação Saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Presidência da República. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinado em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 26 ago. 2009. Seção 1, p. 3-9. 2009a.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2.ed. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **CAB 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**, 2006. 3ª edição. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf. Acessado em: abril de 2018.

_____. Estatuto do Idoso. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Diário Oficial da União, Brasília, nº 192, 3 de outubro de 2003.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>

_____. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 6 de janeiro de 1994.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, vol.19, n.3, pp.733-781. Rio de Janeiro: junho 2003. Acessível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CHARCHAT-FICHMAN, H. et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, V. 27, N. 12, p. 79-82. São Paulo: março de 2005.

CSAPO, R.; ALEGRE, L.M. Effects of resistance training with moderate vs heavy loads on muscle mass and strength in elderly: a meta-analysis. **Scand J Med Sci Sports**, V. 26, n. 9, p. 995-1006, 2015.

CARAMELLI P. Avaliação clínica e complementar para o estabelecimento do diagnóstico de demência. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML (organizadores). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2013. p.153-56.

CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006 p. 837-68.

CAURAUGH. J. H. et al. Children With Cerebral Palsy: a systematic review and meta-analysis an goit and electrical stimulation. **Vlinica Reahabilitation**, v. 24, p. 963-978, 2008.

CESARI, M. et al. A Physical Activity Intervention to Treat the Frailty Syndrome in Older Persons—Results From the LIFE-P Study. **The Journals of Gerontology: Series A**, V.70, n.2, p. 216-222, 2015.

CHANG VC, DO MT. Risk factors for falls among seniors: implications of gender. **Am J Epidemiol** 2015; 181: 521–31.

CHIBA, T. & ASHMAWI, H. **Diagnóstico e tratamento da dor**. In: FREITAS EV, PY L, CANÇADO FAX, DOLL J, GORZONI ML (organizadores). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª edição. Rio de Janeiro:Guanabara-Koogan, 2013, p. 1214-25.

CHODZKO-ZAJKO, W. J. et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. **Med Sci Sports Exerc**, v. 41, n. 7, p. 1510-1530, 2009.

CHO, S.; AN, D. Effects of a Fall Prevention Exercise Program on Muscle Strength and Balance of the Old-old Elderly. **J. Phys. Ther. Sci.** 26: 1771–1774, 2014.

CHUI, H.C. et al. Criteria for diagnosis of ischemic vascular dementia proposed by the State of California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers. **Neurology** 1992;42:473-480.

COSTA, Elisa Franco de Assis. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). In: LIBERMANN, Alberto et al. Diagnóstico e tratamento em cardiologia geriátrica: **Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)**. 1ª Edição. Barueri: Editora Manole, 2005.

COSTA, Elisa F. A.; MONEGO, Estelamaris T. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). **Revista da UFG**. Goiânia, v.5, n.2, 2003.

COYLE, P.C. et al. **Lumbar Mobility and Performance-Based Function: An Investigation in Older Adults with and without Chronic Low Back Pain**. Pain Med, Ahead of Print, 2016.

CRUZ-JENTOFT, ALFONSO J., et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. **Age and ageing** (2010): afq034.

DANIELS S. K. et al. **Mechanism of sequential swallowing during straw drinking in healthy young and older adults**. J. MSPEECH Long Hear Res. 2004; 47 (1): 33-45.

DE KRUIJF M., et al. **Lower sex hormone levels are associated with more chronic musculoskeletal pain in community-dwelling elderly women**. Pain, 2016.

DORFMAN, M. et al. Dual-task training on a treadmill to improve gait and cognitive function in elderly idiopathic fallers. **J Neurol Phys Ther**, 2014.

ESTRELA, F.; MOTTA, L.; ELIAS, V. S. Deglutição e processo de envelhecimento. In: Jotz GP, Carrara-De-Angelis E, Barro APB. **Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança**. Rio de Janeiro: Revinter, 2009, p. 54-8.

FALSARELLA, GR; GASPAROTTO, LPR; COIMBRA, AMV. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência à pessoa idosa. Revisão da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** 2014; 17(4):897-910. Nyman SR, Ballinger.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FAZAA, A. et al. **Comparison of the clinical effectiveness of thermal cure and rehabilitation in knee osteoarthritis**. A randomized therapeutic trial Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 2014.

FORLENZA, O.V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria geriátrica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2000, v. 1., p. 107-149.

FORLENZA, O.V., et al.; **Mild cognitive impairment (Part II): biological markers for diagnosis and prediction of dementia in Alzheimer's disease**. **Revista Brasileira Psiquiatria**. São Paulo, 2013.

FREITAS, G. Duarte. **Reabilitação neurofuncional em um paciente com hemiplegia espástica como sequela de AVC**. Estudo de caso. Santa Catarina:UNISUL/SC, abril 2011.

FREITAS, E.V., PY, L., et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap. 100, p. 973-80.

FREITAS, S.S.; MEIRELLES, M.C.C.C.; MENDONÇA, A.C. **Importance of domestic guidelines for women with urinary incontinence** *Fisioterapia e Movimento*. 2014, 27(3): 319-327.

FRIED, L. P. et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001, 56(3): M146-156.

FRIED, L.P., et al. Frailty in older adults: evidence of phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001,56(3):M146-56.

FRONTERA, W. R.; et al. Aging of skeletal muscle: a 12-yr longitudinal study. *J.Appl.- Physiol*, 2000, v. 88, n. 4, p. 1321-1326.

GALVÃO FILHO, T. A. **A Tecnologia Assistiva: de que se trata?** In: MACHADO, G. J. C.; SOBRAL, M. N. (Orgs.). *Conexões: educação, comunicação, inclusão e interculturalidade*. 1 ed. Porto Alegre: Redes Editora, p. 207-235, 2009. Disponível em: http://www.galvaofilho.net/TA_dequesetrata.htm. Acesso em 15/03/2018.

GARBER, C.E. et al. **American College of Sports Medicine position stand**. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromata fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. Europe PMC, 2011.

GASPARETTO, M.E.R.F; NOBRE, M.I.R.S. **Avaliação do funcionamento da visão residual: educação e reabilitação**. In MASINI, E.F.S. *A pessoa com deficiência visual: um livro para educadores*. São Paulo: Vetor, 2007.

GAWDA, P. et al. Evaluation of influence of stretching therapy and ergonomic factors on postural control in patients with chronic non-specific low back pain. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2015.

Guia de Atendimento à Pessoa Idosa em Situação de Violência. Prefeitura de Belo Horizonte. 2018. Link: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/guia_atendimento_pessoa_idosa_situacao_violencia.pdf

GLADWELL, P.W. et al. **Direct and Indirect Benefits Reported by Users of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Chronic Musculoskeletal Pain: Qualitative Exploration Using Patient Interviews**. *Physical Therapy*, 2015.

GRANGER, CV et al. The uniform data system for medical rehabilitation: report of patients with stroke discharged from Comprehensive Medical Programs in 2000-2007. *Am J Phys Med Rehabil* [online]. 2009 88(12):961-72. Disponível em: http://journals.lww.com/ajpmr/Abstract/2009/12000/The_Uniform_Data_System_for_Medical.1.aspx. Acessado em: abril de 2018.

GEIRSDOTTIR, O.G., et al. Muscular strength and physical function in elderly adults 6–18 months after a 12-week resistance exercise program Scandinavian. **Journal of Public Health**, 2015, 43: 76–82.

GILLESPIE, L.D., et al. **Interventions for preventing falls in older people living in the community**. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 9. Art. No.: CD007146. 2012.

HALLAL, P.C. et al. **Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife**, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cadernos de Saúde Pública*, 2010.

HANNAN, E.L. et al. **Mortality and locomotion 6 months after hospitalization for hip fracture**: risk factors and risk-adjusted hospital outcomes. *JAMA*. 2001;285(21): 2736–2742.

HATFIELD, J.P.; HIRSCH, J.K.; LYNESS, J.M. **Functional impairment, illness burden, and depressive symptoms in older adults**: does type of social relationship matter? *Int J Geriatr Psychiatry* [internet], (28):190-98. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.3808/epdf>. 2013.

HENSCHKE, N. et al. **Characteristics of patients with acute low back pain presenting to primary care in Australia**. *The Clinical Journal of Pain*, 25(1):5–11, 2009.

HIDALGO, B.; Short-Term Effects of Mulligan Mobilization With Movement on Pain, Disability, and Kinematic Spinal Movements in Patients With Nonspecific Low Back Pain: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *J Manipulative Physiol Ther*. 2015.

HILL, A.M., **Educators' perspectives about how older hospital patients can engage in a falls prevention education programme**: a qualitative process evaluation *BMJ Open*. 2015.

HUNGRIA H. **Otorrinolaringologia**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2000, p. 443-7.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> Acessado em: abril de 2018.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde – Ciclos de Vida: grandes regiões. 2013**. Disponível: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>. Acessado em: junho de 2018.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2015**. Disponível: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default_brasil.shtm. Acessado em: 03 de março 2018.

JÁCOMO, RH, et al. The effect of pelvic floor muscle training in urinary incontinence elderly woman: a systematic review. *Fisioter Mov.* 2014;27(4):675-689.

KACHOROVSKI LW, et al. Effect of isostretching on the quality of life of incontinent older women, 2015; 28(4): 811-819.

KENDALL, Katherine A.; LEONARD, RJ; MACKENZIE, S. Common medical conditions in the elderly: impact on pharyngeal bolus transit. *Dysphagia*, New York, 2004, v. 19, n. 2, p. 71-7.

KELLOGG INTERNATIONAL WORK GROUP (1987) **The prevention of falls in later life.** A report of the Kellogg International Work Group on the prevention of falls by the elderly. *Danish Medical Bulletin*, 34, 1-24.

KOMATSU, R.S., et al. Incidência de fraturas de fêmur proximal em Marília, São Paulo, Brasil, 1994 e 1995. **Revista Brasileira Reumatologia.** 1999; 39:325-31.

LEDUC, M. M. S. **Imobilidade e síndrome da imobilização.** In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 972-980.

LELARD, T. et al. Effects of a 12-week Tai Chi Chuan program versus a balance training program on postural control and walking ability in older people. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 91, n. 1, p. 9-14, 2010.

LEONHARDT, C. et al. **Graded Exposure for Chronic Low Back Pain in Older Adults: A Pilot Study.** *Journal of Geriatric Physical Therapy.* 2016.

LIMA, A. M. N. **A Reabilitação e a Independência Funcional do Doente Sujeito a Imobilidade.** Instituto Politécnico de Vianna Castelo. Escola de Superior de Saúde. Junho de 2014.

LIMA DMG, VENTURA LO, BRANDT CT. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. *Arq Bras Oftalmol* 2005; 68(3): 357-62.

LICHTIG I, COUTO MIV, LEME VN. **Perfil pragmático de crianças surdas em diferentes fases linguísticas** Deaf children's pragmatic profile in different linguistic phases. *Ver Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 2008. 13(3): 251-7.

LI, Z.Y., CHOU, C. The effect of cane length and step height on muscle strength and body balance of elderly people in a stairway environment *J Physiol Anthropol*, 2014.

LOURES, F.B. et al. Análise econômica do tratamento cirúrgico de fratura do quadril em idosos. **Revista de Saúde Pública.** 2015; 49:12.

MAIA, B.C. et al. Consequências das Quedas em Pessoa idosas Vivendo na Comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro, 2011; 14(2):381-393.

MAIA, F.O.M. et al. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey -13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. **Rev Esc Enferm USP**. 2012, 46(Esp):116-22

MA WAI WAI, Myint et al. **Clinical benefits of oral nutritional supplementation for elderly hip fracture patients: a single blind randomised controlled trial**. Age and Ageing. 2013, V.42, n 1, p.39-45.

MANFRIM, A., SCHMIDT, S.L. **Diagnóstico diferencial das demências**. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML (organizadores). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2013, p.157-68.

MANGIONE, K. K. et al. **Cochrane review: Improving physical function and performance with progressive resistance strength training in older adults**. Phys Ther., v. 90, n. 12, p. 1711-1715, 2010.

MATOS, N.T.; CASTRO, L. R. **A importância da elaboração do Projeto Terapêutico Singular para a pessoa com Deficiência Intelectual em processo de envelhecimento**. In: GUILHOTO, L.M.F.F. Envelhecimento e Deficiência Intelectual: Uma Emergência silenciosa, INSTITUTO APAE DE SÃO PAULO, 2013, p. 135 – 150.

MATHIAS S, Nayak US, Isaacs B. Balance in elderly patients: the “getup and go” test. Arch Phys Med Rehab. 1986 June; 67(6):387-9.

MARCHESAN, Irene Queiroz. **Distúrbios da Motricidade Oral**. In: RUSSO, Ieda Pacheco. Intervenção Fonoaudiologia na terceira idade. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2004. p. 83-100.

MARUCCI, M. F. N. Alimentação e hidratação: cuidados específicos e sua relação com o contexto familiar. In: DUARTE, Y. A. O. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 224.

MAKSUDA SS, Reis LFN. **Disfagia no idoso: risco (in) visível**. Revista CEFAC, São Paulo. 2003;5(3):251-7.

MAZZONI, A. A. **Conteúdos digitais multimídia: o foco na usabilidade e acessibilidade**. In Ci. Inf. Brasília, v. 33, n. 2, agosto de 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S010019652004000200016&lng=en&nrm=iso>. Disponível. <http://revistas.ufpr.br/atoz/article/view/41713/26088>

MEDINA, Norma H; MUNOZ, Emilio H. **Atenção à saúde ocular da pessoa idosa**. Atualização: Attention to ocular health in the elderly. Centro de Oftalmologia Sanitaria. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Disponível em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/bepa/2011/bepa_85.pdf?attach=true. acessado em janeiro de 2018.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª Edição. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENEZES RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em pessoas idosas institucionalizados. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2008, v.13, n.4, p.1209-1218.

MESSIAS, M.G; NEVES.R.F. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos na queda em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**; 12(2): 272-282.2009

MICHAEL P. Jones, Gary E. Rosenthal, and Fredric D. Wolinsky. The Aftermath of Hip Fracture: Discharge Placement, Functional Status Change, and Mortality Am. J. Epidemiol. (2009) 170 (10): 1290-1299.

MIRANDA, V.S., et al. Prevalence of chronic musculoskeletal disorders in elderly Brazilians: a systematic review of the literature. BMC Musculoskeletal Disorders, 29:13-82, 2012.

MIRANDA, Elisiane Crestani, Calais, Lucila Leal, Carvalho, Laura Maria Araujo, Borges, Alda Christina Lopes de Carvalho, Iorio, Maria Cecília Zartinelli. **Dificuldades e benefícios com o uso de prótese auditiva**: percepção do idoso e sua família. Revista Brasileira de Fonoaudiologia. 2008; 13(2): 166-72.

MORAES, EN, MORAES, FL. **Avaliação multidimensional do idoso**. 4ª ed. Belo Horizonte: Folium, 2014.

MORAES EN, MARINO, MCA, SANTOS RR. **Principais síndromes geriátricas**. Revista de Medicina Minas Gerais. V.20, n1, 2010, p.54-66.

MORAES, S.A., et al. Avaliação do efeito independente de doenças crônicas, fatores sociodemográficos e comportamentais sobre a incapacidade funcional em idosos residentes em Ribeirão Preto, SP, 2007 – Projeto EPIDCV. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 18(4):757-770, 2015.

MORAES, Edgar Nunes. **Fundamentos do cuidado ao idoso frágil**. Belo Horizonte: Folium, 2016.

MOREIRA, R.S. et al. Saúde bucal dos idosos. In. FREITAS, EV & PY, L. Tratado de geriatria e gerontologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2016, cap. 127, p. 2166-2542.

MORONI RM, et al. Conservative Treatment of Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review with Meta-analysis of Randomized Controlled Trials RBGO 2015; 38:97-111.

NOR AZIZAH, I., et al. Effectiveness of Strengthening Exercises for the Elderly with Low Back Pain to Improve Symptoms and Functions: A Systematic Review. *Scientifica*, 2016.

NORTON S, Matthews FE, BARNES de, Yaffe K, Brayne C. **Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data.** *Lancet Neurol.* 2014 Aug;13(8):788-94. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70136-X. Erratum in: *Lancet Neurol.* 2014 Nov;13(11):1070. PubMed PMID: 25030513.

NUNES, L.M.; PORTELLA, M.R. O idoso fragilizado no domicílio: a problemática encontrada na atenção básica em saúde. *Boletim da saúde.* Porto Alegre: volume 17, número 2, jul./dez. 2003.

OLIVEIRA, C.A.P. et al. Caracterização dos medicamentos prescritos aos idosos na Estratégia Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública.** 2009;25(5):1007-16

OLIVEIRA, G.N. Projeto Terapêutico Singular. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A.V. (Orgs). *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada.* Hucitec: Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, J.R.; GARCIA, R.R. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia** 2011; 14(2):343-351.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** Genebra, Suíça: 2015.

_____. **Relatório Mundial sobre a Deficiência de 2011.** Disponível: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-com-deficiencia/>

_____. **Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice.** Secretaria da Saúde. Vigilância e prevenção de quedas em pessoa idosas. São Paulo (Estado) [internet], 2010. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf.

_____. **Envelhecimento.** Disponível em: < <http://www.who.int/topics/ageing/en/>>. Acesso em: 8 março 2018.

_____. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde,** 2003, Lisboa 2004. Disponível. http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf Acessado em: 07 de abril de 2018.

PAIXÃO, Junior C; HECKMANN, M. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, EV, et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 624-35.

PAPALÉO NETTO, Matheus; CARVALHO FILHO, Eurico Thomas; SALLES, Renata Freitas Nogueira. Fisiologia do Envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomas de; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatrics. Fundamentos, clínica e terapêutica**. 2ª. Ed, São Paulo: Atheneu, 2006. p. 43-62.

PEREIRA, R.J. et al. Influência de fatores sócios sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p. 2907-17, 2011.

PEREIRA, V.S. et al. Efeitos do tratamento fisioterapêutico em mulheres idosas com incontinência urinária: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Fisioterapia** 2012; 16(8):463-468.

PERRACINI, M.R.; FLÓ, C.M.; GUERRA RO. **Funcionalidade e Envelhecimento**. Editora Guanabara Koogan, 2009.

PERRACINI, M; RAMOS L. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**. 2002;36(6):709-16.

PETERSEN, R.C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, RC, Morris, J.C., Rabins, P.V., Ritchie, K., Rossor, M., Thal, L., Winblad, B. (2001). **Current Concepts in Mild Cognitive Impairment**. Archives of Neurology. 58(12), 1985-1992.

PIMENTEL, W.R.T. et al. Quedas entre idosos brasileiros residentes em áreas urbanas: ELSI-Brasil. **Revista Saúde Pública**. 2018;52 Supl 2:12s.

PODSIADLO D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. **J Am Geriatr Soc**. 1991 fevereiro; 39(2):142-8.

PRATO, S.C.F. et al. Frequência e fatores associados a quedas em adultos com 55 anos e mais. **Revista Saúde Pública** 2017;51:37.

RAMOS, L.R. et al. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. **Revista Saúde Publica**. 2013;47(3);506-13. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004325>.

RAMOS, L. R. et al. **Profile of the elderly residents in Sao Paulo, Brazil: Results from a household survey**. *Revista de Saúde Pública*, 1993, 27: 87-94.

RADANOVIC, M.; STELLA, F.; FORLENZA, O. V. Comprometimento cognitivo leve. **Revista Médica**, V. 94 nº 03, P. 162 – 168, 2015.

RESENDE, L. Macedo de. et al. **Uso terapêutico de tecnologias assistivas: direitos das pessoas com deficiência e audição**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2015.

RIBEIRO, A. P. BARTER, E. A. C. **Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil**. Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde

Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo. Rio de Janeiro. 2014. Disponível: <https://www.scielo.org/article/csc/2010.v15n6/2729-2740/>.

RIBERTO, M. **Orientação funcional para a utilização da MIF**. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas, 2005.

ROCHA, E. F.; KRETZER, M. R. Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Região Sudeste – Sapopemba/Vila Prudente – período 2000/2006. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 59-67, jan./abr. 2009.

ROCHA, FAC; RIBEIRO, AR. **Low incidence of hip fractures in an equatorial area**. *Osteoporos Int* 2003; 14:496-9.

ROCHA MA, AZER HW, NASCIMENTO VG. **Evolução funcional nas fraturas da extremidade proximal do fêmur**. *Acta Ortop Bras*. 2009;17(1):17-21.

ROCHA, B. **Reabilitar: Quem, o Quê e Onde. Enf. Reabilitação: dos cuidados gerais aos cuidados específicos**. Vila Nova de Gaia, 2008. Disponível em: <http://www.slideshare.net/belmirorocha/enfermagem-de-reabilitao>. Consultado em 22/01/2014.

RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ, C. et al. **Associations between chronic conditions, body functions, activity limitations and participation restrictions: a cross-sectional approach in Spanish non-clinical populations**, *BMJ Open*, 2016.

RODRÍGUEZ-MAÑAS, L. et al. (2012). **Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement**. The frailty operative definition-consensus conference project. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 68, 62–67.

ROGERS, M.A. et al. **The effect of repetition priming on Picture naming accuracy and latency in individuals with afasia**. *Brain Lang*, New York. 2006. 99: 218-219.

ROTH, S. M. et al. Skeletal muscle satellite cell characteristics in young and older men and women after heavy resistance strength training. **J Gerontol.A Biol.Sci.Med.Sci.**, v. 56, n. 6, p. B240-B247, 2001.

RUSSO, Ieda Chaves Pacheco. **Tratado de Audiologia: Reabilitação Auditiva no Idoso**, 2012. Editora Santos; Capítulo 46, pág. 775-785.

RUWER, Sheelen Larissa; ROSSI, Angela Garcia; SIMON, Larissa Fortunato. Equilíbrio no idoso. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. São Paulo, v.71, n.3, p. 298-303, 2005.

SALOMÃO SR, FILHO AA. **Epidemiologia do Envelhecimento Ocular**. In: Cypel M, Belfort JrR. *Oftalmogeriatrics*. São Paulo, Roça;2008. p.53-65.

SHERINGTON C. et al. **Effective exercise for the prevention of falls**: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 56(12):2234-43, 2008.

SCHERER M., **Association between multimorbidity patterns and chronic pain in elderly primary care patients**: a cross-sectional observational study *BMC Family Practice*, 2016.

SILVA, A.T.C. et al. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.

SILVA, S.L.A. et al. Transition patterns of frailty syndrome in community dwelling elderly individuals: a longitudinal study. **The Journal of Frailty and Ageing**, 2015.

SILVA, S. L. A. et al. Transition patterns of frailty syndrome in community-dwelling elderly individuals: a longitudinal study. **Journal of Frailty & Aging**, v. 43, p. 1-6, 2015.

SILVEIRA, V.A.L. et al. Incidência de fratura do quadril em área urbana do Nordeste brasileiro. **Caderno de Saúde Publica**. 2005;21(3):907-12.

SILVESTRE, J.A. e COSTA NETO, M.M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, 19(3): 839-847, 2003.

SIQUEIRA, A.B. e CORDEIRO R.C. Imobilidade. In: Ramos LR, Toniolo Neto J. *Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar Unifesp – Escola Paulista de Medicina – Geriatria e Gerontologia*. São Paulo: Manole; 2005. cap. 21.

SIMON, C.B. et al. **Age Group Comparisons of TENS Response Among Individuals With Chronic Axial Low Back Pain**. *The Journal of Pain*, 2015.

SLUZKI, Carlos E. Social networks and the elderly: Conceptual and clinical issues, and a family consultation. **Family process**, v. 39, n. 3, p. 271-284, 2000.

SOARES, I.G.E. e RECH, V. Prevalência de quedas em pessoa idosas institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Kairós Gerontologia**, 2015,18(4), pp. 47-61.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENCAS CEREBROVASCULARES. Primeiro consenso brasileiro para Trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2002, vol.60, n.3A, pp. 675-680.

SOUZA, A. et al. Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2015;68(6):1176-85.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap. 17, p. 627-663.

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. **Management of hip fracture in older people: a national clinical guideline**. Edinburgh; 2009.

SIMON, C.B. et al. Age Group Comparisons of TENS Response Among Individuals With Chronic Axial Low Back Pain. **The Journal of Pain**, 2015.

SIMONELLI, C. et al. **Prevalence of vitamin D inadequacy in a minimal trauma fracture population**. *Curr Med Res Opin* 2005, 21:1069–74.

SUZANNE E. Bentler et al. The aftermath of hip fracture: Discharge Placement, Functional Status Change, and Mortality *Am. J. Epidemiol.* (2009) 170 (10): 1290-1299.

STUDENSKI, S.A. et al. **Physical Performance Measures in the Clinical Setting** *Journal of American Geriatrics Society*, 2003.

STUDENSKI, S.A.; BROWN, C.J.; HARDY, S.E. **Rehabilitation of geriatric patients**. *ACP Medicine*. 2008; 1-14. Atualizado em 19/7/2010.

STUDENSKI, S.A. et al. The FNIH Sarcopenia Project: Rationale, Study Description, Conference Recommendations, and Final Estimates. **The Journals of Gerontology: Series A**, Volume 69, Issue 5, 1 may 2014, P. 547–558.

TAMAI, S.A.B e ABREU, V.P.S. Reabilitação Cognitiva em Gerontologia. In: FREITAS, EV & PY, L. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. cap. 122, p. 1899-1909.

TAVARES, M.M.K.; SOUZA, S.T.C. Os idosos e as barreiras de acesso às novas tecnologias da informação e comunicação. **Revista Renale**. V.10. n.01,p.1-7. 2012.

TEMPORINI, E.R. e KARA-JOSÉ, N. A perda da visão – estratégias de prevenção. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, vol.67, n.4 São Paulo Julho/agosto, 2004.

TEIXEIRA, Cleide Fernandes et al. Prótese auditiva: satisfação do usuário com sua prótese e com seu meio ambiente. **Revista CEFAC**. 2008; 10(2): 245-53.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira. O envelhecimento cortical e a reorganização neural após o acidente vascular encefálico (AVE): implicações para a reabilitação. **Ciência. Saúde Coletiva**. 2008, vol.13, suppl.2, pp. 2171-2178.

TINETTI, M.E. e POWELL, L. Fear of falling and low self-efficacy: a case of dependence in elderly persons. *J Gerontology*. 1993; 48:35–8.

THE NATIONAL SLIPS AND FALLS PREVENTION PROJECT. Australian Government, 2005. Acessível em:

[https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/350C55B3FEF3C626CA257BF0002044B4/\\$File/slips-and-falls-prev.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/350C55B3FEF3C626CA257BF0002044B4/$File/slips-and-falls-prev.pdf).

VAN DE REST, O. et al. Effect of resistance-type exercise training with or without protein supplementation on cognitive functioning in frail and pre-frail elderly: Secondary analysis of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. **Mechanisms of Ageing and Development**, 2014, 136-137: 85-93.

VENDRELY, A. et al. Integration of cognitive-behavioral therapy with gait training for a 58-year-old male with a fear of falling: a case report. **Physiother Theory Pract**, 2012.

VIANA, J.U. Efeitos de exercícios de fortalecimento muscular específico sobre as medidas de sarcopenia, fragilidade e capacidade funcional de idosas comunitárias: um estudo quasi-experimental. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Reabilitação, UFMG. Defendido em abril/2016.

VISSCHEDIJK, J.; ACHTERBERG, W.; BALEN, R; HERTOOGH, C. **Fear of falling after hip fracture**: a systematic review of measurement instruments, prevalence, interventions, and related factors. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58:1739–48.

VIVODA, A. **Sarcopenia, nutrição e atividade física na velhice**. Universidade São Judas Tadeu, São Paulo. 2017. Disponível: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/sarcopenia-nutricao-e-atividade-fisica-na-velhice>. Acessado em 20 maio 2018.

VONTETZCHNER, S. e JENSEN, M.H. Introduction. In: Vontetzchner S, Jensen MH. **Augmentative and alternative communication European perspectives**. London: Whurr Publishers Ltd; 1996. P.1-18.

WATANABE, Y. et al. Effect of resistance training using bodyweight in the elderly: Comparison of resistance exercise movement between slow and normal speed movement. **Geriatr Gerontol Int**. 15(12):1270-7, 2015.

WINBLAD, B. et al. Mild cognitive impairment—beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. **Journal Internal Medicine**, 2004, 256, p.240-246.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório mundial sobre a deficiência**. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012. 334 p. Título original: World report on disability 2011. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44575/4/9788564047020_por.pdf>. Acesso em: 11 maio 2016.

VERSÃO CONSULTA PÚBLICA

GLOSSÁRIO

Acuidade Visual: é a capacidade do olho para distinguir detalhes espaciais, ou seja, identificar o contorno e a forma dos objetos.

Adiposo: é uma variedade especial de tecido conjuntivo no qual se encontra o predomínio de células adiposas (adipócitos), um tipo de célula que acumula gotículas de lipídios em seu citoplasma.

Anabolizante: são drogas fabricadas para substituírem a testosterona, hormônio masculino produzido pelos testículos.

Aponeurose: é uma membrana fibrosa branca que serve especialmente como revestimento de músculo, ou como ligação de músculo ao tendão.

Artrites: Inflamação de uma ou mais articulações, causando dor e rigidez que podem piorar com a idade.

Atrofia Muscular: ocorre quando existe a perda de tecido muscular.

Avaliação Audiológica: é um teste básico que forma o perfil audiológico, primeiro procedimento para a avaliação clínica das alterações da audição.

Audiometria Tonal: avalia a função auditiva do paciente (inclusive crianças em idade pré-escolar) através da obtenção de limiares auditivos, estabelecendo o mínimo de intensidade de estímulos sonoros que o indivíduo percebe e avaliando o tipo e grau da perda auditiva.

Bexiga Hiperativa: é uma síndrome que se caracteriza pela urgência urinária, que pode vir acompanhada ou não de incontinência urinária, aumento da frequência das micções ao longo do dia e necessidade de levantar à noite para urinar várias vezes.

Cardiopatias: doença crônica do coração, que possui causas variadas e que pode incapacitar progressivamente a vida pessoal e profissional de seu portador, podendo até mesmo levá-lo à morte.

Catarata Senil: opacidade do cristalino que dificulta a penetração dos raios luminosos provocando deficiência visual. É a principal causa de cegueira no mundo.

Ceratinização: processo orgânico de deposição de ceratina nas células de tecidos ceratinosos, como o das unhas e dos cabelos, o que lhes dá a textura habitual.

Ceratite: Inflamação do tecido transparente na parte frontal do olho (córnea).

Contraturas: encurtamento das fibras musculares num determinado ponto específico do músculo.

Clister: injeção de líquido morno e oleoso no reto, para provocar evacuação de matéria fecal retida.

Demência: categoria genérica de doenças cerebrais que gradualmente e a longo prazo causam diminuição da capacidade de raciocínio e memória, a tal ponto que interfere com a função normal da pessoa.

Demência Vascular: demência associada a problemas da circulação do sangue para o cérebro.

Demência Frontotemporal: demência em que ocorre degeneração de um ou de ambos os lobos frontais e temporais do cérebro.

Demência por Corpos de Levy: degeneração e morte das células nervosas do cérebro.

Degeneração macular: doença ocular que provoca perda da visão.

Delirium: síndrome cerebral de origem orgânica que consiste de um comprometimento da consciência, associado com perdas das funções cognitivas.

Deterioração: condição ou circunstância do que se altera de um estado bom para um estado pior.

Desnutrição: ocorre quando o corpo não recebe nutrientes suficientes.

Disartria: distúrbio da articulação da fala (dificuldade na produção de fonemas) que resulta de uma lesão cortical ou de uma lesão periférica (paralisia dos órgãos de fonação).

Disfagia: dificuldade para engolir alimentos, líquidos ou saliva em qualquer etapa do trajeto da boca ao estômago.

Doença de Alzheimer: transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva da memória, comprometimento progressivo das AVD e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais.

Edemas: inchaço causado pelo excesso de líquidos nos tecidos do corpo.

Epiglote: estrutura composta de tecido cartilaginoso, situada por detrás da língua, na parte superior da laringe.

Erros Refrativos: Ametropias ou erros refrativos da refração ocular, causa a perda da nitidez da imagem na retina.

Escaras: é um tipo especial de lesões da pele, de extensão e profundidade variáveis.

Esfíncter: estrutura muscular contrátil formada por fibras circulares concêntricas e lisas, de controle involuntário, com o formato de anel.

Estase: estado no qual o fluxo normal de um líquido corporal é interrompido.

Exacerbação: aumento ou agravamento de um sintoma ou de uma doença.

Fadiga: sensação de desgaste, cansaço e falta de energia.

Fecaloma: grande massa de fezes endurecidas localizadas no reto e, em certos casos, no colo sigmóide, causando obstrução crônica do trânsito intestinal.

Fitoterápicos: medicamentos provenientes de plantas medicinais.

Fisiopatologia: estudo das funções anormais ou patológicas dos vários órgãos e aparelhos do organismo.

Fotopigmento: são pigmentos instáveis que sofrem uma transformação química quando absorvem luz.

Geriatria: especialidade médica que estuda e trata das doenças ligadas ao envelhecimento.

Gerontologia: é a ciência que estuda o processo de envelhecimento humano com atenção as necessidades físicas, psicológicas e sociais que surgem com a idade.

Glaucoma: Um grupo de doenças oculares que podem causar cegueira.

Halteres: equipamento usado para realizar exercícios em treinamento com pesos.

Hepatopatias: doenças do fígado.

Hidrocefalia: caracterizada pela dilatação da cabeça dos bebês.

Hidroterapia: atividade terapêutica que consiste em utilizar os recursos de uma piscina preparada especificamente para este fim com medidas, profundidade, temperatura, ambiente externo e com profissional especializado na atividade.

Hipercolesterolemia: aumento da concentração de colesterol no sangue.

Hipotrofia: insuficiência de nutrição de um órgão, acarretando diminuição do volume, em consequência da redução do número de células, sem que as sobreviventes modifiquem a sua estrutura ou função.

Hemiparesia: paralisia parcial ou redução da força em metade do rosto, no braço e na perna de um mesmo lado do corpo.

Homeostase: capacidade do organismo de apresentar uma situação físico-química característica e constante, dentro de determinados limites, mesmo diante de alterações impostas pelo meio ambiente.

Iatrogenia: são recursos tecnológicos centrados em procedimentos, exames e medicamentos, gerando uma piora no quadro de saúde da pessoa por intervenções inadequadas ou desnecessárias ou, ainda, pela ausência de intervenções oportunas em situações de risco para a pessoa.

Impedanciometria: exame utilizado pelos otorrinolaringologistas para avaliar a complacência (maior ou menor flacidez ou rigidez) da membrana timpânica e os ossículos do ouvido médio (martelo, bigorna e estribo).

Inelástico: matéria que não pode ser esticada, não altera jamais sua forma, tamanho, substância, nem mesmo diante de circunstâncias, temperaturas ou qualquer outra coisa ou força maior.

Isométricos: contração muscular onde se tem um equilíbrio entre os músculos agonista e antagonista de um movimento.

Logaudiometria: é a medida da audição através da escuta da palavra falada.

Longevos: pessoa que chegou a uma idade excessivamente avançada.

Miostático: tipo de contratura que ocorre quando o músculo é impedido de alongar-se (estirar) completamente por um período prolongado.

Moléstia: É o estado resultante da consciência da perda da homeostasia de um organismo vivo, total ou parcial.

Morbidades: refere-se ao conjunto de indivíduos, dentro da mesma população, que adquirem doenças (ou uma doença específica) num dado intervalo de tempo.

Neoplasia: processo patológico que resulta no desenvolvimento de um neoplasma; neoformação.

Nefropatias: várias doenças que podem acometer os rins, acarretando uma IRC.

Noctúria: necessidade de se levantar durante a noite para esvaziar a bexiga, atrapalhando deste modo o sono.

Oficina Ortopédica Itinerante: unidade móvel que percorre diversos municípios onde confecciona produtos ortopédicos e realiza a concessão de meios auxiliares de locomoção a pessoas com deficiência físico-motora através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Osteoporose: doença metabólica, sistêmica, que acomete os ossos.

Osteopenia: condição fisiológica característica pela diminuição da densidade mineral, principalmente de cálcio e fósforo dos ossos, precursora da osteoporose.

Osteomielite: doença infecciosa grave, aguda ou crônica, mais comum em crianças e adolescentes, que atinge ossos longos como o fêmur, a tíbia ou o úmero.

Periocular: localizado em redor de um olho ou de cada um deles; que se situa em torno do olho.

Pessoa com deficiência: aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (referência AIIDD).

Piriformes: músculo da região glútea.

Polaciúria: sintoma urinário caracterizado por aumento do número de micções com diminuição do volume da urina, ou seja, urina pouca quantidade muitas vezes ao dia.

Presbiopia: problema ocular onde os objetos próximos começam a parecer desfocados a partir dos 40 anos de idade.

Ptose: condição caracterizada pela queda da pálpebra superior em direção à pupila, o que pode limitar a visão ou ainda cobrir completamente a pupila, impedindo uma visão normal.

Retinopatia Diabética: conjunto de alterações vasculares da retina que podem ocorrer em pacientes portadores de diabetes.

Sarcopenia: perda de massa e força na musculatura esquelética (como bíceps, tríceps e quadríceps) que pode ocorrer com o envelhecimento.

Senescente: processo metabólico ativo associado ao processo de envelhecimento.

Subcutâneo: via de administração de medicamentos por meio da injeção subcutânea.

Tai Chi Chuan: arte marcial chinesa interna (nei jia), de orientação taoísta, que combina exercícios corporais milenares conhecidos como chi kung e tao yin, que envolvem a respiração, a concentração e os preceitos da Medicina Tradicional Chinesa.

Tens: método eficaz, seguro e não invasivo de tratamento de dores crônicas e agudas, sem que seja necessário o uso de medicamentos.

Thera-bands: faixa elástica que é muito utilizada em clínicas de fisioterapia e de treinamento funcional.

Unipodal: Que tem um só pé ou é relativo a um só pé.